

Dodatok č. 8
k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti
č. 1003OPLK000513

Článok 1
Zmluvné strany

Union zdravotná poisťovňa, a. s.

zastúpená: Ing. Elena Májeková, riaditeľka sekcie zdravotného poistenia
so sídlom: Karadžičova 10, 814 53 Bratislava
IČO: 36 284 831
DIČ: 2022152517
IBAN: SK37 8180 0000 0070 0025 6518
označenie registra: Okresný súd Bratislava I, oddiel: Sa, vložka číslo: 3832/B
právna forma: akciová spoločnosť
kód Union zdravotnej poisťovne, a. s.: 27
(ďalej len „zdravotná poisťovňa“)

a

Národná transfúzna služba SR

zastúpený: Ing. Renáta Dundová, riaditeľka
so sídlom: Ďumbierska 3/L, 831 01 Bratislava
IČO: 30 853 915
identifikátor poskytovateľa (prvých šesť znakov kódu poskytovateľa): P79167
(ďalej len "poskytovateľ" alebo spoločne aj „zmluvné strany“)

Zmluvné strany uzatvárajú tento dodatok č. 8 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti č. 1003OPLK000513 (ďalej v texte aj ako „zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti“):

Článok 2
Predmet dodatku

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

1. Článok II zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa vrátane nadpisu mení a znie nasledovne:

„Článok II
Kritéria na uzatváranie zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Zdravotná poisťovňa na základe § 7 ods. 4 písm. a) zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov stanovila a uverejnila na svojej úradnej tabuli a na webovom sídle zdravotnej poisťovne www.union.sk (ďalej len „webové sídlo zdravotnej poisťovne“) nasledovné kritéria na uzatváranie zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „kritériá“):

- a) v oblasti personálneho zabezpečenia poskytovanie zdravotnej starostlivosti osobami, ktoré spĺňajú podmienky na výkon zdravotníckeho povolania alebo samostatnej zdravotníckej praxe v príslušnom odbore v počte najmenej na úrovni predpísaného minimálneho personálneho vybavenia zdravotníckeho zariadenia podľa príslušného všeobecne záväzného právneho predpisu,
- b) v oblasti materiálno-technického vybavenia poskytovanie zdravotnej starostlivosti najmenej na úrovni predpísaného minimálneho materiálno-technického vybavenia zdravotníckeho zariadenia podľa príslušného všeobecne záväzného právneho predpisu a len zdravotníckymi pomôckami, ktoré spĺňajú technické požiadavky ustanovené zákonom č. 264/1999 Z.z. o technických požiadavkách na výrobky a o posudzovaní zhody a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- c) geografická dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre poistencov najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľov podľa nariadenia vlády SR č. 640/2008 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov,
- d) indikátory kvality ustanovené Ministerstvom zdravotníctva SR všeobecne záväzným právnym predpisom podľa nariadenia vlády SR č. 752/2004 Z. z., ktorým sa vydávajú indikátory kvality na hodnotenie poskytovania zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov,
- e) zavedenie interného systému kontroly kvality a zavedenie externého systému kontroly kvality pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v zariadeniach spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek v jednotlivých medicínskych odboroch laboratórnej medicíny,

a ktoré poskytovateľ splnil, na základe čoho s ním zdravotná poisťovňa uzatvorila zmluvu.“.

2. Bod 4.2. článku IV zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa mení a znie nasledovne:
„Zmluvné strany sa zaväzujú pri spracovávaní osobných údajov postupovať v súlade so zákonom č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) č. 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES.“.
3. Bod 9.3. článku IX zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa mení a znie nasledovne:
„9.3. Zmluva sa uzatvára na dobu neurčitú s výnimkou prílohy č. 2 k tejto zmluve, ktorá je účinná do **31.03.2020**.“.
4. Príloha č. 2 – Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa nahrádza novým znením, ktoré tvorí neoddeliteľnú prílohu tohto dodatku.
5. Ostatné ustanovenia zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti ostávajú týmto dodatkom nezmenené.

Článok 3 **Spoločné a záverečné ustanovenia**

1. Tento dodatok je neoddeliteľnou súčasťou zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Tento dodatok je vyhotovený vo dvoch rovnopisoch, z ktorých sa každý považuje za originál. Každá zo zmluvných strán obdrží po jednom vyhotovení dodatku.
2. Súhlas s obsahom dodatku vyjadria zástupcovia zmluvných strán svojim podpisom na poslednej strane tohto dodatku.
3. Tento dodatok nadobúda platnosť dňom podpisu zmluvnými stranami a účinnosť prvým dňom nasledujúceho kalendárneho mesiaca po jeho podpísaní za podmienky, že najneskôr deň pred nadobudnutím účinnosti bol zverejnený na webovom sídle zdravotnej poisťovne.

V Bratislave dňa 18.12.2018

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

Ing. Renáta Dundová, riaditeľka ^{generálna riaditeľka}

Národná transfúzna služba SR
JUDr. Adam Kalužay, LL.M.
ekonomický riaditeľ

Príloha č. 2
k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah

Časť – Všeobecné ustanovenia

1. Zdravotné výkony sa uhrádzajú v súlade so zmluvou o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a za nasledovných podmienok:

- a) Zdravotná poisťovňa uhrádza všetky medicínsky indikované, zdravotnej poisťovni vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony podľa podmienok vyplývajúcich zo zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.
- b) Ak je ako spôsob úhrady určená „cena bodu“, výška úhrady za zdravotný výkon sa určí ako súčin počtu bodov podľa „Zoznamu výkonov a ich bodové hodnoty k zdravotným výkonom uvedeným v časti A“ (ďalej len „zoznam výkonov“) uvedeným v prílohe č. 4 časť C opatrenia MZ SR č. 07045/2003 – OAP z 30. decembra 2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov, s výnimkou zdravotných výkonov, pre ktoré je v tejto prílohe určené iné bodové ohodnotenie, a príslušnej (výslednej) ceny bodu dohodnutej v tejto prílohe pre daný výkon; ak dôjde k zrušeniu právneho predpisu uvedeného v tomto písmene, použije sa na účely určenia bodovej hodnoty posledné platné a účinné znenie tohto právneho predpisu, ak nebude dohodnuté inak.
- c) Ak je ako spôsob úhrady určená „cena výkonu“, príslušná cena za výkon dohodnutá v tejto prílohe predstavuje výšku úhrady za výkon.
- d) Ak je úhrada za zdravotný výkon zahrnutá v úhrade za iný zdravotný výkon alebo v kapitácii, takýto zdravotný výkon sa osobitne neuhrádza a vykazuje sa na úhradu do zdravotnej poisťovne s nulovou výškou úhrady.
- e) Úhrada za zdravotný výkon zahŕňa náklady na všetku zdravotnú starostlivosť poskytnutú v rámci zdravotného výkonu, ak nie je dojednané inak.
- f) 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 poistencovi.

2. Ak je ako spôsob úhrady zdravotnej starostlivosti určená kapitácia, zdravotná poisťovňa ju uhrádza za nasledovných podmienok:

- a) Kapitácia je mesačná paušálna úhrada za poskytovanie zdravotnej starostlivosti jednému poistencovi (ďalej aj ako „kapitovaný poistenec“), s ktorým má poskytovateľ podľa § 12 zákona č. 576/2004 Z. z. uzavretú platnú a účinnú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „dohoda“).
- b) Pre účely úhrady kapitácie zdravotná poisťovňa akceptuje uzavretie dohody len s jedným poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti a s jedným poskytovateľom ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodnictvo. Ak poistenec uzatvorí dohodu s ďalším poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo poskytovateľom ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodnictvo, zdravotná poisťovňa pre účel úhrady kapitácie akceptuje novú dohodu len za podmienky, že predchádzajúca dohoda zanikne v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z.
- c) Kapitácia zahŕňa náklady na všetku zdravotnú starostlivosť poskytnutú kapitovanému poistencovi za daný kalendárny mesiac, ak v tejto prílohe nie je dojednané inak.
- d) Poskytovateľ:
 - da) zasiela kópiu dohody zdravotnej poisťovni na jej vyžiadanie v prípade, ak v jednom kalendárnom mesiaci budú fakturovať kapitáciu na tohto istého poistenca dvaja alebo viaceri poskytovatelia; zdravotná poisťovňa je oprávnená vyžiadať kópie dohody písomne, telefonicky 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,
 - db) zasiela k termínu 30. jún a 31. december príslušného kalendárneho roka hlásenie o počte kapitovaných poistencov zdravotnej poisťovni v elektronickej podobe v dátovom rozhraní určenom metodickým usmernením vydaným Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou; vzťahuje sa to na poskytovateľov, ktorí nevykazujú zdravotnú starostlivosť na úhradu do zdravotnej poisťovne prostredníctvom online pobočky zdravotnej poisťovne,
 - dc) má nárok na úhradu kapitácie aj spätne, ak poistenec alebo jeho zákonný zástupca neohlásil poskytovateľovi zmenu zdravotnej poisťovne; nárok na spätnú úhradu kapitácie za kapitovaného poistenca, ktorého opomenul vykazať má iba v tom prípade, ak zdravotná poisťovňa v období, za ktoré si tohto poistenca spätne vykazuje, neuhradila kapitáciu inému poskytovateľovi,
 - dd) má nárok, aby zdravotná poisťovňa vykonala porovnanie kapitačného stavu poistencov poskytovateľa a oznámila výsledok poskytovateľovi na základe údajov poskytnutých poskytovateľom podľa písm. db) tohto bodu a informovala poskytovateľa o skutočnom počte kapitovaných poistencov u poskytovateľa, evidovaných v informačnom systéme zdravotnej poisťovne.
- e) Ak poskytovateľ nemal uzavretú dohodu s poistencom po dobu celého kalendárneho mesiaca, zdravotná poisťovňa má právo krátiť kapitáciu za tie dni kalendárneho mesiaca, za ktoré nebola uzavretá dohoda.

3. Výška úhrady za zdravotný výkon a kapitácia nezahŕňa náklady na lieky plne alebo čiastočne uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia zaradené v Zozname kategorizovaných liekov (platnom čase podania lieku), označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom A a AS. Úhrada za výkony domácej ošetrovateľskej starostlivosti nezahŕňa náklady na špeciálny zdravotnícky materiál zaradený v Zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov.

Časť - Špecializovaná ambulantná starostlivosť

1. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
-	Výkony špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti (ďalej aj ako „ŠAS“)	0,0224*
15d	Ohodnocuje sa 150 bodmi. Výkon popisu RTG natívnej snímky vykonaný lekárom špecialistom v súvislosti s uskutočneným zdravotným výkonom. V závislosti od odbornosti (kód odbornosti je uvedený v zátvorke) vykazuje sa s nasledovnými kódmi chorôb: J10 – J22, J40 – J99, R09, R84 (003) S00 – S99, K20 – K67, K80 – K93 (010,013) S00 – S99, K20 – K67, K80 – K93 (011) J01.0 – J01.9, J32.0 – J34.2, S 01.2 – S03.4 (014) M00 – M99 (045) Zápis o vykonaní výkonu lekár založí do zdravotnej dokumentácie, ktorá bude spolu s popisom RTG vyšetrenia v prípade požiadania predložená revíznemu lekárovi zdravotnej poisťovne. Zdravotná poisťovňa uhradí pri jednom rodnom čísle v jednom dni iba jeden výkon 15d; platí aj v prípade kontrolného vyšetrenia, ak je v jednom dni potrebné.	0,006666
-	Výkony SVLZ poskytnuté na ambulancii ŠAS, okrem výkonov 5330, 5331, 5332, 5793, 5794 a 5795.	0,007665
5330 5331 5332		0,0055
5793 5794 5795		0,012083

*Ak z bodu 3 alebo 4 tejto časti prílohy nevyplýva iná cena bodu.

2. Cenou výkonu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena výkonu v €
60	Pri vyšetrení darcu krvi a / alebo krvných derivátov darcu pred prvým darovaním krvi; výkon zahŕňa aj potrebné vypísanie receptov. Výkon sa vykazuje s kódom choroby Z01.8	9,41
62		6,05
63	Pri vyšetrení darcu krvi a / alebo krvných derivátov darcu pred opakovaným darovaním krvi; výkon zahŕňa aj potrebné vypísanie receptov. Výkon sa vykazuje s kódom choroby Z01.8	4,70
60r		10,75
65	U dieťaťa do 5 rokov (vrátane) pri výkonoch 61,62 a 63 a pri výkonoch v rádiológii a v rádioterapii. V ostatných prípadoch sa tento výkon ohodnocuje 100 bodmi a uhrádza sa cenou bodu.	3,36

3. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi bonusy k cene bodu za výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti za podmienok dohodnutých v tomto bode:

- Zdravotná poisťovňa na základe údajov zo svojho informačného systému vyhodnotí, či poskytovateľ splnil ukazovatele podľa tabuľky tohto bodu v kalendárnom polroku, za ktorý sa vykonáva hodnotenie (ďalej len „hodnotené obdobie“). Ukazovateľ je dojednaná podmienka, za splnenia ktorej zdravotná poisťovňa prizná bonus poskytovateľovi podľa tabuľky tohto bodu.
- Hodnotené obdobie je kalendárny polrok, ktorý bezprostredne predchádza kalendárnemu polroku, v ktorom sa vykonáva hodnotenie.
- Zdravotná poisťovňa uhradza bonusy, pri ktorých poskytovateľ splnil ukazovatele v celom kalendárnom polroku, ktorý bezprostredne nasleduje po kalendárnom polroku, v ktorom zdravotná poisťovňa vykonala hodnotenie plnenia ukazovateľov. Zdravotná poisťovňa oznámi poskytovateľovi bonusy, pri ktorých splnil ukazovatele.
- Aj napriek splneniu ukazovateľov, zdravotná poisťovňa môže nepriznať a neuhradiť poskytovateľovi bonusy, ak

v hodnotenom období vzrástla hodnota poskytovateľovi uhradenej zdravotnej starostlivosti v priemere na jedného poistenca o viac ako 10% v porovnaní s kalendárnym polrokom bezprostredne predchádzajúcim hodnotenému obdobiu.
e) Ukazovatele a bonusy, ktoré sa uplatňujú u poskytovateľov špecializovanej ambulantnej starostlivosti sú uvedené v nasledovnej tabuľke:

	Ukazovateľ**	Špecifikácia ukazovateľa	Bonus (€)
Prevenčia	Prevenčia rizík farmakoterapie	Splnené, ak minimálne u 75% ošetrovaných pacientov, ktorým bol vystavený recept, bola zobrazená elektronická lieková knižka. V roku 2019 bude tento bonus uhradený aj bez splnenia ukazovateľa.	0,0005
Optimus	Náklady*	Výška bonusu sa určí ako (prepočítané náklady – priemerné náklady)/skutočné náklady x cena bodu. výška bonusu je min. 0,0001 € a max. 0,0008 €. Prepočítané náklady sú náklady na poskytovateľom predpísané lieky, zdravotnicke pomôcky (ZP) a indikované výkony SVLZ na jedného poistenca v € po prepočítaní zohľadňujúcim rôznu chorobnosť poistencov zahŕňajúce tzv. indexy rizika nákladov. Priemerné náklady sú náklady na jedno jedinečné rodné číslo na lieky a výkony SVLZ u poskytovateľov s rovnakou odbornosťou, ktoré boli vypočítané za účelom porovnania s prepočítanými nákladmi. V prípade, že hodnota prepočítaných nákladov na poistenca neprekročí hodnotu priemerných nákladov v danej odbornosti, vzniká nárok na bonus. Skutočné náklady sú náklady na poskytovateľom predpísané lieky, zdravotnicke pomôcky (ZP) a indikované výkony SVLZ na jedného poistenca v €.	0,0008
	Návštevy*	Splnené, ak je u poskytovateľa priemerný počet návštev na jedného jedinečného poistenca nižší ako priemerný počet návštev na jedného jedinečného poistenca v danej odbornosti (ďalej len „priemerná návštevnosť odbornosti“). Ak má poskytovateľ viac odborností, vyhodnocujú sa potenciálne náklady, t.j., aké by boli náklady zdravotnej poisťovne na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej poskytovateľom, ak by poskytovateľ pri všetkých jeho odbornostiach dosahoval priemernú návštevnosť danej odbornosti. Ukazovateľ je splnený, ak sú potenciálne náklady vyššie ako skutočné náklady zdravotnej poisťovne na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej poskytovateľom.	0,0005
Elektronické služby	Elektronické zúčtovanie cez online pobočku	Splnené, ak minimálne 75% dávok bolo vykázaných elektronicky cez Online pobočku zdravotnej poisťovne.	0,0005
	Elektronický recept	Splnené, ak minimálne 75% receptov s výdajom v lekární bolo vystavených elektronicky cez službu eRecept.	0,0005
	eLab	Splnené, ak minimálne 75% realizovaných SVLZ laboratórnych bolo žiadaných poskytovateľom po zobrazení existujúcich výsledkov. V roku 2019 bude tento bonus uhradený aj bez splnenia ukazovateľa.	0,0005

Maximálne spolu: 0,0033

*Nevyhodnocuje sa u poskytovateľov, ktorí mali v hodnotenom období menej ako 30 ošetrovaných poistencov, resp. ak ide o pediatrické špecializácie, menej ako 20 ošetrovaných poistencov. Nevyhodnocuje sa ani u odborností s kódom 027, 141 a 144 a odborností zazmluvnených u menej ako 10 poskytovateľov neprevádzkujúcich ústavné zdravotnicke zariadenie.

**Ukazovatele sa uplatnia už pri hodnotení, na základe ktorého zdravotná poisťovňa uhrádza bonusy v kalendárnom polroku od 1.1.2019.

4. S ohľadom na osobitné podmienky adaptačného obdobia je cena bodu resp. rozmedzie ceny bodu za výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti poskytnuté počas adaptačného obdobia určené nasledovne:

Adaptačné obdobie	Osobitné podmienky adaptačného obdobia
od 01.01.2019	Pre priznanie a úhradu bonusov za ukazovatele „Prevenčia rizík farmakoterapie“ a „eLab“ sa nebude vyžadovať splnenie týchto ukazovateľov podľa bodu 3 tejto časti. Inak zdravotná poisťovňa priznáva a uhradí bonusy podľa podmienok bodu 3 tejto časti prílohy. Rozmedzie ceny bodu je 0,0234 € - 0,0257 €.

Časť - Zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek

1. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
Výkony spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej aj ako „SVLZ“), s výnimkou špecializačných odborov uvedených pod písm. A) tejto časti prílohy.	0,0073 €

2. Úhrad za výkony nezhrňa ani náklady na ďalšie pripočítateľné položky k zdravotným výkonom vykázané v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi, ak nie je dojednané inak.

A) Laboratórne vyšetrovacie 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. Cenou bodu v rozmedzí 0,0047 € do 0,0062 € sa uhrádzajú výkony SVLZ v špecializačných odboroch laboratórnej medicíny; výška ceny bodu závisí od splnenia motivačných kritérií uvedených nižšie:

- základná cena bodu 0,0047 € (podmienkou je interný a externý systém kontroly kvality a zabezpečenie prepravy biologického materiálu) sa navýši o 0,0005 € za splnenie každého z nasledovných motivačných kritérií (ďalej aj „MK“)

Motivačné kritérium	Zmluvná cena bodu v €
ordinačné hodiny - nepretržitá prevádzka a/alebo vykonávanie manuálne náročných zdravotných výkonov	0,0062
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, N88.8, N88.9, C53, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54, C54.0, C54.1, C54.2, C54.3, C54.8, C54.9, C55, C80.9, D06.9; výkon je možné vykazať 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	Vykazuje sa s kódmi choroby Z01.4, Z12.4, N72, N86, N87.0, N87.1, N87.2, N87.9, N88.8, N88.9, C53, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54, C54.0, C54.1, C54.2, C54.3, C54.8, C54.9, C55, C80.9, D06.9; výkon je možné vykazať maximálne dvakrát za dvanásť mesiacov na jedno rodné číslo

9980b	Cytologické vyšetrenie steru z krčka maternice realizované konvenčnou metódou /kontrolné cytologické vyšetrenie/	1 000	Vykazuje sa s kódmi choroby Z01.4, Z12.4, N72, N86, N87.0, N87.1, N87.2, N87.9, N88.8, N88.9, C53, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54, C54.0, C54.1, C54.2, C54.3, C54.8, C54.9, C55, 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, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54, C54.0, C54.1, C54.2, C54.3, C54.8, C54.9, C55, C80.9., D06.9

Vykazovaná je konečná diagnóza, ktorú stanoví lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore patologická anatómia.

5. Zdravotná poisťovňa vyhlasuje, že revízny lekár zdravotnej poisťovne udelil predchádzajúci súhlas podľa § 42 ods. 5 a 6 zákona č. 577/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov s úhradou výkonov uvedených pod písm. A), v bode 1 písm. a) [okrem výkonov uvedených v písm. c) tohto bodu] a v bode 4 v zmluvne dohodnutej cene s podmienkou, že poskytovateľ nebude za zdravotnú starostlivosť vo forme týchto výkonov požadovať úhradu od poistenca, ktorému bol výkon poskytnutý. Poskytovateľ berie na vedomie, že tento súhlas revízneho lekára zdravotnej poisťovne

- a) je účinný od nadobudnutia účinnosti zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej medzi zdravotnou poisťovňou a poskytovateľom a platí po dobu jej platnosti, pokiaľ nebol zdravotnou poisťovňou odvolaný podľa písm. b) tohto bodu
- b) môže byť kedykoľvek, aj pred uplynutím doby uvedenej v písm. a), odvolaný na základe písomného odvolania súhlasu revízneho lekára zdravotnej poisťovne; odvolanie súhlasu nadobudne účinnosť ku dňu uvedenému v odvolaní súhlasu, a
- c) nevzťahuje sa na zdravotné výkony, ktoré podľa dojednaných zmluvných podmienok podliehajú schvaľovaniu zdravotnej poisťovne na základe žiadosti.

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