

Dodatok č. 10
k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti
č. 6007NPSL000114

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“)

Psychiatrická liečebňa Sučany

zastúpený: Ing. Roman Kľučiarik, riaditeľ

so sídlom: Hradiská 20, 038 52 Sučany

IČO: 17 335 612

identifikátor poskytovateľa (prvých šesť znakov kódu poskytovateľa): N56920

(ďalej len "poskytovateľ")

(spoločne aj „zmluvné strany“)

Zmluvné strany uzatvárajú tento dodatok č. 10 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti č. 6007NPSL000114 (ďalej len „zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti“):

Článok 1
Predmet dodatku

Na základe článku X bodu 10.5. 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 znenie 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 po nadobudnutí účinnosti tohto nariadenia, zákonom č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov do jeho zrušenia a v súlade so zákonom č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov po nadobudnutí jeho účinnosti.“.
2. Do článku IV zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa dopĺňajú body 4.16. až 4.20., ktoré znejú takto:
„4.16. Zdravotná poisťovňa a poskytovateľ sa podľa § 7 ods. 20 zákona č. 581/2004 Z. z. dohodli na vzájomnom poskytovaní údajov uvedených na lekárskom predpise alebo lekárskom poukaze; tieto údaje sa poskytujú zdravotnej poisťovni:
 - a) v rozsahu obsahových náležitostí lekárskeho predpisu a lekárskeho poukazu určených zákonom o liekoch a zdravotníckych pomôckach,
 - b) bez zbytočného odkladu po predpise lieku, zdravotníckej pomôcky alebo dietetickej potraviny poistencovi,
 - c) v elektronickej podobe prostredníctvom softvérového vybavenia poskytovateľa zabezpečujúceho elektronickú komunikáciu s informačným systémom zdravotnej poisťovne (ďalej len „softvérové vybavenie“) a
 - d) na účely výkonu analytickej, poradenskej a kontrolnej činnosti zdravotnej poisťovne, vedenia účtu poistenca, prípadne iné účely, ktoré v súvislosti s poskytovanými údajmi ustanoví všeobecne záväzný právny predpis.
- 4.17. Zdravotná poisťovňa a poskytovateľ sa podľa § 7 ods. 20 zákona č. 581/2004 Z. z. dohodli na vzájomnom poskytovaní údajov uvedených v odporúčaní na poskytnutie zdravotnej starostlivosti vo forme laboratórneho alebo zobrazovacieho vyšetrenia (ďalej aj ako „žiadanka“); tieto údaje sa poskytujú zdravotnej poisťovni:
 - a) v rozsahu údajov uvedených na žiadanke,
 - b) bez zbytočného odkladu po vyhotovení alebo obdržaní žiadanky poskytovateľom,
 - c) v elektronickej podobe prostredníctvom softvérového vybavenia a
 - d) na účely výkonu analytickej, poradenskej a kontrolnej činnosti zdravotnej poisťovne, vedenia účtu poistenca, prípadne iné účely, ktoré v súvislosti s poskytovanými údajmi ustanoví všeobecne záväzný právny predpis.
- 4.18. Zdravotná poisťovňa a poskytovateľ sa podľa § 7 ods. 20 zákona č. 581/2004 Z. z. dohodli na vzájomnom poskytovaní údajov o zdravotnej starostlivosti poskytnutej poistencovi; tieto údaje sa poskytujú zdravotnej poisťovni:
 - a) v rozsahu údajov zapisovaných do elektronickej zdravotnej knižky podľa zákona č. 153/2013 Z. z. o národnom

zdravotníckom informačnom systéme a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,

- b) bez zbytočného odkladu po poskytnutí zdravotnej starostlivosti poistencovi pričom týmto nie je dotknuté vykazovanie zdravotnej starostlivosti na úhradu zdravotnej poisťovni;
- c) v elektronickej podobe prostredníctvom softvérového vybavenia a
- d) na účely výkonu analytickej, poradenskej a kontrolnej činnosti zdravotnej poisťovne, vedenia účtu poistenca, prípadne iné účely, ktoré v súvislosti s poskytovanými údajmi ustanoví všeobecne záväzný právny predpis.

4.19. Údaje podľa bodu 4.16., 4.17. a 4.18. zmluvy sa poskytujú elektronicky z informačného systému zdravotnej poisťovne a poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, v ktorých sú spracovávané. Takéto poskytovanie údajov sa začne bez zbytočného odkladu po inštalácii potrebného softvérového vybavenia do informačných systémov zmluvných strán, s tým, že zmluvné strany sú povinné pri vytváraní týchto podmienok poskytovateľ si nevyhnutnú súčinnosť. Podrobnosti poskytovania údajov určujú Všeobecné podmienky pre poskytovanie a využívanie elektronických služieb Internetového portálu Union zdravotnej poisťovne (ďalej len „Všeobecné podmienky“), ktoré sú zverejnené na webovom sídle zdravotnej poisťovne www.union.sk a s ktorými sa poskytovateľ oboznámil a zaväzuje sa ich dodržiavať. V prípade zmeny alebo doplnenia Všeobecných podmienok zdravotná poisťovňa informuje poskytovateľa najneskôr 21 dní pred plánovaným dňom o účinnosti takejto zmeny alebo doplnenia.

4.20. Je zakázané postúpenie pohľadávok zdravotnej poisťovne podľa § 524 a nasl. Zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov (ďalej len „Občiansky zákonník“) bez predchádzajúceho súhlasu poskytovateľa. Právny úkon, ktorým budú postúpené pohľadávky zdravotnej poisťovne v rozpore s dohodou poskytovateľa a zdravotnej poisťovne podľa predchádzajúcej vety, bude podľa § 39 Občianskeho zákonníka neplatný. Súhlas poskytovateľa je zároveň platný len za podmienky, že bol na takýto úkon udelený predchádzajúci písomný súhlas MZ SR.“.

- 3. V texte bodu 5.2. článku V zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa doterajšia suma nahrádza novou sumou „**7.150,- eur**“.
- 4. V texte bodu 10.3. článku X zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa slová „31.3.2018“ nahrádzajú slovami „31.3.2019“.
- 5. Príloha č. 2a k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa nahrádza novým znením, ktoré tvorí prílohu tohto dodatku.
- 6. V prílohe č. 2b k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v časti I. Ústavná zdravotná starostlivosť sa body 1 a 2 menia a znejú nasledovne:

„1.Zdravotná starostlivosť poskytnutá poistencovi v ústavnej zdravotnej starostlivosti, poskytovateľom správne vykázaná a zdravotnou poisťovňou uznaná sa uhrádza nasledovne:

cenou ošetrovacieho dňa

kód -	odbornosť	výška úhrady v €	Podmienky úhrady za hospitalizáciu poistenca
005	psychiatria	50,50	ošetrojúci lekár môže v osobitne odôvodnených prípadoch rozhodnúť o povolení terapeutickú priepustku poistencovi, o čom urobí záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca;

2. Za ošetrovací deň sa považuje pobyt poistenca na lôžku presahujúci 24 hodín, pričom deň prijatia a deň prepustenia poistenca sa počítajú ako jeden ošetrovací deň, okrem prípadu, keď poistenec umrie. Ako jeden ošetrovací deň sa počíta aj deň odchodu poistenca na terapeutickú priepustku a deň príchodu z terapeutickú priepustku. Obdobie nasledujúce po dni prepustenia poistenca na terapeutickú priepustku až po deň predchádzajúci nástupu poistenca na hospitalizáciu sa nezapočítava do počtu ošetrovacích dní a nie je predmetom úhrady za zdravotnú starostlivosť.“.

- 7. V prílohe č. 2b k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa vypúšťajú časti III a IV.
- 8. 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 1.3.2018. Preto sa zmluvné strany dohodli na úhrade zdravotnej starostlivosti podľa článku 1 tohto dodatku aj za obdobie od 1.3.2018 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 19.3.2018

Union zdravotná poisťovňa a.s.

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

Sučany dňa 15.3.2018

Psychiatrická liečebňa Sučany.

Ing. Roman Kľučiarik, riaditeľ

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 kapitačnú platbu na tohto istého poistenca dvaja a viacerí poskytovatelia. Zdravotná poisťovňa je oprávnená vyžiadať kópie prvopisu dohody podľa tohto bodu písomne, telefonicky, faxom alebo e-mailom. Za účelom prípadného doriešenia kolízie podľa tohto bodu je zdravotná poisťovňa oprávnená vyžiadať aj preukázanie odstúpenia od dohody poistencom a vyžiadanie (odovzdanie) zdravotnej dokumentácie poistenca zo strany toho poskytovateľa, ktorý uzavrel s poistencom novú dohodu,
- b) zasiela k termínu 30. jún a 31. december príslušného kalendárneho roka hlásenie o počte kapitovaných poistencov zdravotnej poisťovni v elektronickej podobe v dátovom rozhraní určenom platným metodickým usmernením vydaným Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou,
- c) má nárok na úhradu kapitačnej platby aj spätne, ak poistenec alebo jeho zákonný zástupca alebo iná osoba oprávnená konať v mene poistenca neohlásil poskytovateľovi zmenu zdravotnej poisťovne; nárok na spätnú úhradu kapitačnej platby za kapitovaného poistenca, ktorého opomenul vykázať má iba v tom prípade, ak zdravotná poisťovňa v období, za ktoré si tohto poistenca spätne vykazuje, neuhradila kapitačnú platbu inému poskytovateľovi,
- d) má nárok, aby zdravotná poisťovňa vykonala porovnanie kapitačného stavu poistencov poskytovateľa a oznámila výsledok poskytovateľovi na základe údajov poskytnutých poskytovateľom podľa písm. b) tohto bodu a informovala poskytovateľa o skutočnom počte kapitovaných poistencov u poskytovateľa, evidovaných v informačnom systéme zdravotnej poisťovne,
- e) je oprávnený vykázať preventívnu prehliadku (bod 3 písm. b) a c) tejto časti prílohy) s vykazaním 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 vykázať 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 vykazaním 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 edného 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 dieterických 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, v roku 2018 aj vo veku od 19 do 39	vykazuje sa s kódom choroby Z00.1, Z00.0 alebo Z52.0 u darcov krvi, môže sa vykázať s výkonom 160

	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: */ 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: */ § 12 zákona č. 355/2007 Z.z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

e) **zdravotných výkonov č.: 4, 5, 6, 25, 26, 29, 30, 40, 41 a 64 súvisiacich s návštevou** alebo **poskytnutých počas návštevy** imobilného poistenca alebo poistenca s podozrením na vysoko infekčné ochorenie, ktorý sa nemôže dostaviť do ambulancie poskytovateľa, vykonaných najmä v súvislosti s potrebou poskytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Zdravotná poisťovňa uvedené zdravotné výkony uhrádza v cenách podľa nižšie uvedenej tabuľky. Vyžaduje sa časový údaj o vyžiadaní a vykonaní návštevy a záznam v zdravotnej dokumentácii Poistenca.

Kód výkonu	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	0,0237
5	štandardné vyšetrenie jedného orgánového systému cez deň v sobotu, v nedeľu a v deň pracovného pokoja môže sa vykázat' s výkonom 26 a s výkonom 30	

6	štandardné vyšetrenie jedného orgánového systému medzi 19.00 hod. a 7.00 hod. môže sa vykázat' s výkonom 26 alebo 29 a s výkonom 30	0,0150
30	príplatok k výkonu 26 a 29 za vyžiadajú a vykonanú návštevu v sobotu, nedeľu a v deň pracovného pokoja	
40	zotrúvanie poskytovateľa pri poistencovi mimo ambulancie cez deň (za každú začatú polhodinu), najmä v súvislosti s potrebou jeho zotrúvania do príchodu záchranej zdravotnej služby zabezpečujúcej prevoz poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti; vyžaduje sa odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii poistenca	
41	zotrúvanie poskytovateľa pri poistencovi mimo ambulancie v noci medzi 20.00 a 7.00 hodinou (za každú začatú polhodinu), najmä v súvislosti s potrebou jeho zotrúvania do príchodu záchranej zdravotnej služby zabezpečujúcej prevoz poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti; vyžaduje sa odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii poistenca	
64	príplatok pri sťaženom výkone vyšetrenia / ošetrenia ťažko mobilného, imobilného, mentálne postihnutého, dementného, zrakovo alebo sluchovo postihnutého poistenca pri výkonoch 4, 5 a 6	

S vyššie uvedenými výkonmi je v rámci návštevy poistenca možné vykazovať aj zdravotné výkony č.: 200, 204, 206, 207, 210, 212, 250a, 250b, 250c, 252, 253, 261, 265, 271, 272, 289, 294, 295, 298, 299a, 299b, 320, 321, 323, 326, 332, 1275, 1402, 2000, 2003, 2011 a 2011a v súlade so zoznamom výkonov, pokiaľ ich neposkytuje agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti alebo sestra s licenciou na výkon samostatnej zdravotníckej praxe alebo iný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti poskytujúci ambulatnú 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 súčinnom ceny bodu a bodovej hodnoty zdravotného výkonu podľa zoznamu zdravotných výkonov za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a zdravotnou poisťovňou uznaný zdravotný výkon.

II. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť

1. Poskytovateľ a zdravotná poisťovňa sa dohodli, že zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti sa uhrádzajú takto:

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

- b) rozsah úhrady, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa písmena a) tohto bodu a dohodnutej ceny bodu uvedenej v bodoch 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 €**