

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 je povinný uviesť 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 je povinný uviesť 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 19 rokov do 50 rokov života vrátane	2,03
kapitácia	poistenec vo veku od 51 rokov do 60 rokov života vrátane	2,10
kapitácia	poistenec vo veku od 61 rokov do 80 rokov života vrátane	2,47
kapitácia	poistenec vo veku od 81 rokov života	2,78

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^{1/},
- 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 **0,0350 €** za podmienok podľa tejto tabuľky:

^{1/} Zákon č. 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Kód výkonu	Vek/frekvencia	Vykazovanie
159b	vo veku 17 alebo 18 rokov a vo veku nad 40 rokov 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
160	po dovŕšení 18. roku života raz za dva roky, u darcov krvi raz za 12 mesiacov	vykazuje sa s kódom choroby Z00.0 alebo Z52.0 u darcov krvi, môže sa vykazovať s výkonom 5702 u poistencov, ktorí dovŕšili 40 rokov veku, ak ho poskytovateľ sám urobil a vyhodnotil
3671	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

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 pozitívnom výsledku s kódom choroby Z00.0	cena za výkon 6,04 € zahŕňa aj náklady na štandardizovaný test na okultné krvácanie v stolici (TOKS)
159z*/	vykazuje sa pri negatívnom výsledku s kódom choroby Z00.0	
159x*/	vykazuje sa pri neznámom/ znehodnotenom teste s kódom choroby Z00.0	cena za výkon 2,01 € zahŕňa aj náklady na štandardizovaný test na TOKS

Vysvetlivky: */ Zdravotný výkon sa uhrádza u poistencov vo veku nad 40 rokov raz za dva roky.

d) **zdravotných výkonov očkovaní**, ktoré sa uhrádzajú v cenách podľa tejto tabuľky:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
252b	pri očkovaní proti chrípke 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, výkon očkovania 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 klieštovej 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 klieštovej 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	

6	štandardné vyšetrenie jedného orgánového systému medzi 19.00 hod. a 7.00 hod. môže sa vykazať s výkonom 26 alebo 29 a s výkonom 30	0,0150
30	príplatok k výkonu 26 a 29 za vyžiadajú a vykonanú návštevu v sobotu, nedeľu a v deň pracovného pokoja	
40	zotrvávanie poskytovateľa pri poistencovi mimo ambulancie cez deň (za každú začatú polhodinu), najmä v súvislosti s potrebou jeho zotrvania do príchodu záchranej zdravotnej služby zabezpečujúcej prevoz poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti; vyžaduje sa odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii poistenca	
41	zotrvávanie poskytovateľa pri poistencovi mimo ambulancie v noci medzi 20.00 a 7.00 hodinou (za každú začatú polhodinu), najmä v súvislosti s potrebou jeho zotrvania do príchodu záchranej zdravotnej služby zabezpečujúcej prevoz poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti; vyžaduje sa odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii poistenca	
64	príplatok pri sťaženom výkone vyšetrenia / ošetrenia ťažko mobilného, imobilného, mentálne postihnutého, dementného, zrakovo 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 (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

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 4 písm. b), d), e) a f) a bodu 5 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 2 a 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“² / 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.

² 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

3. Zdravotné výkony špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „ŠAS“) podľa tejto časti prílohy sa uhrádzajú cenou bodu vo výške **0,0193 €**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^{3/}, 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 **0,0350 €** 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 pozitívneho nálezu s kódom choroby Z12.1	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	1 350
760sn 760pn	vykazuje sa v prípade negatívneho nálezu s kódom choroby Z12.1		
763sp 763pp	vykazuje sa v prípade pozitívneho nálezu s kódom choroby Z12.1	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	2 369
763sn 763pn	vykazuje sa v prípade negatívneho 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.

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 5 časti Špecializovaná ambulantná starostlivosť.

Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0350 €** 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 pozitívneho nálezu s kódom choroby Z12.1	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	1 350
760sn 760pn	vykazuje sa v prípade negatívneho nálezu s kódom choroby Z12.1		
763sp 763pp	vykazuje sa v prípade pozitívneho nálezu s kódom choroby Z12.1	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	2 369
763sn 763pn	vykazuje sa v prípade negatívneho 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.

C. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore gastroenterológia

Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore gastroenterológia sa uhrádzajú podľa podmienok uvedených v bodoch 1 až 5 časti Špecializovaná ambulantná starostlivosť.

³ Výkon SVLZ prístrojový sa uhrádza u poskytovateľa, ktorý spĺňa odborné predpoklady na vykonávanie a vyhodnocovanie príslušných vyšetrení (špecializácia alebo certifikát), vlastní alebo má prenajatý príslušný prístroj, prístroj má platný certifikát (vyhlásenie o zhode) a zdravotná poisťovňa súhlasila s uhrádzaním výkonov uvedených v prílohe č. 3 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0350 €** uhrádzajú zdravotné výkony preventívnych gastroenterologických prehliadok podľa prílohy č. 2 k zákonu 577/2004 Z. z., v znení neskorších predpisov

a) poskytovateľovi **zaradenému** do programu skríningu kolorektálneho karcinómu v zmysle Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva SR pre realizáciu programu skríningu kolorektálneho karcinómu^{*/}, ktoré nadobudlo účinnosť 1. januára 2012 (ďalej len „program skríningu kolorektálneho karcinómu“), podľa tejto tabuľky:

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

b) poskytovateľovi **nezaradenému** do programu skríningu kolorektálneho karcinómu podľa tejto tabuľky:

Kód výkonu	Vykazovanie	Vek / frekvencia	Počet bodov / vyšetrenie
763p	vykazuje sa s kódom choroby Z12.1	vo veku nad 50 rokov raz za 10 rokov, u osôb so zvýšeným rizikom ochorenia na rakovinu hrubého čreva a konečníka bez vekového obmedzenia, pri negatívite pri prvej kolonoskopickej prehliadke raz za 5 rokov	2 369

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 v častiach A), B) alebo C) tejto časti prílohy predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa Zoznamu výkonov a ceny bodu vo výške **0,007303 €** 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“^{4/}, 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. Laboratórne vyšetrovacie metódy

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

a) vybrané zdravotné výkony Zoznamu výkonov vykazuje pod novými kódmi a za podmienok uvedených v dokumente „**Usmernenie k vykazovaniu výkonov podobných vyšetrení**“, zverejnenom na webovej stránke zdravotnej poisťovne, www.union.sk,

⁴ 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.

b) zdravotné výkony podľa Zoznamu výkonov vykazuje pri rešpektovaní podmienok uvedených v dokumente „**Usmernenie k vykazovaniu laboratórných výkonov**“, zverejnenom na webovej stránke zdravotnej poisťovne, www.union.sk,

c) pri vyšetrení onkomarkerov vykazuje len laboratórne zdravotné výkony, ktoré boli indikované za podmienok uvedených v dokumente „**Onkomarkery**“, zverejnenom na webovej stránke zdravotnej poisťovne, www.union.sk,

2. Dokumenty podľa bodu 1 tejto časti prílohy zverejnené na webovej stránke zdravotnej poisťovne, www.union.sk tvoria neoddeliteľnú súčasť tejto prílohy. V prípade ich zmeny zdravotná poisťovňa informuje poskytovateľa 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 od **0,006307 € do 0,007303 €** 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 **0,006307 €** (podmienkou je interný a externý systém kontroly kvality) sa navýši o **0,000332 €** 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	0,006971
laboratórny informačný systém	
akreditácia	

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

Kód výkonu	Názov výkonu	Počet bodov	Podmienky vykazovania
9980	Skríningové cytologické vyšetrenie steru z krčka maternice realizované konvenčnou metódou.	1 000	vykazuje sa s kódmi choroby Z01.4, Z12.4, N72, N86, N87.0, N87.1, N87.2, N87.9, N88.9, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54.1, C55, C56, C80.9 a D06.9, maximálne 1 x za rok na 1 rodné číslo
9980a	Cytologické vyšetrenie steru z krčka maternice realizované konvenčnou metódou /vek poistenky do 23 rokov a nad 64 rokov/.	1 000	vykazuje sa s kódmi choroby Z01.4, Z12.4, N72, N86, N87.0, N87.1, N87.2, N87.9, N88.9, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54.1, C55, C56, C80.9 a D06.9, maximálne 2 x za rok na 1 rodné číslo
9980b	Cytologické vyšetrenie steru z krčka maternice realizované konvenčnou metódou /kontrolné cytologické vyšetrenie/.	1 000	vykazuje sa s kódmi choroby N72, N86, N87.0, N87.1, N87.2, N87.9, N88.9, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54.1, C55, C56, C80.9 a D06.9, maximálne 2 x za rok na 1 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, C54.1, C55, C80.9. alebo D06.9 (adekvátne aktuálnemu výsledku cytologického vyšetrenia).

Vykazovaná je konečná diagnóza, ktorú stanoví lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore patologická anatómia. Výkony s kódmi 9980a a 9980b sa vykazujú s kódmi, ktoré sú adekvátne aktuálnemu výsledku cytologického vyšetrenia.

5. Zdravotná poisťovňa vyhlasuje, že revízny lekár zdravotnej poisťovne udelil predchádzajúci súhlas podľa § 42 ods. 5 a 6 zákona č. 577/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov s úhradou výkonov uvedených 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,
- b) je kedykoľvek, aj pred uplynutím doby uvedenej v písm. a), odvolateľný 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 podmienok vykazovania uvedených v tabuľkách tejto časti prílohy podliehajú schvaľovaniu zdravotnej poisťovne na základe žiadosti.

6. Poskytovateľ je povinný predkladať zdravotnej poisťovni raz ročne v kópii výsledky 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 alebo laboratórna medicína.

B. Zobrazovacie vyšetrovacie metódy

1. Finančný rozsah, ktorý uhradí Union zdravotná poisťovňa, a.s. 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 **0,005145 €** do **0,007303 €** za všetky medicínsky indikované, Union zdravotnej poisťovni, a.s. správne vykázané a Union zdravotnou poisťovňou, a.s. 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	-	0,007303	0,007303
ultrasonografia	-	0,007303	0,007303
mamografia	Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, ktorý poskytuje menej ako 3.000 vyšetrení za jeden rok	0,006971	x
	Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, ktorý poskytuje minimálne 3.000 vyšetrení za jeden rok	0,007303	
počítačová tomografia	CT prístroj do 16 MSCT	0,005809	x
	CT prístroj do 16 MSCT – 24 hodinová prevádzka	0,006141	
	CT prístroj 20 - 40 MSCT	0,006141	
	CT prístroj 20 - 40 MSCT – 24 hodinová prevádzka	0,006307	
	CT prístroj 64 MSCT a viac	0,006307	
	CT prístroj 64 MSCT a viac – 24 hodinová prevádzka	0,006473	
magnetická rezonancia	MR prístroj 0,2 T až 0,25 T pre vyšetrenie jedného orgánového systému - kĺbov	0,005145	x
	MR prístroj 0,25 T pre viac orgánovú diagnostiku	0,005477	
	MR prístroj 0,3 T - 1,0 T	0,005809	
	MR prístroj od 1,5 T vyššie	0,006141	

2. Do finančného rozsahu podľa predchádzajúceho bodu sa nezapočítavajú náklady na pripočítateľné položky k zdravotným výkonom - jednorazové zdravotnícke pomôcky. Zoznam jednorazových zdravotníckych pomôcok, ktoré je poskytovateľ poskytujúci zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ špecializačnom odbore rádiológia oprávnený vykazovať zdravotnej poisťovni k úhrade spolu s podmienkami ich vykazovania, je zverejnený a priebežne aktualizovaný na webovej stránke zdravotnej poisťovne www.union.sk v dokumente pod názvom „Jednorazové zdravotnícke pomôcky v rádiológii“; tento dokument tvorí neoddeliteľnú súčasť tejto časti prílohy. Poskytovateľ poskytujúci zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ špecializačnom odbore rádiológia je na vyžiadanie zdravotnej poisťovne povinný predložiť fotokópiu nadobúdacieho dokladu vykázanéj jednorazovej zdravotníckej pomôcky.

3. Poskytovateľ poskytujúci zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ špecializačnom odbore rádiológia vykáže k úhrade zdravotnej poisťovni použitý filmový materiál k poskytnutému zdravotnému výkonu s označením podľa formátu použitého filmového materiálu (FOTO1 – FOTO18) v nákupnej cene, najviac však v maximálnej cene uvedenej v tabuľke tohto bodu:

Označenie filmu	Formát	Max. cena v €	Označenie filmu	Formát	Max. cena v €
FOTO01	3 x 4	0,33	FOTO10	A4	2,12
FOTO02	15 x 30	0,50	FOTO11	14 x 17 inch laser	5,81
FOTO03	18 x 24	0,40	FOTO12	8 x 10 inch laser	1,94
FOTO04	24 x 30	0,66	FOTO13	A3	4,17
FOTO05	35 x 35	1,49	FOTO14	13 x 18	0,33
FOTO06	30 x 40	1,16	FOTO15	15 x 40	0,76
FOTO07	35 x 43	1,39	FOTO16	5 x 7	0,27
FOTO08	24 x 30 pre mamografie	1,84	FOTO17	18 x 43	0,86
FOTO09	18 x 24 pre mamografie	1,15	FOTO18	20 x 40	0,93

4. V prípade, že poskytovateľ poskytujúci zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ špecializačnom odbore rádiológia dokumentuje a archivuje poskytnuté vyšetrenia v systéme PACS (čo preukáže zdravotnej poisťovni dokumentmi podľa tabuľky technických požiadaviek na prevádzku PACS uvedenej v dokumente pod názvom „Technické požiadavky na prevádzku PACS“, zverejnenom na webovej stránke zdravotnej poisťovne www.union.sk); vykáže k úhrade zdravotnej poisťovni dokumentáciu a archiváciu poskytnutého zdravotného výkonu označením PACS00 v takom počte, ktoré zodpovedá počtu filmového materiálu, ktorý by bol použitý pri štandardnej dokumentácii a archivácii. Výška úhrady, ktorú zdravotná poisťovňa uhradí za dokumentáciu a archiváciu poskytnutého zdravotného výkonu PACS00 je **1,- €**

2. 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 **0,010954 €** 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. Domáca ošetrovateľská starostlivosť

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

2. Rozsah úhrady, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi za vybrané výkony domácej ošetrovateľskej starostlivosti podľa bodu 3 tejto časti prílohy predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon a dohodnutej ceny bodu uvedenej v bode 4 tejto časti prílohy za všetky medicínsky indikované, zdravotnej poisťovni vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony.

3. Poskytovateľ pri vykazovaní úhrady domácej ošetrovateľskej starostlivosti uvádza kódy chorôb podľa 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“).

4. Vybrané zdravotné výkony domácej ošetrovateľskej starostlivosti ohodnotené počtom bodov podľa zoznamu výkonov:

a) výkony poskytované sestrou

Kód výkonu	Bodové ohodnotenie výkonu	Výkony sestier
3390	200	Príjem poistenca (klienta) poskytovateľom a odobratie sesterskej anamnézy (ošetrovateľský assesment) – 1 x na jedného poistenca
3392a	100	Poučenie príbuzných alebo členov komunity poistenca
3392c	300	Konzultácie s inštitúciami a orgánmi štátnej zdravotnej správy v rámci komplexnej zdravotnej starostlivosti – 1 x na jedného poistenca
3393	400	Vypracovanie plánu komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti (ďalej len "KOS") – 1 x na jedného poistenca
3394	150	Priebežné hodnotenie KOS a zmena plánu ošetrovateľskej starostlivosti vrátane dokumentácie a konzultácie s ošetrovateľským lekárom (nemôže sa vykazovať s výkonom 3395)
3395	300	Vyhodnotenie KOS a záverečná správa – 1 x na jedného poistenca, podmienkou je zaslanie správy zdravotnej poisťovni (ako príloha faktúry)
3396*	200	Odborný nácvik potrebných výkonov pri ošetrovaní chorého v domácnosti
3398*	200	Ošetrovateľská hygiena (iba pri sakrálnom dekubite s výkonmi 3422b alebo 3422c)
3399a*	200	Starostlivosť poistenca s permanentným katétrom vrátane výmeny permanentného katétra u poistenky
3399b*	100	Starostlivosť o kaválny katéter a intravenóznou kanylu, pravidelné preväzovanie a dezinfekcia
3399c*	100	Starostlivosť o ezotracheálnu, nasotracheálnu a tracheostomickú kanylu
3399d*	150	Starostlivosť o epidurálny katéter
3400*	100	Polohovanie poistenca (nemôže sa vykazovať s výkonom 3424)
3401a	200	Starostlivosť o výživu v príslušnej kvalite a kvantite, vypracovanie individuálneho diétného režimu, jeden raz pre jedného poistenca
3404	80	Výživa poistenca sondou, za jeden výkon
3405	160	Očistná klyzma

3406	200	Kontinuálne sledovanie klinického stavu poistenca (meranie TK, pulzu, dychovej frekvencie, telesnej teploty, príjem a výdaj tekutín, stolice a sledovanie iných funkcií podľa ordinácie ošetrojúceho lekára), za každé dve hodiny
3407	60	Odmeranie krvného tlaku, pulzu a teploty
3408	50	Sledovanie diurézy, za každých 12 hodín
3409*	80	Cievkovanie poistenky
3410*	100	Výmena stomického setu s následnou toaletou pri stómiiach
3411*	50	Čistenie tracheálnej kanyly
3413	40	Aplikácia neinjekčnej liečby (nemôže sa vykazovať s výkonmi 3422b a 3422c)
3414	70	Aplikácia terapeutického celotelového zábalu alebo liečivého kúpeľa
3416*	60	Aplikácia liečiva intramuskulárne, s.c., i.c.
3418*	80	Aplikácia liečiva intravenózne – podmienkou je predloženie poverenia na i.v. aplikáciu
3419*	120	Príprava a podávanie infúzie - podmienkou je predloženie poverenia na i.v. aplikáciu
3420	60	Sledovanie infúzie, za každú ½ hodinu
3420a	60	Podávanie liečiva infúznou pumpou
3421	80	Nácvik podávania inzulínu
3422a*	150	Ošetrovateľská starostlivosť zameraná na prevenciu dekubitov – maximálne 10 x na jedného poistenca počas starostlivosti
3422b*	250	Ošetrovanie dekubitu veľkosti do 5 cm ² (odstránenie zvyškov masti, odumretých tkanív, toaleta, aplikácia liečiva, preväz)
3422c*	350	Ošetrovanie dekubitu veľkosti nad 5 cm ² (odstránenie zvyškov masti, odumretých tkanív, toaleta, aplikácia liečiva, preväz)
3423a*	150	Preväz rany veľkosti do 5 cm ²
3423b*	250	Preväz rany veľkosti nad 5 cm ²
3423c	100	Príprava materiálu a sterilizácia – podmienkou je zdokladovanie prístrojového vybavenia (certifikát)
3424*	100	Ošetrovateľská rehabilitácia, trvanie najviac 30 minút (nemôže sa vykazovať s výkonom 3400 a s výkonmi fyzioterapeuta)
3426*	80	Odsávanie poistenca
3427	200	Odsatie žalúdočného obsahu
3428	25	Vyšetrenie moču indikátorovým médiom
3432	320	Práca sestry pri domácej peritoneálnej dialýze
3433*	100	Odber krvi venepunkciou do jednej striekačky alebo jednej odberovej súpravy
3434	50	Odber kapilárnej krvi
3435	300	Umelé dýchanie a masáž srdca
3436*	60	Odbery: TT, TN, výter z rekta, odber spúta
3437	40	Doprava biologického materiálu, za každých 30 minút
3439	160	Návšteva poistenca (klienta) v pracovnom čase
3440	250	Návšteva mimo riadneho pracovného času (od 19.00 do 7.00 hodiny v sobotu, v nedeľu a vo sviatok)
3441	200	Návšteva poistenca v rizikových skupinách populácie - krízová intervencia pri zhoršení psychického stavu pacienta (nemôže sa vykazovať s výkonmi 3439, 3440)
3447	100	Psychosomatická intervencia v terminálnom štádiu života
3449	120	Kontinuálna starostlivosť o umierajúceho pacienta, za každú hodinu
3451	40	Konzultácia sestry o jednom poistencovi s ošetrojúcim lekárom
3452	250	Poskytnutie predlekárskej pomoci pri náhlych stavoch ohrozujúcich život
3458	300	Verbálna intervencia pri psychosomatických ťažkostiach u poistenca s nádorovým ochorením – maximálne 1 x týždenne
3459a	250	Usmernenie spôsobu života poistenca s nádorovým ochorením vzhľadom na jeho zdravotný stav – 1 x počas poskytovania zdravotnej starostlivosti
3461*	250	Ošetrovanie dutiny ústnej u onkologického poistenca alebo u poistenca s imunodeficientným stavom
3635a	60	Kontrola glykémie glukometrom

Vysvetlivky: */ K zdravotnému výkonu sa môže vykazovať bodové zvýhodnenie pri sťaženom výkone za podmienok uvedených v zozname výkonov.

b) výkony fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie (ďalej len „výkony FBLR“) poskytované **fyzioterapeutom**:

Kód výkonu	Bodové ohodnotenie výkonu	Výkony fyzioterapeutov
503a	80	Základné testovacie metódy, goniometrické vyšetrenie.
509a	220	Mäkké a mobilizačné techniky na chrbtici, periférnych kĺboch a svaloch. Špecializované liečebné výkony s cieľom upraviť funkčnú poruchu v oblasti pohybového systému (špeciálne mäkké techniky, PIR-postizometrická relaxácia, AGR-antigravitačná relaxácia, trakčné techniky, stretch and spray, banky), za jedno ošetrenie.
510a	150	Cielená odborná inštruktáž I. Inštruktáž a oboznámenie pacienta s používaním a obsluhou jednoduchých technických a kompenzačných pomôcok, zariadení a prístrojov (peroneálny stimulátor, TENS, skoliostop, myostimulátor, ortézy, protézy), inštruktáž o posturálnej životospráve, sociálno-rehabilitačná verbálna intervencia.
512	130	Individuálna liečebná telesná výchova I. Individuálna LTV zameraná na zvýšenie svalovej sily a zlepšenie rozsahu pohybov s použitím jednoduchých metód, aplikácia prvkov dýchacej cievnej a kondičnej pohybovej liečby, využitie náradia, závesovej postele, liečebná výchova k sebestačnosti a pod.
513	250	Individuálna liečebná telesná výchova II. Individuálna kombinovaná LTV zameraná na niekoľko cieľov, vyžadujúca mimoriadnu fyzickú a psychickú záťaž. Vzhľadom na povahu postihnutia si vyžaduje kombináciu viacerých postupov a metodík (napr. reedukáciu základných posturálnych funkcií (vertikalizáciu, nácvik transferov, výcvik neurogénneho mechúra, výcvik s protézou, nácvik denných činností a pod.), za jedno cvičenie.
514a	450	Individuálna liečebná telesná výchova II. Špeciálna systematická senzomotorická liečba funkčných a organických porúch centrálného a periférneho systému alebo vrodených a získaných chýb pohybového aparátu detí a dospelých (Bobath, Vojta, Kabáta, Brugerrov koncept, cvičenie s náčiním a pod.).
520	80	Dychová gymnastika. Individuálna gymnastika vrátane podporných ošetrení, trvanie najmenej 10 minút za jednu dychovú gymnastiku.
522	290	Špeciálne polohovanie. Odborné preventívne a liečebné polohovanie tela a segmentov končatín s prípadným využitím polohovacích pomôcok.
530	180	Klasická masáž jednej časti tela. Liečebné využitie prvkov klasickej masáže na jednej končatine alebo na časti trupu (šija, chrbát, driek), za jednu masáž. 7 krát.
531	220	Klasická masáž viacerých častí tela alebo trupu, za jedno ošetrenie.
532	300	Reflexná masáž a iné špeciálne ručné masáže. Masáž väziva, okostice, hrubého čreva, za jednu masáž.
548	360	Povrchová aplikácia tepla (použitie parafínu, Kenny, lavatermu, čerstvo pripravených obkladov alebo sterilizovaných obkladov), 7 krát.

5. Zdravotné výkony ošetrovateľskej starostlivosti sa uhrádzajú nasledovne:

Spôsob úhrady	Výkony	Úhrada v €
cena bodu	zdravotné výkony podľa bodu 4 písm. a) tejto časti prílohy okrem zdravotných výkonov 3439 a 3440	0,0155
cena bodu	zdravotné výkony 3439 a 3440 podľa bodu 4 písm. a) tejto časti prílohy	0,0252
cena bodu	zdravotné výkony pri poskytnutí výkonov fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie podľa bodu 4 písm. b) tejto časti prílohy	0,0150

6. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi nultú návštevu u poistenca v cene **6,64 €**. Poskytovateľ vykazuje nultú návštevu kódom výkonu 3439a. Za nultú návštevu podľa prechádzajúcej vety sa na účely tejto zmluvy považuje spracovanie návrhu na poskytnutie domácej ošetrovateľskej starostlivosti, ktorého vzor tvorí prílohu č. 15 odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva SR o vedení zdravotnej dokumentácie (ďalej len „návrh“), predloženie návrhu lekárovi všeobecnej ambulancie starostlivosti poistenca, s ktorým má poistenec uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „ošetrojúci lekár“) na schválenie a návšteva poistenca poskytovateľom, ktorej výsledkom je komplexné posúdenie zdravotného stavu

poistenca v rozsahu oprávnení sestry podľa vyhlášky Ministerstva zdravotníctva SR, ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom, vždy v platnom znení.

7. Podmienky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť poskytovateľom:

- poskytovateľ poskytuje zdravotnú starostlivosť na základe riadne vyplneného, zdôvodneného, ošetrojúcim lekárom schváleného a jeho podpisom a odtlačkom pečiatky potvrdeného návrhu,
- posúdenie miery imobility poistenca na základe posudzovacej stupnice a odborné lekárske nálezy súvisiace s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou sú neoddeliteľnou súčasťou zdravotnej dokumentácie poskytovateľa. V odôvodnených, resp. sporných prípadoch poskytovateľ na vyžiadanie zdravotnej poisťovni predloží kópiu záznamu o posúdení miery imobility poistenca alebo kópie príslušných odborných lekárske nálezy podľa tohto písmena,
- poskytovateľ zasiela kópiu dohody o poskytovaní domácej ošetrovateľskej starostlivosti s poistencom zdravotnej poisťovni na jej vyžiadanie v prípade, ak v jednom kalendárnom mesiaci budú fakturovať poskytovanú domácu ošetrovateľskú starostlivosť na tohto istého poistenca dvaja a viacerí poskytovatelia. zdravotná poisťovňa je oprávnená vyžiadať kópie dohody podľa tohto bodu písomne, telefonicky, faxom alebo e-mailom,
- zdravotné výkony fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie podľa bodu 2 písm. b) tejto časti prílohy indikuje v návrhu len lekár v špecializačnom odbore fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia podľa písm. a) tohto bodu, ktoré potvrdí svojim podpisom aj ošetrojúci lekár poistenca,
- platnosť návrhu podľa písm. a) tohto bodu je najviac tri mesiace odo dňa schválenia návrhu ošetrojúcim lekárom. Ak po uplynutí doby platnosti zdravotný stav poistenca vyžaduje pokračovanie poskytovania zdravotnej starostlivosti, poskytovateľ je povinný vystaviť a zaslať zdravotnej poisťovni nový návrh podľa písm. a) tohto bodu, v ktorom ošetrojúci lekár zdôvodní nevyhnutnosť ďalšieho poskytovania zdravotnej starostlivosti,
- pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti u poistencov s chronickým ochorením, s diagnózou L97 (vred dolnej končatiny) a I83.2 (varikózne žily dolných končatín s vredom a zápalom), je platnosť návrhu podľa písm. a) tohto bodu najviac šesť mesiacov odo dňa schválenia návrhu ošetrojúcim lekárom. Súčasťou poskytovanej zdravotnej starostlivosti je edukácia poistenca zameraná na nácvik sebestačnosti. Ak po uplynutí doby platnosti návrhu zdravotný stav poistenca vyžaduje pokračovanie poskytovania zdravotnej starostlivosti poskytovateľ je povinný vystaviť a zaslať zdravotnej poisťovni nový návrh podľa písm. a) tohto bodu, v ktorom ošetrojúci lekár zdôvodní nevyhnutnosť ďalšieho poskytovania zdravotnej starostlivosti. Ďalšie potrebné pokračovanie zdravotnej starostlivosti je podmienené predchádzajúcim súhlasom zdravotnej poisťovne,
- v prípade nedodržania podmienok úhrady uvedených v tomto bode poskytovateľ nemá nárok na úhradu poskytnutej zdravotnej starostlivosti.

V. Priamo hradené výkony

- Finančná úhrada za každý medicínsky indikovaný, poskytovateľom správne vykázaný a zdravotnou poisťovňou uznaný zdravotný výkon podľa podmienok uvedených v tabuľkách tejto časti prílohy predstavuje:

Kód výkonu	Názov výkonu	Výška úhrady výkonu v €	Podmienky vykazovania
Y0013	Komplexná polysomnografia	300,-	V cene zdravotného výkonu sú zahrnuté všetky náklady na zdravotnú starostlivosť v súvislosti s pobytom poistenca v centre spánkovej medicíny. Poskytovateľ nevykazuje poskytnutie zdravotnej starostlivosti poistencovi, ktorá je súčasťou tohto výkonu, iným spôsobom. Poskytovateľ vykazuje výkon za podmienok uvedených v dokumente „Komplexná polysomnografia - podmienky úhrady“, zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne, www.union.sk.

VI. Finančný rozsah

- Zmluvné strany sa dohodli na finančnom objeme vo výške **15.500,- €** na obdobie kalendárneho roku 2014 a vo výške **7.750,- €** na obdobie jednotlivých kalendárnych polrokov plynúcich od 1.1.2015 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 centrálného príjmu.
- Zmluvné strany sa dohodli na finančnom objeme vo výške **35.600,- €** na obdobie kalendárneho roku 2014 a vo výške **17.800,- €** na obdobie jednotlivých kalendárnych polrokov plynúcich od 1.1.2015 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 a V tejto prílohy.