

Dodatok č. 5
k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti
č. 2005NSP2000117

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

Nemocnica Alexandra Wintera n.o.

zastúpený: MUDr. Štefan Kóňa, riaditeľ
so sídlom: Winterova 66, 921 01 Piešťany
IČO: 36 084 221
identifikátor poskytovateľa (prvých šesť znakov kódu poskytovateľa): P93083
(ďalej len "poskytovateľ")
(spoločne aj „zmluvné strany“)

uzatvárajú tento dodatok č. 5 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti č. 2005NSP2000117 (ďalej len „zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti“):

Článok 1
Predmet dodatku

Na základe článku X bodu 10.4. zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa zmluvné strany dohodli na tejto zmene zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti:

1. Znenie bodu 4.4. článku IV zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa mení a znie nasledovne:
„4.4. Zmluvné strany sa zaväzujú pri spracovávaní osobných údajov postupovať v súlade s 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 a v súlade so zákonom č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.“.
2. Na konci bodu 4.6. písm. g) sa pripája nová veta, ktorá znie nasledovne:
„Poskytovateľ je povinný vykazovať poskytnutú zdravotnú starostlivosť podľa tohto písmena aj v prípade, že zdravotná starostlivosť je uhrádzaná formou paušálnej úhrady. V prípade, ak je zdravotná starostlivosť uhrádzaná formou paušálnej úhrady za urgentný príjem, poskytovateľ vykazuje poskytnutú zdravotnú starostlivosť podľa tohto písmena s nulovou hodnotou.“.
3. V bode 4.6. sa za písmeno „s)“ vkladá písmeno „t)“, ktoré znie nasledovne:
„t) dodržiavať všetky požiadavky na materiálno-technické a personálne vybavenie podľa Výnosu Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 10. septembra 2008 č. 09812/2008-OL o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v znení neskorších predpisov a Výnosu Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 44/2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v znení neskorších predpisov.“.
4. Bod 5.1. zmluvy sa mení a znie nasledovne:
„Zmluvné strany sa dohodli, že zdravotná poisťovňa uhradí v súlade s touto zmluvou vykázanú a zdravotnou poisťovňou uznanú zdravotnú starostlivosť (ďalej len „uznaná zdravotná starostlivosť“) bližšie určenú v prílohe č. 2a (okrem gynekologickej špecializovanej ambulantnej starostlivosti, všeobecnej ambulantnej starostlivosti, lekárskej služby prvej pomoci zubno-lekárskej, ambulantnej pohotovostnej služby, záchranej zdravotnej služby, výkonov asistovanej reprodukcie, paušálnej úhrady za urgentný príjem 1.typu a/alebo 2.typu), v prílohe č. 2b zmluvy, v prílohe č. 2c zmluvy, vrátane zdravotnej starostlivosti dohodnutej podľa § 8 ods. 3 vyhlášky MZ SR č. 412/2009 Z. z. v platnom znení, a uznaný špeciálny zdravotnícky materiál¹ (ak ho poskytovateľ vykazuje a ak náklady na špeciálny zdravotnícky materiál podľa zmluvy a/alebo podľa niektorého z predpisov uvedeného v bode 4.1. zmluvy nie sú zahrnuté v úhrade za zdravotnú starostlivosť v súvislosti, s ktorou bol špeciálny zdravotnícky materiál použitý) poskytnutý v príslušnom kalendárnom mesiaci poistencom zdravotnej poisťovne (okrem poistencov EÚ) najviac do výšky celkovej mesačnej úhrady (ďalej len „globálny rozpočet“). Zdravotná starostlivosť, na ktorú sa podľa tohto bodu globálny rozpočet nevzťahuje, sa uhrádza bez určenia finančného rozsahu a v cenách uvedených v príslušných prílohách.“.

5. Na konci bodu 6.1. sa pripája nová veta, ktorá znie nasledovne:
„Poskytovateľ paušálnu úhradu za urgentný príjem 1.typu a/alebo 2.typu a/alebo paušálnu úhradu za ambulantnú pohotovostnú službu a výkony ambulantnej pohotovostnej služby vykazuje jednou osobitnou faktúrou za jedno zúčtovacie obdobie.“.
6. V bode 8.2. sa za čísla „8.1.“ vkladajú slová „a bodu 8.16.“.
7. Za bod 8.15. sa s účinnosťou od 1.10.2018 vkladá nový bod 8.16., ktorý znie nasledovne:
„8.16. Ak poskytovateľ porušil povinnosť podľa článku IV, bod 4.6, písm. t) tejto zmluvy pri prevádzkovaní zdravotníckeho zariadenia, na ktorom sa zdravotná starostlivosť uhrádza aj formou paušálnej úhrady a zdravotná poisťovňa túto paušálnu úhradu už uhradila, má zdravotná poisťovňa nárok na vrátenie tejto paušálnej úhrady za každý kalendárny mesiac, v ktorom došlo k porušeniu povinnosti podľa článku IV, bod 4.6, písm. t) ako neoprávnenej úhrady podľa bodu 8.2 zmluvy; ak zdravotná poisťovňa paušálnu úhradu ešte neuhradila, poskytovateľovi nevznikne nárok na úhradu paušálnej úhrady za ten kalendárny mesiac, v ktorom došlo k porušeniu povinnosti podľa článku IV, bod 4.6, písm. t).“.
8. V bode 10.3. zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa slová „30.4.2019“ nahrádzajú slovami „30.6.2019“.
9. Príloha č. 1 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa nahrádza novým znením, ktoré tvorí prílohu tohto dodatku.
10. Príloha č. 2a k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa nahrádza novým znením, ktoré tvorí prílohu tohto dodatku.
11. Ostatné ustanovenia zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti ostávajú týmto dodatkom nezmenené.

Článok 2

Spoločné a záverečné ustanovenia

1. Tento dodatok je neoddeliteľnou súčasťou zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Tento dodatok je vyhotovený vo dvoch rovnopisoch, z ktorých sa každý považuje za originál. Každá zo zmluvných strán obdrží po jednom vyhotovení dodatku.
2. Súhlas s obsahom dodatku vyjadria zástupcovia zmluvných strán svojím podpisom na poslednej strane tohto dodatku.
3. Zmluvné strany vyhlasujú, že ich spoločným úmyslom a záujmom bolo uzavrieť tento dodatok s účinnosťou od 01.07.2018. Preto sa zmluvné strany dohodli na úhrade zdravotnej starostlivosti podľa tohto dodatku aj za obdobie od 01.07.2018 do dňa nadobudnutia účinnosti tohto dodatku.
4. Tento dodatok nadobúda platnosť dňom podpisu oboma zmluvnými stranami a účinnosť dňom jeho zverejnenia na webovom sídle zdravotnej poisťovne.

Bratislava dňa 12.7.2018

Union zdravotná poisťovňa, a.s.

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

Piešťany dňa 12.7.2018

Nemocnica Alexandra Wintera n.o.

.....
MUDr. Štefan Kóna, riaditeľ

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 PZS : **Nemocnica Alexandra Wintera n.o.**

Identifikátor PZS : **P93083**

Kód poskytovateľa	Kód odbornosti útvaru*	Druh odborného útvaru**	Názov odbornosti útvaru
P93083001101	001	1	vnútorné lekárstvo
P93083007101	007	1	pediatria
P93083009101	009	1	gynekológia a pôrodnictvo
P93083010101	010	1	chirurgia
P93083011101	011	1	ortopédia
P93083025101	025	1	anestéziológia a intenzívna medicína
P93083027101	027	1	fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia
P93083051101	051	1	neonatológia
P93083193101	193	1	ústavná ošetrovateľská starostlivosť
P93083001201	001	2	vnútorné lekárstvo
P93083001202	001	2	vnútorné lekárstvo
P93083001203	001	2	vnútorné lekárstvo
P93083003201	003	2	pneumológia a ftizeológia
P93083004201	004	2	neuroológia
P93083004202	004	2	neuroológia
P93083004203	004	2	neuroológia
P93083005201	005	2	psychiatria
P93083007201	007	2	pediatria
P93083009201	009	2	gynekológia a pôrodnictvo
P93083009202	009	2	gynekológia a pôrodnictvo
P93083010201	010	2	chirurgia
P93083010202	010	2	chirurgia
P93083011201	011	2	ortopédia
P93083011203	011	2	ortopédia
P93083012201	012	2	urológia
P93083014201	014	2	otorinolaryngológia
P93083015201	015	2	oftalmológia
P93083018201	018	2	dermatovenerológia
P93083020201	020	2	všeobecné lekárstvo
P93083025201	025	2	anestéziológia a intenzívna medicína
P93083027201	027	2	fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia
P93083031201	031	2	hematológia a transfuziológia
P93083038201	038	2	plastická chirurgia
P93083040201	040	2	klinická imunológia a alergológia
P93083044201	044	2	foniatria
P93083046201	046	2	algeziológia
P93083048201	048	2	gastroenterológia
P93083056201	056	2	angiológia
P93083153201	153	2	pediatrická endokrinológia a diabetológia, poruchy lát
			kovej premeny a výživy
P93083155201	155	2	pediatrická kardiológia
P93083174202	174	2	ambulancia pevnej ambulantnej pohotovostnej služby pre dospelých
P93083176202	176	2	ambulancia pevnej ambulantnej pohotovostnej služby pre deti a dorast
P93083009401	009	4	gynekológia a pôrodnictvo
P93083010401	010	4	chirurgia
P93083011401	011	4	ortopédia
P93083012401	012	4	urológia
P93083014401	014	4	otorinolaryngológia
P93083023501	023	5	rádiológia

P93083023502	023	5	rádiológia
P93083023503	023	5	rádiológia
P93083024501	024	5	klinická biochémia
P93083027501	027	5	fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia
P93083027502	027	5	fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia
P93083029501	029	5	patologická anatómia
P93083031501	031	5	hematológia a transfuziológia
P93083034501	034	5	klinická mikrobiológia
P93083007801	007	8	pediatria
P93083009801	009	8	gynekológia a pôrodníctvo
P93083011801	011	8	ortopédia
P93083001801	001	8	vnútorné lekárstvo
P93083010801	010	8	chirurgia

Vysvetlivky:

* kód odbornosti útvaru v tvare „spp“ z kódu poskytovateľa (kód poskytovateľa má tvar „p99999sppyz“),

** kód druhu odborného útvaru v tvare „y“ z kódu poskytovateľa:

- 1 – ústavná zdravotná starostlivosť
- 2 – ambulancia
- 3 – pracovisko
- 4 – útvar jednodňovej 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

Podmienky úhrady poskytnutej ambulantnej zdravotnej starostlivosti

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 kapitачnú 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 kapitачnej 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 kapitачnej 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 kapitачnú platbu inému poskytovateľovi,

d) má nárok, aby zdravotná poisťovňa vykonala porovnanie kapitачného 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) môže sledovať zdravotný stav kapitovaného poistenca aj počas hospitalizácie poistenca, prípadne sleduje jeho zdravotný stav aj vykonaním návštevy u kapitovaného poistenca v prípade poskytnutia ústavnej starostlivosti,

h) pri vykazovaní úhrady poskytnutej zdravotnej starostlivosti kódy chorôb podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení uvádza v troj až päťmiestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka; kódy chorôb v tejto časti prílohy sú uvedené v tvare podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení (ďalej len „kód choroby“).

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

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška kapitácie v €
kapitácia	poistenec vo veku od 18 rokov do 50 rokov života vrátane	2,22
kapitácia	poistenec vo veku od 51 rokov do 60 rokov života vrátane	2,41
kapitácia	poistenec vo veku od 61 rokov do 80 rokov života vrátane	2,85
kapitácia	poistenec vo veku od 81 rokov života	3,05

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

a) **liekov** zaradených v zozname kategorizovaných liekov, ktoré sú predpísané a použité v súlade s preskripčnými obmedzeniami, indikačnými obmedzeniami a obmedzeniami úhrady zdravotnej poisťovne na jej predchádzajúci súhlas, označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ a „AS“ (Na základe zákona č. 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov),

b) **zdravotných výkonov preventívnych prehliadok** vykonaných v súlade s prílohou č. 2 zákona č. 577/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov, ktoré sa uhrádzajú:

ba) cenou bodu vo výške **0,0450 €** za podmienok podľa tejto tabuľky:

Kód výkonu	Vek/frekvencia	Vykazovanie
159b	vo veku 18 rokov; 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

	v roku 2018 aj vo veku od 19 do 39 rokov vrátane, ak výkon doteraz alebo v uplynulom roku poskytnutý nebol	
3671	po dovŕšení 18.roku raz za dva roky, u darcov krvi raz za 12 mesiacov	vykazuje sa s kódom choroby Z00.1, Z00.0 alebo Z52.0 u darcov krvi, môže sa vykázat s výkonom 160

bb) osobitnou cenou výkonu vo výške **16,43 €** za podmienok podľa tejto tabuľky:

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

c) zdravotných výkonov preventívnych prehliadok vykonaných v súlade s prílohou č. 2 zákona č. 577/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov a Odborným usmernením Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky pre realizáciu programu skríningu kolorektálneho karcinómu, 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: ***I** 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, môže byť poskytnutý len poistencovi, ktorý nebol očkovaný proti vírusovej hepatitíde typu A alebo B	
	pri očkovaní proti meningokokovej meningitíde*/ sa vykazuje s kódom choroby Z20.8	
	pri očkovaní proti kliešťovej encefalitíde sa vykazuje s kódom choroby Z24.1	
	pri očkovaní proti pneumokokom*/ sa vykazuje s kódom Z23.8 v zmysle indikačných obmedzení	

Vysvetlivky: ***I** § 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 dostať 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	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
25	návšteva poistenca v pracovnom čase poskytovateľa	0,0237
26	návšteva poistenca mimo riadneho pracovného času poskytovateľa	
29	návšteva poistenca v noci vyžiadaná a vykonaná medzi 22.00 a 7.00 hodinou	
4	štandardné vyšetrenie jedného orgánového systému vykazuje sa s výkonom 25 alebo s výkonom 26 môže sa vykázat aj pri povinnom očkovaní proti diftérii a tetanu, pri očkovaní proti vírusovej hepatitíde typu A, proti vírusovej hepatitíde typu A + B, proti meningokokovej meningitíde, proti kliešťovej encefalitíde a proti pneumokokom vykazuje sa s výkonom 25, s výkonom 252b a s príslušným kódom choroby	
5	štandardné vyšetrenie jedného orgánového systému cez deň v sobotu, v nedeľu a v deň pracovného pokoja	

	môže sa vykázať s výkonom 26 a s výkonom 30	0,0150
6	štandardné vyšetrenie jedného orgánového systému medzi 19.00 hod. a 7.00 hod. môže sa vykázať s výkonom 26 alebo 29 a s výkonom 30	
30	príplatok k výkonu 26 a 29 za vyžiadajú a vykonanú návštevu v sobotu, nedeľu a v deň pracovného pokoja	
40	zotrvávanie poskytovateľa pri poistencovi mimo ambulancie cez deň (za každú začatú polhodinu), najmä v súvislosti s potrebou jeho zotrvania do príchodu záchrannej 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 záchrannej 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, zrakového alebo sluchovo postihnutého poistenca pri výkonoch 4, 5 a 6	

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

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

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

g) zdravotných výkonov predoperačných vyšetrení a elektrokardiografických (EKG) vyšetrení, ktoré sa uhrádzajú osobitnou cenou podľa tejto tabuľky:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Úhrada v €
60b	Základné vyšetrenie zahŕňa potrebné odbery krvi, zhodnotenie laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení a zaradenie pacienta do rizikovej skupiny ASA. Výkon možno vykazovať iba raz v rámci jednej operácie, výkon sa vykazuje s kódom choroby, pre ktorú je poistenec plánovaný na operáciu. V prípade odoslania poistenca na vykonanie predoperačného vyšetrenia k lekárovi špecializovanej zdravotnej starostlivosti, zdravotná poisťovňa poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súvislosti s predoperačným vyšetrením uhrádza v rámci kapitačnej platby za poistenca.	10,00
5702ZV	Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie ako súčasť predoperačného vyšetrenia; vykazuje sa s výkonom 60b.	4,18

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

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

II. Ambulantná pohotovostná služba

1. Ak ďalej nie je uvedené inak, zdravotná poisťovňa mesačne uhrádza poskytovateľovi - organizátorovi ambulantnej pohotovostnej služby (ďalej aj ako „APS“) paušálnu úhradu za všetku zdravotnou poisťovňou uznanú zdravotnú starostlivosť poskytnutú v rámci ambulancie pevnej APS (ďalej len „paušálna úhrada za APS“) a úhradu za zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony poskytnuté v rámci ambulancie doplnkovej APS (ďalej „úhrada za zdravotné výkony doplnkovej APS“).

2. Zdravotnú starostlivosť poskytnutú v rámci ambulancie pevnej alebo doplnkovej APS zdravotná poisťovňa medicínsky uznáva a uhrádza v rozsahu poskytovania všeobecnej ambulantnej starostlivosti pri náhlej zmene zdravotného stavu osoby, ktorá bezprostredne neohrozuje jej život alebo bezprostredne neohrozuje niektorú zo základných životných funkcií

a pri súčasnom dodržaní požiadaviek na personálne a materiálno-technické zabezpečenie ambulancií APS určených všeobecne záväznými právnymi predpismi.

3. Spôsob a pravidlá výpočtu výšky paušálnej úhrady za APS určuje nariadenie vlády SR č. 115/2018 Z. z., ktorým sa ustanovuje výška úhrad zdravotnej poisťovne za poskytovanie zubno-lekárskej pohotovostnej služby a ambulantnej pohotovostnej služby, spôsob výpočtu a pravidlá výpočtu týchto úhrad (ďalej len „nariadenie vlády SR. č. 115/2018 Z. z.“). Výšku paušálnej úhrady za APS zdravotná poisťovňa bez zbytočného odkladu oznámi listom poskytovateľovi. Ak organizátor APS patrí do jednej skupiny ovládaných osôb a súčasne sú na to splnené podmienky určené zákonom č. 581/2004 Z. z., znižuje sa paušálna úhrada za APS v rozsahu určenom týmto zákonom.

4. Výška úhrady za zdravotné výkony doplnkovej APS, prípadne aj výkony pevnej APS, ak sa majú hradiť nad rámec paušálnej úhrady za APS, sa určí ako súčin bodového ohodnotenia výkonu určeného nariadením vlády č.115/2018 Z. z. a ceny bodu vyplývajúcej z nasledovnej tabuľky:

Spôsob úhrady	podmienky úhrady zdravotných výkonov doplnkovej APS	Výška ceny bodu v €
cena bodu	v rozsahu poskytovania všeobecnej ambulantnej starostlivosti pri náhlej zmene zdravotného stavu osoby, ktorá bezprostredne neohrozuje jej život alebo bezprostredne neohrozuje niektorú zo základných životných funkcií	0,0237

5. Paušálna úhrada za APS a úhrada za zdravotné výkony doplnkovej APS nezahŕňa:

- a) úhradu za lieky plne alebo čiastočne uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia zaradené v platnom Zozname kategorizovaných liekov, označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom A a AS,
- b) úhradu za dopravu lekára ambulancie pevnej APS z miesta bodu ambulancie pevnej APS k poistencovi a späť.

6. Poskytovateľ – organizátor APS vykazuje do zdravotnej poisťovne všetky výkony pevnej APS a to aj v prípade, ak ich úhrada má byť podľa nariadenia vlády č. 115/2018 Z. z. zahrnutá v paušálnej úhrade za APS.

7. Ak sa v rámci pevnej APS poskytuje návštevná služba, výška úhrady za dopravu lekára z miesta bodu ambulancie pevnej APS k poistencovi a späť sa vypočíta ako súčin nevyhnutného počtu kilometrov a ceny jedného kilometra vyplývajúcej z nasledovnej tabuľky:

Spôsob úhrady	podmienky úhrady dopravy	Výška ceny km v €
cena za km	typ prevozu - doprava lekára služobným alebo objednaným vozidlom v rámci spádového územia ambulancie pevnej APS	0,50
	typ prevozu - doprava lekára vlastným (súkromným) alebo referentským vozidlom v rámci spádového územia ambulancie pevnej APS	0,25

8. Poskytovateľ - organizátor APS poskytuje APS prostredníctvom lekára s profesijným titulom:

- a) všeobecný lekár alebo lekár s profesijným titulom internista alebo lekár zaradený do špecializačného štúdia v internistických špecializačných odboroch s najmenej trojročnou odbornou praxou v zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, ak sa zabezpečuje poskytovanie ambulantnej pohotovostnej služby pre dospelých,
 - b) pediater, ak sa zabezpečuje poskytovanie ambulantnej pohotovostnej služby pre deti a dorast;
- poskytovateľ je povinný zdravotnej poisťovni písomne oznámiť a aktualizovať zmenu v personálnom zabezpečení (v rozsahu údajov o lekároch - meno, priezvisko, číselné kódy a veľkosti úväzkov), prostredníctvom ktorých zabezpečuje APS za každú ambulanciu pevnej alebo doplnkovej APS, ktorú prevádzkuje.

III. 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 **0,0220 €** 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 centrálneho 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 **0,0450 €** 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*¹ 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: *¹ 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 6 časti Špecializovaná ambulantná starostlivosť.

Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0450 €** 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*¹ 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: *¹ 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 urológia

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

a) Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0450 €** uhrádzajú zdravotné výkony preventívnej prehliadky – vyšetrenie na včasné rozpoznanie ochorenia na rakovinu u muža vrátane rád podľa tejto tabuľky:

Kód výkonu	Vek / frekvencia	Vykazovanie
158	poistencom od 40. roku veku / raz za dva roky alebo za podmienok a vo frekvencii podľa zákona 577/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov	vykazuje sa s kódom choroby Z12.5; môže sa vykázat s výkonom 5302

b) V prípade, že poskytovateľ pri poskytovaní ambulantnej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore urológia použije špeciálny zdravotnícky materiál (ďalej aj ako „SZM“ uvedený Zoznamu 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, zdravotná poisťovňa uhradí tento SZM ako pripočítateľnú položku k úhrade výkonu do výšky obstarávacej ceny SZM, najviac však do výšky príslušnej maximálnej úhrady zdravotnej poisťovne za SZM uvedenej v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne pri súčasnom dodržaní všetkých ostatných príslušných podmienok úhrady SZM. Ak je obstarávacia cena SZM vyššia ako maximálna úhrada zdravotnej poisťovne za SZM ako pripočítateľnej položky uvedená v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne, je tento rozdiel zahrnutý do úhrady výkonu, v súvislosti s ktorým bol SZM použitý. Týmto nie je dotknutá výška doplatku poistenca na úhradu SZM.

D. 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 6 časti Špecializovaná ambulantná starostlivosť.

Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0450 €** 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	za podmienok a vo frekvencii podľa zákona č. 577/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov	2 369

IV. 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 odovzdáva 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 kapitačnú 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 kapitačnej platby aj spätne, ak poistenka alebo jej zákonný zástupca neohlásil poskytovateľovi zmenu zdravotnej poisťovne; nárok na spätnú úhradu kapitačnej platby za kapitovanú poistenku, ktorú opomenul vykázat' má iba v tom prípade, ak zdravotná poisťovňa v období, za ktoré si túto poistenku spätne vykazuje, neuhradila kapitačnú platbu inému poskytovateľovi,
- e) má nárok, aby zdravotná poisťovňa vykonala porovnanie kapitačného 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 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.

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

Spôsob úhrady	Výška úhrady v €
kapitácia	1,47

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

- a) **liekov** zaradených v Zozname kategorizovaných liekov, ktoré sú predpísané a použité v súlade s preskripčnými obmedzeniami, indikačnými obmedzeniami a obmedzeniami úhrady zdravotnej poisťovne na jej predchádzajúci súhlas, označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ a „AS“ (Na základe zákona č. 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov),
- b) zdravotných výkonov preventívnych prehliadok vykonaných v súlade s prílohou č. 2 zákona č. 577/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov, ktoré sa uhrádzajú cenou bodu vo výške **0,0450 €** za podmienok podľa tejto tabuľky:

Kód výkonu	Vek / frekvencia	Vykazovanie
100		vykazuje sa s kódom choroby Z34.0 alebo Z34.8, môže sa vykázat', ak nie je súčasťou iného výkonu
102	vykazuje sa po potvrdení gravidity pri prvej návšteve	vykazuje sa s kódom choroby Z34.0 alebo Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4
103*/	vykazuje sa od druhej návštevy / raz za 28 dní	
105	vykazuje sa iba raz v súvislosti so šestonedelím	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	0,0266
cena bodu	výkon SVLZ prístrojový preventívny 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 kapitovanej 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 kapitovanej 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 kapitovanej 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 skríningu, vykazuje sa súčasne s výkonom 157 a kódom choroby Z01.4 u kapitovanej 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 vykonával. 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 **0,0220 €**.

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 výkonu SVLZ prístrojový, okrem preventívneho prístrojového výkonu 108, 118, 5303, 5305 a 5308	0,0073
cena bodu	výkon SVLZ prístrojový preventívny 108, 118	0,0266
cena bodu	výkon SVLZ prístrojový preventívny 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 tejto 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.

V. 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“^{1/}, 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 tejto časti prílohy sú kódy chorôb uvedené v tvare podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení (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**“,

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.

- b) zdravotné výkony podľa Zoznamu výkonov vykazuje pri rešpektovaní podmienok uvedených v dokumente „**Usmernenie k vykazovaniu laboratórnych výkonov**“,
- c) 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 **0,0047 € do 0,0062 €** za všetky medicínsky indikované, zdravotnej poisťovni správne vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony; výška ceny bodu závisí od splnenia motivačných kritérií uvedených nižšie:

J) základná cena bodu **0,0047 €** (podmienkou je interný a externý systém kontroly kvality a zabezpečenie prepravy biologického materiálu) sa navýši o **0,0005 €** 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	0,0052
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, C53.0, 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	Vykazuje 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	Vykazuje 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 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.

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 **0,003900 €** 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	x
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	0,007400
	Poskytovateľ, ktorý poskytuje minimálne 3.000 vyšetrení za jeden kalendárny rok	0,008000	
počítačová tomografia	CT prístroj do 16 MSCT	0,004200	0,005000
	CT prístroj do 16 MSCT– 24 hodinová prevádzka	0,004300	
	CT prístroj 20 - 40 MSCT	0,004400	
	CT prístroj 20 - 40 MSCT– 24 hodinová prevádzka	0,004500	
	CT prístroj 64 MSCT a viac	0,004700	
	CT prístroj 64 MSCT a viac – 24 hodinová prevádzka	0,005000	
magnetická rezonancia	MR prístroj 0,2 T až 0,25 T pre vyšetrenie jedného orgánového systému - kĺbov	0,003900	x
	MR prístroj 0,25 T pre viac orgánovú diagnostiku	0,004600	
	MR prístroj 0,3 T - 1,0 T	0,004700	
	MR prístroj od 1,1 T do 2,9 T	0,004900	
	MR prístroj 3T a vyššie	0,005600	

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 preskripcným obmedzením viazaný na špecializačný odbor rádiológia, zdravotná poisťovňa uhradí tento ŠZM ako pripočítateľnú položku k úhrade výkonu do výšky obstarávacej ceny ŠZM, najviac však do výšky príslušnej maximálnej úhrady zdravotnej poisťovne za ŠZM uvedenej v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne pri súčasnom dodržaní všetkých ostatných príslušných podmienok úhrady ŠZM, ak nie je dojednané inak. Ak je obstarávacia cena ŠZM vyššia ako maximálna úhrada zdravotnej poisťovne za ŠZM ako pripočítateľnej položky uvedená v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne, je tento rozdiel zahrnutý do úhrady výkonu, v súvislosti s ktorým bol ŠZM použitý. Týmto bodom nie je dotknutá výška doplatku poistenca na úhradu ŠZM.

3. Poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v 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.

4. V cene poskytnutého zdravotného výkonu počítačovej tomografie a/alebo magnetickej rezonancie je zahrnutá aj úhrada zdravotnej poisťovne za výkon aplikovania kontrastnej látky k príslušnému výkonu počítačovej tomografie a/alebo magnetickej rezonancie.

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.