

Dodatok č. 21
k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti
č. 3007NSP2000117

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 s poliklinikou Považská Bystrica

zastúpený: MUDr. Igor Steiner, riaditeľ
so sídlom: Nemocničná 986, 01726 Považská Bystrica
IČO: 00610411
identifikátor poskytovateľa (prvých šesť znakov kódu poskytovateľa): P50945
(ďalej len "poskytovateľ" alebo spoločne aj „zmluvné strany“)

Zmluvné strany uzatvárajú tento dodatok č. 21 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti č. 3007NSP2000117 (ďalej v texte aj ako „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:

1. Príloha č. 1 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa s účinnosťou od 8.10.2020 dopĺňa o nový riadok v nasledovnom znení:

„P50945647201 647 Mobilné odberové miesto 2“
2. Príloha č. 2a k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa s účinnosťou od 8.10.2020 nahrádza novým znením, ktoré tvorí prílohu tohto dodatku.
3. 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 08.10.2020. Preto sa zmluvné strany dohodli na úhrade zdravotnej starostlivosti podľa tohto dodatku aj za obdobie od 08.10.2020 do dňa nadobudnutia účinnosti tohto dodatku.
4. Tento dodatok nadobúda platnosť dňom podpisu oboma zmluvnými stranami a účinnosť nasledujúci deň po dni jeho zverejnenia na webovom sídle zdravotnej poisťovne.

V Bratislave dňa 14.10.2020

Union zdravotná poisťovňa, a.s

Nemocnica s poliklinikou Považská Bystrica

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

.....
MUDr. Igor Steiner, riaditeľ

Príloha č. 2a
k Zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Podmienky úhrady poskytnutej ambulantnej zdravotnej starostlivosti

I. 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 viacerí 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 vykázat 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.

II. Všeobecná ambulantná starostlivosť pre deti a dospelých

1. Kapitácia sa v závislosti od veku kapitovaného poistenca uhrádza nasledovne:

Špecifikácia podmienok úhrady	Kapitácia v €
poistenec do 1 roka veku	7,00
poistenec od 1 do 5 rokov veku vrátane	5,50
poistenec od 6 do 14 rokov veku vrátane	3,79
poistenec od 15 do 18 rokov veku vrátane	2,40
poistenec od 19 do 28 rokov veku vrátane	2,40

2. V kapitácii nie je zahrnutá úhrada za zdravotné výkony, ktoré sa podľa tejto časti uhrádzajú cenou bodu alebo cenou za výkon.

3. Cenou bodu sa u kapitovaného poistenca a poistenca EÚ, ktorý má na to právny nárok v zmysle príslušných všeobecne záväzných právnych predpisov, uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony za podmienok úhrady uvedených v tejto tabuľke:

Kód výkonu	Cena bodu v €
142	0,0900
143, 143a, 144, 145, 145a, 146, 146a, 146b, 146c, 148, 148a, 148b, 148c, 149, 149a, 149b, 149c, 149d, 149f, 950, 953 (pri vykázaní s kódom choroby Z00.1) Výkon 950 je možné vykázať v kombinácii s výkonom s 143, 143a, 144, 145, 145a, 146, 146a, 146b, 146c.	0,0485
143, 143a, 144, 145, 145a, 146, 146a, 146b, 146c, 148 (pri vykázaní s kódom choroby P07.00, P07.01, P07.02, P07.10, P07.11 podľa pôrodnej hmotnosti novorodenca)	0,0539

4. Cenou bodu sa u kapitovaného poistenca a poistenca EÚ, ktorý má na to právny nárok v zmysle príslušných všeobecne záväzných právnych predpisov, uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony za podmienok úhrady uvedených v tejto tabuľke:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
159b	Vykazuje sa - s kódom choroby Z00.1 - s výkonom 149 alebo 149d - aj u poistencov v 13. roku veku	0,0485
3671	Vykazuje sa - s kódom choroby Z00.1, Z00.0 alebo Z52.0 u darcov krvi - s výkonom 149 alebo 149d	0,0485
252a	pri očkovaní proti rotavírusom sa vykazuje s kódom choroby Z25.8 alebo Z26.8	0,0600
252b	pri očkovaní proti chrípke sa vykazuje s kódom choroby Z25.1	
	pri povinnom očkovaní vrátane povinného očkovania proti diftérii a tetanu a povinného očkovania proti pneumokokom sa vykazuje s kódom choroby Z23.8 alebo Z27.4 alebo Z27.8 alebo Z00.1, pri odporúčanom (u poistencov nad 15 rokov) očkovaní proti pneumokokom sa vykazuje s kódom choroby Z23.8	
	pri očkovaní proti vírusovej hepatitíde typu A sa vykazuje s kódom choroby Z20.5 alebo Z24.6	
	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 alebo Z23.8	
	pri očkovaní proti varicelle sa vykazuje s kódom choroby Z26.8	
	pri očkovaní proti kliešťovej encefalitíde sa vykazuje s kódom choroby Z24.1	
	pri očkovaní proti HPV u dievčat a chlapcov od dovŕšenia 13. roku života až do dovŕšenia 16. roku života, vykazuje sa s kódom choroby Z25.8	
	pri očkovaní proti osýpkam sa vykazuje s kódom Z27.4, Z27.8, Z27.3, Z27.1 alebo Z24.4	
25 26 29	Výkon 25 je možné vykázať aj: - s výkonmi preventívnych prehliadok u imobilných poistencov alebo z dôvodu iného závažného dlhodobého zdravotného postihnutia poistenca,	0,0250

	- s výkonom 252b, ak ide o vykonanie očkovania na základe rozhodnutia regionálneho úradu verejného zdravotníctva alebo Úradu verejného zdravotníctva SR u poistencov, ktorí dlhodobo odmietajú dostaviť sa do ambulancie poskytovateľa za účelom vykonania očkovania. O uvedených skutočnostiach vykoná poskytovateľ záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca	
4;5;6;30	Výkony sa vykazujú nasledovne: - výkon 4 s výkonom 25 alebo 26 - výkon 5 s výkonom 26 a s výkonom 30 - výkon 6 s výkonom 26 alebo 29 a s výkonom 30 - výkon 30 s výkonom 26 alebo 29	0,0150
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.	0,0150
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	0,0150
5702*	Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil.	0,0082
4571a	C - reaktívny proteín, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil (380 bodov)	0,0116
-	Výkony (okrem SVLZ výkonov) neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanému poistencovi	0,026
-	SVLZ výkony neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanému poistencovi	0,0082
-	Výkony (okrem SVLZ výkonov) zdravotnej starostlivosti poskytnuté poistencovi EÚ s výnimkou výkonov, pre ktoré je v tejto časti prílohy určená iná cena bodu alebo cena výkonu	0,0260
-	SVLZ výkony zdravotnej starostlivosti poskytnuté poistencovi EÚ s výnimkou výkonov, pre ktoré je v tejto časti prílohy určená iná cena bodu alebo cena výkonu	0,0082

* Výkon sa uhrádza na základe splnenia povinnosti poskytovateľa podľa bodu 4.6. písm. f) tejto zmluvy, prípadne aj po preukázaní ďalších podmienok úhrady výkonu. Zdravotnou poisťovňou schválený zdravotný výkon podľa predchádzajúcej vety, s uvedením kódu odbornosti ambulantnej zdravotnej starostlivosti a kódu zdravotného výkonu tvoria prílohu č. 3, ktorá tvorí neoddeliteľnú súčasť tejto zmluvy.

5. Cenou výkonu sa u kapitovaného poistenca a poistenca EÚ, ktorý má na to právny nárok v zmysle príslušných všeobecne záväzných právnych predpisov, uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony za podmienok úhrady uvedených v tejto tabuľke:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena výkonu v €
160	Vyказuje sa - s kódom choroby Z00.1, Z00.0 alebo Z52.0 u darcov krvi	17,70
60	Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie - pri prevzatí poistenca do zdravotnej starostlivosti - maximálne jedenkrát u jedného poistenca	2,30
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 vyказuje 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.	10,50
67	U detí do dovŕšenia 5 roku veku pri sťaženom výkone: očkovanie alebo odber krvi. V ostatných prípadoch je úhrada za tento výkon zahrnutá v kapitácii	4,10
5702Z*	Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie ako súčasť predoperačného vyšetrenia; vyказuje sa s výkonom 60b.	4,41
1544a*	Otoskopické vyšetrenie jednostranne	4,40
10	Starostlivosť o poistenca s obezitou, artériovou hypertenziou a/alebo dyslipidémiou Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie - u poistenca, ktorý má aspoň jedno z nasledujúcich ochorení alebo ich kombináciu:	8,00

	• obezita • dyslipidémia • hypertenzia (ďalej jednotlivo aj ako „dané ochorenie“ alebo spoločne ako „dané ochorenia“) - ak ide o poistenca, ktorý má len izolovanú obezitu (t.j. nemá artériovú hypertenziu a/alebo dyslipidémiu), podmienkou úhrady je aj BMI nad 90 percentil pre daný vek poistenca (štandardné hodnoty BMI u detí sú stanovené Odborným usmernením Ministerstva zdravotníctva SR č. 13278-OZS-2011 o diagnostike a liečbe obezity u detí) - ak poistenec nie je dispenzarizovaný a/alebo liečený u iného poskytovateľa pre dané ochorenia (okrem jednorazového vyšetrenia u poskytovateľa špecializovanej ambulantnej starostlivosti za účelom konzultácie alebo vykonania zobrazovacieho vyšetrenia), - ak je vykázaný s príslušnou diagnózou, - maximálne dvakrát za kalendárny rok u jedného poistenca; v prípade potreby vyššej frekvencie vyšetrení je úhrada za ďalšiu zdravotnú starostlivosť zahrnutá v kapitácii, - ak poskytovateľ postupuje v súlade s príslušnými platnými odbornými usmerneniami pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti vydanými Ministerstvom zdravotníctva SR podľa príslušného ustanovenia zákona č. 576/2004 Z. z. (ak existujú), - ak poskytovateľ vykonáva príslušné zápisy v súvislosti s liečbou daného ochorenia do zdravotnej dokumentácie. V cene výkonu je zahrnuté komplexné poskytovanie zdravotnej starostlivosti v súvislosti s daným ochorením, najmä - iniciálne a/alebo kontrolné vyšetrenie poistenca, - odbery na laboratórne vyšetrenia a/alebo vyhodnotenie dostupných výsledkov vyšetrení poistenca, - ďalšia zdravotná starostlivosť v zmysle príslušných odborných usmernení vydaných Ministerstvom zdravotníctva SR (ak existujú). Pre účely úhrady tohto výkonu nad rámec kapitácie zároveň platí: - o iniciálne vyšetrenie ide v prípade, keď poistenec, nebol v posledných 24 mesiacoch liečený, diagnostikovaný alebo dispenzarizovaný pre dané ochorenie u iného poskytovateľa, - kontrolné vyšetrenie je každé ďalšie vyšetrenie po iniciálnom vyšetrení, - pri hodnotení laboratórnych a iných výsledkov vyšetrení zdravotná poisťovňa akceptuje vyšetrenia, ktoré neboli realizované neskôr ako 3 mesiace pred dňom realizácie iniciálneho alebo kontrolného vyšetrenia, poskytovateľ vykonáva aj priebežný selektívny skrining hypertenzie ako aj selektívny skrining dyslipidémie u poistencov v prípade pozitívnej rodinnej anamnézy.	
--	---	--

*Výkon sa uhrádza na základe splnenia povinnosti poskytovateľa podľa bodu 4.6. písm. f) tejto zmluvy, prípadne aj po preukázaní ďalších podmienok úhrady výkonu. Zdravotnou poisťovňou schválený zdravotný výkon podľa predchádzajúcej vety, s uvedením kódu odbornosti ambulantnej zdravotnej starostlivosti a kódu zdravotného výkonu tvoria prílohu č. 3, ktorá tvorí neoddeliteľnú súčasť tejto zmluvy.

III. 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 zdravotnú 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 ambulancie APS určených všeobecne záväznými právnymi predpismi. Týmto nie je dotknuté poskytovanie zdravotnej starostlivosti poistencovi, ktorého zmena zdravotného stavu bezprostredne ohrozuje jeho život alebo niektorú zo základných životných funkcií.

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:

Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
Výkony sa uhrádzajú 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 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:

Špecifikácia podmienok úhrady	Cena km v €
typ prevozu APSD - doprava lekára služobným alebo objednaným vozidlom v rámci spádového územia ambulancie pevnej APS	0,50
typ prevozu LSPR - 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.

9. Ak poskytovateľ - organizátor APS v kalendárnom mesiaci neposkytoval APS minimálne v časovom rozsahu určenom všeobecne záväzným právnym predpisom lekármi podľa bodu 8 tejto časti a zdravotná poisťovňa za tento kalendárny mesiac uhradila paušálnu úhradu za APS v plnej výške, vznikne zdravotnej poisťovni nárok na vrátenie alikvotnej časti paušálnej úhrady za APS za obdobie, kedy poskytovateľ - organizátor APS nezabezpečil poskytovanie APS v súlade s bodom 8 tejto časti. Za zabezpečenie APS sa považuje aj stav, keď organizátor APS zabezpečil poskytovanie APS lekármi s profesijným titulom podľa bodu 8 tejto časti určenými podľa rozpisu príslušného samosprávneho kraja. Tento nárok sa považuje za pohľadávku zdravotnej poisťovne za neoprávnene vyúčtované a uhradené výkony zdravotnej starostlivosti v zmysle § 85g ods. 12 zákona č. 581/2004 Z. z.

10. Poskytovateľ - organizátor APS, ktorý poskytuje aj iný druh zdravotnej starostlivosti ako APS, vykazuje paušálnu úhradu za APS a úhradu za zdravotné výkony doplnkovej APS na úhradu do zdravotnej poisťovne na samostatnej faktúre.

IV. Špecializovaná ambulantná starostlivosť v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo

A) Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo

1. Kapitácia sa uhrádza nasledovne:

Špecifikácia podmienok úhrady	Kapitácia v €
poistenky po dovŕšení 15-teho roku veku	1,28

2. Cenou bodu sa u kapitovanej poistenky a poistenky EÚ, ktorá má na to právny nárok v zmysle príslušných všeobecne záväzných právnych predpisov, uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony za podmienok úhrady uvedených v tejto tabuľke:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
100	Vykazuje sa - s kódom choroby Z34.0 alebo Z34.8 - ak nie je súčasťou iného výkonu	0,0485
102	Vykazuje sa - po potvrdení gravidity pri prvej návšteve - s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4	0,0485

103 ¹	Vyказuje sa - od druhého mesiaca tehotenstva 1x/za 28 dní (max. 8x u jednej poistenky počas tehotenstva), ak ďalej nie je uvedené inak, - 1x/týždenne v posledných 4 týždňoch tehotenstva (max. 4x u jednej poistenky počas posledných 4 týždňov tehotenstva) - s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4	0,0485
105	Vyказuje sa - 1x v súvislosti so šesťonedeľím - s kódom choroby Z39.2	0,0485
157	vyказuje sa - 1x/kalendárny rok u ženy vo veku od 18 rokov veku alebo od prvého tehotenstva - s kódom choroby Z01.4 alebo Z12.4	0,0485
297	Výkon sa uhrádza: - u poistenky vo veku od 18 do 64 rokov - raz za kalendárny rok - ak bol vykázaný s kódom choroby: • Z01.4 v prípade oportúnneho skríningu rakoviny krčka maternice • Z12.4 v prípade populačného skríningu rakoviny krčka maternice	0,0291
-	Výkony SVLZ (vrátane prístrojových) okrem 108, 118, 5303, 5305 a 5308 akceptovaných ako preventívne prístrojové výkony	0,0082
108	Výkon 108 sa akceptuje ako preventívny prístrojový výkon najviac štyri razy počas tehotenstva. Vyказuje sa súčasne s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4	0,0485
118	Výkon 118 sa akceptuje ako preventívny prístrojový výkon raz týždenne počas obdobia posledných štyroch týždňov gravidity (maximálne 6x). Vyказuje sa súčasne s výkonom 103 a s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4	0,0266
252b	- pri očkovaní proti chrípke sa vyказuje s kódom choroby Z25.1 - pri očkovaní proti čiernemu kašľu s kódom choroby Z23.7 - pri očkovaní proti HPV u dievčat v 16 roku života, vyказuje sa s kódom choroby Z25.8 Zdravotná poisťovňa výkon neuhradí, ak už bol u daného poistenca v danom kalendárnom roku uhradený u iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.	0,0485
1070	Vyказuje sa - s výkonom 157 - s kódom choroby Z01.4 alebo Z12.4	0,0485
5303*	Výkony 5303 a 5305 sa akceptujú ako preventívne výkony raz za dvanásť mesiacov, vyказujú sa v nadväznosti na výkon 157 a s kódom choroby Z01.4 alebo Z12.4. Výkony 5303 a 5305 sa nevyказujú naraz v rámci vykonania jednej preventívnej prehliadky (výkon 157). Výkony 5303 a 5305 sa akceptujú k úhrade aj bez naviazania na vykonanie preventívnej prehliadky (výkon 157); v tomto prípade sa uhrádzajú cenou bodu za výkony SVLZ, ktoré nie sú preventívne prístrojové výkony.	0,0266
5305*		0,0266
5308*	Výkon 5308 sa akceptuje ako preventívny výkon raz za dva roky v intervaloch a vekovom rozmedzí stanovených v skriningu. Vyказuje sa súčasne s výkonom 157 a kódom choroby Z01.4 alebo Z12.4	0,008535
5809*	Vyказuje sa s výkonom 108	0,0266
-	Výkony (okrem SVLZ výkonov) neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanej poistenke	0,026
-	SVLZ výkony neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanej poistenke	0,0082
-	Výkony (okrem SVLZ výkonov) zdravotnej starostlivosti poskytnuté poistenke EÚ s výnimkou výkonov, pre ktoré je v tejto časti prílohy určená iná cena bodu	0,026
-	SVLZ výkony zdravotnej starostlivosti poskytnuté poistenke EÚ s výnimkou výkonov, pre ktoré je v tejto časti prílohy určená iná cena bodu	0,0082

*Výkon sa uhrádza na základe splnenia povinnosti poskytovateľa podľa bodu 4.6. písm. f) tejto zmluvy, prípadne aj po preukázaní ďalších podmienok úhrady výkonu. Zdravotnou poisťovňou schválený zdravotný výkon podľa predchádzajúcej vety, s uvedením kódu odbornosti ambulantnej zdravotnej starostlivosti a kódu zdravotného výkonu tvoria prílohu č. 3, ktorá tvorí neoddeliteľnú súčasť tejto zmluvy. V prípade, že poskytovateľ nie je oprávnený výkony SVLZ prístrojové vykonávať, lebo nespĺňa podmienky podľa tejto vysvetlivky, 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. V prípade, že u poskytovateľa vykonáva SVLZ prístrojové vyšetrenia lekár inej odbornosti ako je gynekológia a pôrodnictvo (napr. rádiológ), poskytovateľ vyказuje 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.

B) Špecializovaná ambulantná 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. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

¹ Pri rizikovom tehotenstve sa vyказuje uvedená prehliadka pod kódom zdravotného výkonu č. 63; zdravotný výkon č. 63 sa neuhrádza ako preventívna prehliadka nad rámec kapitácie

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
-	Výkony špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo	0,0237
-	Výkony SVLZ (vrátane prístrojových) okrem 108, 118, 5303, 5305 a 5308 akceptovaných ako preventívne prístrojové výkony	0,0082
108	Výkon 108 sa akceptuje ako preventívny prístrojový výkon najviac štyri razy počas tehotenstva. Vykazuje sa súčasne s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4	0,0485
118	Výkon 118 sa akceptuje ako preventívny prístrojový 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, Z35.2 alebo Z35.4	0,0266
1070	Vykazuje sa - s výkonom 157 - s kódom choroby Z01.4 alebo Z12.4	0,0485
5303*	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 alebo Z12.4. Výkony 5303 a 5305 sa nevykazujú naraz v rámci vykonania jednej preventívnej prehliadky (výkon 157). Výkony 5303 a 5305 sa akceptujú k úhrade aj bez naviazania na vykonanie preventívnej prehliadky (výkon 157); v tomto prípade sa uhrádzajú cenou bodu za výkony SVLZ, ktoré nie sú preventívne prístrojové výkony.	0,0266
5305*		0,0266
5308*	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 alebo Z12.4.	0,008535
5809*	Vykazuje sa s výkonom 108	0,0266
-	Výkony (okrem SVLZ výkonov) neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanej poisťovke	0,0260
-	SVLZ výkony neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanej poisťovke	0,0082
-	Výkony (okrem SVLZ výkonov) zdravotnej starostlivosti poskytnuté poisťovke EÚ s výnimkou výkonov, pre ktoré je v tejto časti prílohy určená iná cena bodu	0,0260
-	SVLZ výkony zdravotnej starostlivosti poskytnuté poisťovke EÚ s výnimkou výkonov, pre ktoré je v tejto časti prílohy určená iná cena bodu	0,0082

*Výkon sa uhrádza na základe splnenia povinnosti poskytovateľa podľa bodu 4.6. písm. f) tejto zmluvy, prípadne aj po preukázaní ďalších podmienok úhrady výkonu. Zdravotnou poisťovňou schválený zdravotný výkon podľa predchádzajúcej vety, s uvedením kódu odbornosti ambulantnej zdravotnej starostlivosti a kódu zdravotného výkonu tvoria prílohu č. 3, ktorá tvorí neoddeliteľnú súčasť tejto zmluvy.

V. 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“)	0,0237
-	Výkony ústavnej pohotovostnej služby a centrálneho príjmu. V prípade poskytovateľa prevádzkujúceho pracovisko urgentného príjmu 1. typu iba výkony ústavnej pohotovostnej služby v špecializačnom odbore psychiatria, pediatria a gynekológia a pôrodnictvo.	0,02465
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.	0,0082
5330* 5331* 5332*		0,0055
5793* 5794* 5795*		0,012083

*Výkon sa uhrádza na základe splnenia povinnosti poskytovateľa podľa bodu 4.6. písm. f) tejto zmluvy, prípadne aj po preukázaní ďalších podmienok úhrady výkonu. Zdravotnou poisťovňou schválený zdravotný výkon podľa predchádzajúcej vety, s uvedením kódu odbornosti ambulantnej zdravotnej starostlivosti a kódu zdravotného výkonu tvoria prílohu č. 3, ktorá tvorí neoddeliteľnú súčasť tejto zmluvy.

2. Cenou výkonu sa uhrádzajú nasledovné výkony ŠAS:

Kód výkonu	Počet bodov	Špecifikácia podmienok úhrady
60	420	Cena výkonu sa určí ako súčin počtu bodov podľa tejto tabuľky a ceny bodu za výkony ŠAS. Takto určená cena výkonu sa zaokrúhľuje matematicky na dve desatinné miesta. V prípade výkonu s kódom 741 ustanovenia tohto bodu platia len pre odbornosť pediatrická gastroenterológia (kód odbornosti 154).
60r	480	
62	270	
63	210	
65	150	
67	150	
741	3 292	

3. Cenou výkonu sa uhrádza nasledovný výkon:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena za výkon v €
H0008*	Obsahom zdravotného výkonu je stanovenie indexu ABI oscilometrickou metódou, meranie a vyhodnotenie indexu ABI na štyroch končatinách na zistenie zvýšeného rizika ischemickej choroby dolných končatín. Výkon sa uhrádza, ak: - bol poskytnutý poisťencovi vo veku nad 40 rokov s minimálne jedným rizikovým faktorom - podozrenie na ischemickú chorobu dolných končatín, arteriálna hypertenzia, abnormálne EKG, diabetes mellitus, obezita, fajčenie, vysoká hladina celkového cholesterolu, porucha metabolizmu lipidov, - nebude súčasne vykázaný v ambulancii všeobecnej ambulantnej starostlivosti, - poskytovateľ predložil aj doklady zaškolení výrobcou prístrojového vybavenia.	4,50

*Výkon sa uhrádza u odbornosti vnútorné lekárstvo, kardiológia a angiológia na základe splnenia povinnosti poskytovateľa podľa bodu 4.6. písm. f) tejto zmluvy, prípadne aj po preukázaní ďalších podmienok úhrady výkonu. Zdravotnou poisťovňou schválený zdravotný výkon podľa predchádzajúcej vety, s uvedením kódu odbornosti ambulantnej zdravotnej starostlivosti a kódu zdravotného výkonu tvoria prílohu č. 3, ktorá tvorí neoddeliteľnú súčasť tejto zmluvy. U iných odborností ako je vnútorné lekárstvo, kardiológia a angiológia zdravotná poisťovňa po splnení podmienok v tomto bode môže výkon schváliť, ak poskytovateľ medicínsky zdôvodní žiadosť o zazmluvnenie výkonu.

A. Špecializovaná ambulantná starostlivosť v špecializačnom odbore gastroenterológia

1. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
-	Výkony špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti	0,0237
-	Výkony SVLZ poskytnuté na ambulancii ŠAS	0,0082

2. Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0485 €** uhrádzajú zdravotné výkony preventívnej gastroenterologickej prehliadky podľa prílohy č. 2 k zákonu č. 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 karcinómu²⁾, za podmienok podľa tejto tabuľky:

Kód výkonu	Vykazovanie / výsledok	Počet bodov /	Vek / frekvencia
------------	------------------------	---------------	------------------

²⁾ Zoznam endoskopických pracovísk a zoznam špecialistov oprávnených na výkon skríningu kolorektálneho karcinómu je zverejnený na www.health.gov.sk.

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

b) poskytovateľovi **nezaradenému** do programu skríningu kolorektálneho karcinómu za podmienok 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	2369

3. Cenou výkonu sa uhrádzajú nasledovné výkony ŠAS:

Kód výkonu	Počet bodov	Špecifikácia podmienok úhrady
60	420	Cena výkonu sa určí ako súčin počtu bodov podľa tejto tabuľky a ceny bodu za výkony ŠAS. Takto určená cena výkonu sa zaokrúhľuje matematicky na dve desatinné miesta.
60r	480	
62	270	
63	210	
65	150	
67	150	

VI. Urgentný príjem

1. Ak ďalej nie je uvedené inak, zdravotná poisťovňa uhradza poskytovateľovi všetku zdravotnú starostlivosť, lieky a zdravotnícke pomôcky poskytnuté v rámci urgentného príjmu 1.typu alebo 2.typu formou pevnej ceny za poskytovanie urgentnej zdravotnej starostlivosti a v prípade naplnenia podmienok uvedených v bode 7 tejto časti prílohy aj úhrady za poskytovanie zdravotnej starostlivosti na expektačnom lôžku alebo zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony poskytnuté v rámci urgentného príjmu 1. typu alebo 2. typu, za predpokladu, že poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nepretržite dodržiava všetky požiadavky na materiálno-technické a personálne vybavenie urgentného príjmu 1.typu alebo 2.typu (pre dospelých alebo detí) 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.

2. Spôsob a pravidlá výpočtu výšky pevnej ceny uvedenej v bode 1 tejto časti (ďalej len „pevná cena“) určuje opatrenie MZ SR č. 07045/2003 – OAP z 30. decembra 2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov (ďalej len „Cenové opatrenie MZSR“) s tým, že zdravotná poisťovňa na základe podielu svojho poistného kmeňa na celkovom počte poistencov, ktorý jej oznámi Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou k 1.1. príslušného kalendárneho roka, vypočíta výšku svojho podielu na pevnej cene a bez zbytočného odkladu takto vypočítanú výšku pevnej ceny písomne oznámi poskytovateľovi.

3. Pevná cena zahŕňa všetky náklady súvisiace s poskytovaním urgentnej zdravotnej starostlivosti okrem nákladov na:

- lieky zaradené v zozname kategorizovaných liekov a označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ a
- výkony spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“) indikované pracoviskom urgentného príjmu a realizované SVLZ pracoviskom, ak výkony neprislúchajú zariadeniam, ktoré sú súčasťou minimálneho materiálno-technického vybavenia pracoviska urgentného príjmu príslušného typu; SVLZ výkony poskytovateľ vykazuje v zmysle časti „Zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek“ tejto prílohy a ostatných ustanovení zmluvy.

4. Úhrada za expektačné lôžko poskytovateľovi patrí, ak sú zároveň splnené nasledovné podmienky:

- poskytovanie zdravotnej starostlivosti na expektačnom lôžku s kontinuálnym monitorovaním základných vitálnych funkcií v trvaní minimálne 2 hodiny a menej ako 24 hodín,
- poistenec bezprostredne potom nebol prijatý do ústavnej zdravotnej starostlivosti a
- pri vykázaní na úhradu zdravotnej poisťovni bol použitý príslušný kód **1B03001** – observácia na expektačnom lôžku.

5. Výška úhrady za expektačné lôžko je určená Cenovým opatrením MZ SR a zahŕňa náklady súvisiace s poskytovaním diagnostických výkonov (postupy nevykazované zdravotnej poisťovni na osobitnom zúčtovacom doklade), terapeutických výkonov (najmä infúzna liečba, inhalačná liečba, detoxikačná liečba, parenterálna liečba), podporných výkonov

(polohovanie, aktívny ohrev, symptomatická liečba) vrátane nákladov na výkony sterilizácie.

6. Výška úhrady výkonov za poskytovanie urgentnej zdravotnej starostlivosti sa určí ako súčin počtu bodov podľa „Zoznamu výkonov a ich bodové hodnoty k zdravotným výkonom uvedeným v časti A“ uvedeným v prílohe č. 4 časť C Cenového opatrenia MZ SR a príslušnej ceny bodu dohodnutej podľa nasledovnej tabuľky:

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €
cena bodu	zdravotné výkony pri poskytnutí urgentnej zdravotnej starostlivosti	0,0237

7. V prípade, ak súčet sumy výkonov a sumy expektačných lôžok bude v danom mesiaci vyšší ako pevná cena za poskytovanie urgentnej zdravotnej starostlivosti, suma výkonov a expektácií, ktorá prevyšuje pevnú cenu, bude uhradená nad rámec pevnej ceny.
8. Na účely tejto časti prílohy sa za deti považujú osoby do dovŕšenia 19.roku veku.

VII. Stacionár

1. Výkony poskytnutej zdravotnej starostlivosti poistencovi v stacionári sa uhrádzajú cenou ošetrovacieho dňa za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a zdravotnou poisťovňou uznaný ošetrovací deň takto:

Kód	Druh poskytovanej starostlivosti	Výška úhrady v €
8899	Stacionár - opakovaná denná ambulantná starostlivosť	15

2. Za ošetrovací deň v stacionári sa považuje pobyt poistenca u poskytovateľa v pracovnom dni v trvaní nepresahujúcom 24 hodín (ďalej len „denný pobyt“) v nadväznosti na predchádzajúcu ambulantnú alebo ústavnú zdravotnú starostlivosť.
3. Poistenec môže byť prijatý do stacionára len na odporúčanie lekára špecializovanej ambulantnej starostlivosti, u ktorého je poistenec v dlhodobej alebo dispenzárnej starostlivosti (ďalej len „ošetrojúci lekár“).
4. Maximálny počet denných pobytov v stacionári u jedného poistenca v kalendárnom roku je 30, okrem psychiatrického stacionára. V mimoriadnych prípadoch denný pobyt poistenca v stacionári po vyčerpaní 30-tich denných pobytov v kalendárnom roku schvaľuje zdravotná poisťovňa na základe písomnej žiadosti odosielajúceho ošetrojúceho lekára s odôvodnením potreby ďalšej liečby formou denného pobytu v stacionári.
5. Maximálny počet denných pobytov v psychiatrickom stacionári u jedného poistenca v kalendárnom roku je 60. V mimoriadnych prípadoch denný pobyt poistenca po vyčerpaní 60-tich denných pobytov v kalendárnom roku schvaľuje zdravotná poisťovňa na základe písomnej žiadosti odosielajúceho ošetrojúceho lekára s odôvodnením potreby ďalšej liečby formou denného pobytu.
6. V cene ošetrovacieho dňa sú zahrnuté všetky náklady, ktoré súvisia s poskytnutím zdravotnej starostlivosti poistencovi vrátane nákladov za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

VIII. 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), B) alebo C) tejto časti prílohy.	0,0073 €

2. Úhrada za výkony nezahŕňa 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
- a) vybrané zdravotné výkony Zoznamu výkonov vykazuje pod novými kódmi a za podmienok uvedených v dokumente „Usmernenie k vykazovaniu výkonov podobných vyšetrení“,
- 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. 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	0,005700
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, C80.9, D06.9, C80.0, D06.0, D06.1, D06.7, R87.60, R87.61, R87.62, R87.63, R87.64, R87.65, R87.66, R 87.67 výkon je možné vykázat maximálne jedenkrát za dvanásť mesiacov na jedno rodné číslo. Pri vyšetrení touto metódou si poskytovateľ súčasne nevykazuje u daného poistenca vyšetrenia realizované metódou "Liquid based cytology"
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, C80.9, D06.9, C80.0, D06.0, D06.1, D06.7; výkon je možné vykázat maximálne dvakrát za dvanásť mesiacov na jedno rodné číslo. Pri vyšetrení touto metódou si poskytovateľ súčasne nevykazuje u daného poistenca vyšetrenia realizované metódou "Liquid based cytology"
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, C80.9, D06.9, C80.0, D06.0, D06.1, D06.7; výkon je možné vykázat maximálne dvakrát za dvanásť mesiacov na jedno rodné číslo. Pri vyšetrení touto metódou si poskytovateľ súčasne nevykazuje u daného poistenca vyšetrenia realizované metódou "Liquid based cytology"

Poznámka:

Kódy choroby sú priradené ku kódu výkonu podľa výsledku cytologického vyšetrenia nasledovne:

- **negatívny nález z oportúnneho skrínngu**- kód choroby: Z01.4
- **negatívny nález z populačného skrínngu**- kód choroby: 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, C80.9, D06.9, N72, N86, N88.8, N88.9, C80.0, D06.0, D06.1, D06.7, R87.60, R87.61, R87.62, R87.63, R87.64, R87.65, R87.66, R 87.67

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

5. Poskytovateľ poskytujúci zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ vykazuje zdravotné výkony súvisiace so skríningom okultného krvácania v stolici výlučne s kódmi a za podmienok uvedených v tabuľke tohto bodu:

Kód výkonu	Názov výkonu	Počet bodov	Podmienky vykazovania
4303a	Okultné krvácanie v stolici (OBTI), pozitívny nález	300	vykazuje sa pri pozitívnom výsledku s kódom choroby Z00.0 alebo Z12.1
4303z	Okultné krvácanie v stolici (OBTI), negatívny nález	300	vykazuje sa pri negatívnom výsledku s kódom choroby Z00.0 alebo Z12.1
4303x	Okultné krvácanie v stolici (OBTI), nehodnotiteľný nález	300	vykazuje sa pri neznámom/ znehodnotenom teste s kódom choroby Z00.0 alebo Z12.1

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

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

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

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

7. 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. Cenou bodu v rozmedzí od 0,003400 € do 0,011100 € sa uhrádzajú výkony SVLZ v špecializačnom odbore rádiológia. 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 - okrem vybraných skiagrafických výkonov	-	0,008000	0,008000
Konvenčné RTG – vybrané skiagrafické výkony	RTG prístroj analógový	0,008700	0,009500
	RTG prístroj s nepriamou digitalizáciou a so systémom PACS	0,009500	
	RTG prístroj s priamou digitalizáciou a so systémom PACS	0,010000	
	RTG prístroj s priamou digitalizáciou, so systémom PACS a s vybavením na elektronické zdieľanie RTG snímok s iným poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti	0,011100	
ultrasonografia	-	0,007303	0,007303
mamografia	Poskytovateľ, ktorý poskytuje menej ako 3.000 vyšetrení za jeden kalendárny rok	0,007400	0,008000
	Poskytovateľ, ktorý poskytuje minimálne 3.000 vyšetrení za jeden kalendárny rok	0,008000	
počítačová tomografia	CT prístroj do 16 MSCT	0,003515	X
	CT prístroj do 16 MSCT– 24 hodinová prevádzka	0,003705	
	CT prístroj 20 - 40 MSCT	0,003800	
	CT prístroj 20 - 40 MSCT– 24 hodinová prevádzka	0,003990	
	CT prístroj 64 MSCT a viac	0,004180	
	CT prístroj 64 MSCT a viac – 24 hodinová prevádzka	0,004300	
magnetická rezonancia	MR prístroj 0,2 T až 0,25 T pre vyšetrenie jedného orgánového systému - kĺbov	0,003400	X
	MR prístroj 0,25 T pre viac orgánovú diagnostiku	0,003900	
	MR prístroj 0,3 T - 1,0 T	0,004200	
	MR prístroj od 1,1 T do 2,9 T	0,004200	
	MR prístroj 3T a vyššie	0,005500	

2. V prípade, že poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zariadení SVLZ použije špeciálny zdravotnícky materiál (ďalej len „SZM“) 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 SZM“) a preskripčným obmedzením viazaný na špecializačný odbor rádiológia, 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 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.

5. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi zdravotnú starostlivosť súvisiacu so zobrazovacou modalitou „Konvenčné RTG“ za nasledovných podmienok:

- Za vybrané skiagrafické výkony sa považujú nasledovné výkony s kódmi 5010, 5011, 5012, 5015, 5016, 5020, 5021, 5022, 5023, 5024, 5025, 5030, 5031, 5032, 5033, 5035, 5050, 5051, 5052, 5053, 5056, 5060, 5061, 5062, 5065, 5070, 5071, 5072, 5075, 5076, 5077, 5080, 5081, 5082, 5083, 5090, 5095.
- Za analógový RTG prístroj sa považuje taký RTG prístroj, ktorý nemá zabudovanú technológiu potrebnú na vytváranie a uchovávanie RTG snímok v digitálnej podobe.
- Za RTG prístroj s nepriamou digitalizáciou sa považuje taký prístroj, ktorý bol pôvodne výrobcom skonštruovaný ako analógový RTG prístroj a bol dodatočne príslušným spôsobom technologicky upravený pre účely uchovávania RTG snímok v digitálnej podobe.
- RTG prístroj s priamou digitalizáciou je taký RTG prístroj, ktorý bol výrobcom pôvodne skonštruovaný už so zabudovanou technológiou potrebnou pre vytváranie a uchovávanie RTG snímok v digitálnej podobe.
- Poskytovateľ plní kritérium elektronického zdieľania RTG snímok s iným poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, ak má k dispozícii funkčné hardvérové a softvérové vybavenie umožňujúce bezpečné zdieľanie digitálnych RTG snímok poskytovateľa s inými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti prostredníctvom prepojenia softvérového vybavenia.
- Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti dodržiava Štandardný postup na vykonávanie lekárskeho ožiarenia - Skiagrafia a skiaskopia vydaný Ministerstvom zdravotníctva SR.
- Poskytovateľ je povinný v súlade s príslušnými všeobecne záväznými právnymi predpismi sledovať a zaznamenávať veľkosť ožiarenia poistenca.
- Poskytovateľ je povinný zabezpečiť, aby ním prevádzkovaný RTG prístroj bol podrobený pravidelnej skúške dlhodobej stability a skúške prevádzkovej stálosti v súlade s príslušnými všeobecne záväznými právnymi predpismi.
- Systém PACS poskytovateľa musí spĺňať príslušnú platnú technickú normu pre digitálne spracovanie obrazov a komunikáciu v medicíne.
- Poskytovateľ je povinný mať s dodávateľom RTG prístroja alebo s iným servisným pracoviskom uzatvorenú servisnú alebo revíznú zmluvu, v zmysle ktorej sa realizuje servisná kontrola alebo revízia RTG prístroja jedenkrát ročne.
- Ak poskytovateľ neplní čo i len jednu z podmienok podľa písm. g) až i) toho bodu, zdravotná poisťovňa môže uhradiť zdravotné výkony realizované zobrazovacou modalitou „Konvenčné RTG“ cenou bodu v cenovej úrovni zodpovedajúcej analógovému RTG prístroju a to za obdobie, kedy nebola plnená čo i len jedna z podmienok podľa písm. g) až i) toho bodu.

C) Fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia

1. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

Špecifikácia podmienok úhrady	Zmluvná cena bodu v €
Výkony SVLZ v špecializačných odboroch fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia a fyzioterapia (ďalej aj ako „FBLR“), s výnimkou výkonov uvedených v druhom riadku tejto tabuľky	0,0087
Výkony FBLR s kódmi 509a, 512, 513, 514a, 516, 518, 522, 523a, 530, 531, 532, 533a, 540, 541, 542	0,013166

IX. Záchranná zdravotná služba

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

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

- ambulanciu rýchlej zdravotnej pomoci,
- ambulanciu rýchlej lekárskej pomoci,

- c) ambulanciu rýchlej lekárskej pomoci s vybavením mobilnej intenzívnej jednotky a
d) ambulanciu rýchlej zdravotnej pomoci „S“, ktoré sú v nepretržitej prevádzke.

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

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

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

4. V prípade vozidiel ambulancie ZZS, pri ktorých to určuje opatrenie MZ SR č. 07045/2003 – OAP, sa k výške preddavku na jedno vozidlo ambulancie ZZS pripočítava cena dopravy za jeden kilometer jazdy pri výkone poskytovania zdravotnej starostlivosti. Pevná cena dopravy za jeden kilometer jazdy je **0,79 €**.

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

6. Osobitne sa uhrádzajú náklady na lieky plne alebo čiastočne uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia zaradené v Zozname kategorizovaných liekov, označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ a „AS“, ktoré sa vykazujú zdravotnej poisťovni poistenca na osobitnom zúčtovacom doklade; Zoznam kategorizovaných liekov zverejňuje Ministerstvo zdravotníctva SR na svojom webovom sídle vždy k prvému dňu mesiaca.

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

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

9. Cena výkonov záchrannej zdravotnej služby poskytnutých poistencovi z iného členského štátu Európskej únie, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska a cudzincom zo štátov, s ktorými má Slovenská republika uzatvorené medzinárodné dohody o poskytnutí zdravotnej starostlivosti podľa platnej legislatívy Európskej únie (ďalej len „cudzinec“) je **44,81 €** za výjazd. V prípade vozidiel ambulancie ZZS, pri ktorých to určuje opatrenie MZ SR č. 07045/2003 – OAP, sa k cene výkonov podľa predchádzajúcej vety pripočítava cena dopravy, ktorej pevná cena za jeden kilometer jazdy vozidlom ZZS je **0,79 €**.

X. Mobilné odberové miesto

1. Počas mimoriadnej situácie, núdzového stavu alebo výnimočného stavu vyhláseného v súvislosti s ochorením COVID-19 (ďalej len „krízová situácia“) zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi zdravotnú starostlivosť poskytnutú v rámci mobilného odberového miesta v rozsahu a za podmienok ustanovených v tejto časti prílohy za podmienky, že poskytovateľ je držiteľom povolenia príslušného Regionálneho úradu verejného zdravotníctva na prevádzkovanie mobilného odberového miesta alebo rozhodnutia príslušného Regionálneho úradu verejného zdravotníctva o nariadení vytvorenia mobilného odberového miesta a za predpokladu, že poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nepretržite dodržiava všetky požiadavky na materiálno-technické a personálne vybavenie mobilného odberového miesta podľa vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 183/2020 Z.z. o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie mobilného odberového miesta v znení neskorších predpisov.

2. Cenou výkonu sa uhrádzajú nasledovné výkony:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena výkonu v €
16x	Vyhodnotenie COVID-19 na dôkaz IgM/IgG rýchlym diagnostickým kazetovým imunochemografickým testom, ktorý má pridelený kód ZP IVD (ŠÚKL). Vykazuje sa s kódom choroby U07.1 alebo U07.2. Ostatné podmienky vykazovania a úhrady výkonu sú uvedené Usmernení k vykazovaniu výkonu 16x zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne.	2,20
299x	Odber a odoslanie akéhokoľvek biologického materiálu na vyšetrenie COVID - 19 v mobilnom odberovom mieste. Vykazuje sa s kódom choroby U07.1 alebo U07.2. Zdravotná poisťovňa výkon uhrádza len za podmienky, že pre účely daného odberu odberový set dodá regionálny úrad verejného zdravotníctva.	3,00

3. Cenou za jeden kilometer jazdy sa poskytovateľovi, ktorý prevádzkuje mobilné odberové miesto, sa uhrádza nasledovný typ prevozu:

Typ prevozu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena km v €
COVM	Odbor biologického materiálu na vyšetrenie COVID – 19 sa výnimočne uhrádza aj formou výjazdovej služby osobe, ktorá je indikovaná ošetrojúcim lekárom a ktorej následne Národné centrum zdravotníckych informácií vydalo jednoznačný identifikátor (najmä CovidPass) potvrdzujúci indikáciu zo zdravotných dôvodov. Poskytovateľ je oprávnený využiť výjazdovú službu výlučne v prípade ak poistenec, ktorému bol zo zdravotných dôvodov indikovaný odber biologického materiálu na vyšetrenie COVID - 19, nie je schopný zo závažných zdravotných dôvodov využiť všetky dostupné prostriedky na transport k prevádzkovateľovi mobilného odberového miesta. Ostatné podmienky vykazovania a úhrady tohto typu prevozu sú uvedené v Usmernení k vykazovaniu prepravy zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne.	0,903

4. Zdravotné výkony poskytnuté v odbornosti mobilné odberové miesto podľa tejto časti prílohy sa nezahŕňajú do globálneho rozpočtu.