**Návrh**

**ZÁKON**

z [•] 2019,

**ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a ktorým sa mení zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov**

Národná rada Slovenskej republiky sa uzniesla na tomto zákone:

**Čl. I**

Zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 719/2004 Z. z., zákona č. 353/2005 Z. z., zákona č. 538/2005 Z. z., zákona č. 660/2005 Z. z., zákona č. 25/2006 Z. z., zákona č. 282/2006 Z. z., zákona č. 522/2006 Z. z., zákona č. 12/2007 Z. z., zákona č. 215/2007 Z. z., zákona č. 309/2007 Z. z., zákona č. 330/2007 Z. z., zákonač. 358/2007 Z. z., zákona č. 530/2007 Z. z., zákona č. 594/2007 Z. z., zákona č. 232/2008 Z. z., zákona č. 297/2008 Z. z., zákona č. 461/2008 Z. z., zákona č. 581/2008 Z. z., zákonač. 192/2009 Z. z., zákona č. 533/2009 Z. z., zákona č. 121/2010 Z. z., zákona č. 34/2011 Z. z., nálezu Ústavného súdu Slovenskej republiky č. 79/2011 Z. z., zákona č. 97/2011 Z. z., zákona č. 133/2011 Z. z., zákona č. 250/2011 Z. z., zákona č. 362/2011 Z. z., zákonač. 547/2011 Z. z., zákona č. 185/2012 Z. z., zákona č. 313/2012 Z. z., zákona č. 421/2012 Z. z., zákona č. 41/2013 Z. z., zákona č. 153/2013 Z. z., zákona č. 220/2013 Z. z., zákonač. 338/2013 Z. z., zákona č. 352/2013 Z. z., zákona č. 185/2014 Z. z., zákona č. 77/2015 Z. z., zákona č.140/2015 Z. z., zákona č. 265/2015 Z. z., zákona č. 429/2015 Z. z., zákona č. 91/2016 Z. z., zákona č.125/2016 Z. z., zákona č. 286/2016 Z. z., zákona č. 315/2016 Z. z., zákonač. 317/2016 Z. z., zákona č. 356/2016 Z. z., zákona č. 41/2017 Z. z., zákona č. 238/2017 Z. z., zákona č. 257/2017 Z. z., zákona č. 266/2017 Z. z., zákona č. 336/2017 Z. z., zákonač. 351/2017 Z. z, zákona č. 87/2018 Z. z., zákona č. 109/2018 Z. z., zákona č. 156/2018 Z. z. a zákona č. 177/2018 Z. z., zákona č. 192/2018 Z. z., zákona č. 35/2019 Z. z. a zákona č. 139/2018 Z. z.sa mení a dopĺňa takto:

1. V § 8 sa za odsek 14 vkladajú nové odseky15 až 17, ktoré znejú

„(15) Zdravotná poisťovňa uhrádza poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, s ktorým má uzatvorenú zmluvu o poskytovaní všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre dospelých podľa § 7 každý mesiac úhraduna základe počtu poistencov, s ktorými má uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „kapitačná úhrada“), paušálnu úhradu za realizované výkony a úhradu za realizované bodované výkony. Spôsob výpočtu a pravidlá výpočtu týchto úhrad ustanoví ministerstvo zdravotníctva všeobecne záväzným právnym predpisom.

(16) Základ pre výpočet kapitačnej úhradyza jedného poistenca sa určí ako suma [•] % z priemernej mesačnej mzdy zamestnanca v hospodárstve Slovenskej republiky zistenej Štatistickým úradom Slovenskej republiky za kalendárny rok dva roky predchádzajúci roku,v ktorom vznikol nárok na úhradu.

(17) Ministerstvo zdravotníctva ustanoví opatrením vyhláseným v Zbierke zákonov Slovenskej republiky uverejnením oznámenia o jeho vydaní najneskôr do 31. januára príslušného kalendárneho roka.

1. výšku základu pre výpočet kapitačnej úhrady za jedného poistenca podľa odseku 16,
2. minimálnu výšku paušálnej úhrady za realizované výkony,
3. minimálnu hodnotu bodu za realizované bodované výkony“

“

Doterajšie odseky 15 až 19 sa označujú ako odseky 18 až 22

**Čl. II**

Tento zákon nadobúda účinnosť 1. januára 2020.

**Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky**

**č. ......./2019 Z. z.**

**o úhradách za poskytovanie všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti pre dospelých**

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 8 ods. 15 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a ktorým sa mení zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov ustanovuje:

§ 1

**Výška úhrady**

1. Celková kapitačná úhrada je súčtom kapitačných úhrad za jednotlivé verejne zdravotne poistené osoby[[1]](#footnote-2) (ďalej iba „**poistenec**“).
2. Celková kapitačná úhrada sa upraví podľa § 3 a § 4.
3. Ku celkovej kapitačnej úhrade upravenej podľa odseku 2 sa pripočítajú príplatky podľa § 5 až § 9 a úhrada za výkony podľa § 10 a § 11.

§ 2

**Kapitačná úhrada za poistenca**

(1) Kapitačná úhrada zapoistenca sa určí ako súčin základu pre výpočet kapitačnej úhrady podľa osobitného predpisu[[2]](#footnote-3) a koeficientu nákladovosti pre vekovú skupinu poistenca podľa prílohy č. 1.

(2) Kapitačná úhrada podľa odseku 1 sa zníži o 25 percent uposkytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre dospelých, ktorý poskytuje zdravotnú starostlivosť v rozsahu menej ako 35 ordinačných hodín[[3]](#footnote-4)týždenne bez doplnkových ordinačných hodín[[4]](#footnote-5).

§ 3

**Úprava kapitačnej úhrady za výkon preventívnych prehliadok**

(1) Za vykonávanie preventívnych prehliadok podľa osobitného predpisu[[5]](#footnote-6) sa celková kapitačná úhrada vynásobí koeficientom určeným podľa prílohy č. 2.

§ 4

**Úprava kapitačnej úhrady za vykonávanie dispenzárnej starostlivosť**

1. Za vykonávanie dispenzarizácie[[6]](#footnote-7)podľa osobitného predpisu[[7]](#footnote-8) poskytovateľom všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti pre dospelých sa celková kapitačná úhrada upravená podľa § 3 vynásobí koeficientom určeným podľa prílohy č. 3.

§ 5

**Príplatok ku kapitačnej úhrade za počet kapitovaných pacientov**

(1) Ak počet kapitovaných poistencov je vyšší ako 1500, za každých ďalších 100 poistencov má poskytovateľ všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti pre dospelých nárok na príplatok vo výške sa 0,2 percenta celkovej kapitačnej úhrady podľa § 1 ods. 2.

§ 6

**Príplatok ku kapitačnej úhrade v miestach so zníženou dostupnosťou poskytovateľov všeobecnej zdravotnej starostlivosti**

1. Miestami so zníženou dostupnosťou zdravotnej starostlivosti sú obce, v ktorých
   1. má miesto prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia najviac jeden poskytovateľ všeobecnej ambulantnejstarostlivosti pre dospelých a
   2. patria do okresu, ktorého hustota obyvateľstva podľa údajov Štatistického úradu Slovenskej republiky je nižšia ako priemerná hustota obyvateľstva ku 30. septembrupredchádzajúceho kalendárneho roku.
2. Poskytovateľ všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti pre dospelých, do ktorého zdravotného obvodu[[8]](#footnote-9) patrí obec podľa odseku 1 má nárok na príplatok ku kapitačnej úhrade za každého poistenca vo výške 6 percent základu pre výpočet kapitačnej úhrady podľa osobitného predpisu[[9]](#footnote-10)
3. Na príplatok podľa odseku 2 má nárok aj poskytovateľ všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti pre dospelých s najmenej dvoma miestami prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia, ak je v každom z týchto miest jediným poskytovateľomvšeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti pre dospelých.

§ 7

**Príplatok ku kapitačnej úhrade za zdravotnú starostlivosť poskytovanú prijímateľom sociálnych služieb**

1. Zdravotnou starostlivosťou poskytovanou príjimateľom sociálnych služieb podľa osobitného predpisu je zdravotná starostlivosť poskytovaná osobám umiestneným v domove sociálnych služieb[[10]](#footnote-11)formou pravidelnej návštevnej službyv rozsahu najmenej 1 hodina týždennena základe zmluvy medzi poskytovateľom sociálnej služby a poskytovateľom všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti pre dospelých.
2. Poskytovateľ všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti pre dospelých má nárok na príplatok ku kapitačnej úhrade za zdravotnú starostlivosť poskytovanú prijímateľom sociálnych služieb, ak poskytuje zdravotnú starostlivosti najmenej pre 10 poistencov v zariadení sociálnych služieb, ktoré nemá uzatvorenú zmluvu podľa odseku 1 s iným poskytovateľom všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti.
3. Výška príplatku ku kapitačnej úhrade za každého kapitovaného poistenca je vo výške 6 percent základu pre výpočet kapitačnej úhrady podľa osobitného predpisu[[11]](#footnote-12)
4. Ak poskytovateľ všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti poskytuje zdravotnú starostlivosť pre najmenej 50 poistencov v jednom zariadení sociálnych služieb alebo v dvoch zariadeniach sociálnych služieb podľa odseku 1 výška príplatku ku kapitačnej úhrade za každého kapitovaného poistenca je 9 percent základu pre výpočet kapitačnej úhrady podľa osobitného predpisu.
5. Ak poskytovateľ všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti poskytuje zdravotnú starostlivosť pre najmenej 150 poistencov v jednom zariadení sociálnych služieb alebo najmenej v troch zariadeniach sociálnych služieb podľa odseku 1 výška príplatku ku kapitačnej úhrade za každého kapitovaného poistenca je 12 percent základu pre výpočet kapitačnej úhrady podľa osobitného predpisu.

§ 8

**Príplatok ku kapitačnej úhrade za nadštandardné personálne vybavenie**

1. Poskytovateľ všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti pre dospelých má nárok na príplatok ku základnej kapitačnej úhrade za nadštandardné personálne vybavenie zdravotníckymi pracovníkmi v zdravotníckych povolaniach lekár, zdravotná sestra alebo praktická sestra za podmienok a vo výške uvedených v prílohe č. 4.
2. Maximálna výška príplatku ku kapitačnej úhrade za nadštandardné personálne vybavenie zdravotníckymi pracovníkmi v zdravotníckom povolaní lekár je 3,226 násobok priemernej mesačnej mzdy zamestnanca v hospodárstve Slovenskej republiky zistenej Štatistickým úradom Slovenskej republiky za kalendárny rok dva roky predchádzajúci roku, v ktorom vznikol nárok na úhradu za každé lekárske miesto.[[12]](#footnote-13)
3. Celková výška príplatku ku kapitačnej úhrade za nadštandardné personálne vybavenie je súčtom príplatku za nadštandardné personálne vybavenie zdravotníckymi pracovníkmi v zdravotníckych povolaniach
   1. zdravotná sestra alebo praktická sestra
   2. lekár

§ 9

**Príplatok ku kapitačnej úhrade v najmenej rozvinutých okresoch**

**Alternatíva 1**

1. Poskytovateľ všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti pre dospelých s miestom prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia v najmenej rozvinutom okrese podľa osobitného predpisu[[13]](#footnote-14) má nárok na príplatok vo výške
   1. 9 percent základu pre výpočet kapitačnej úhrady za každého poistenca ak má miesto poskytovania zdravotnej starostlivosti v obci s menej ako 10000 obyvateľmi, alebo
   2. 3 percent základu pre výpočetkapitačnej úhrady za každého poistenca ak má miesto poskytovania zdravotnej starostlivosti v obci s aspoň 10000 obyvateľmi
2. Poskytovateľ všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti pre dospelých s najmenej dvoma miestami prevázkovania zdravotníckeho zariadenia v najmenej rozvinutom okrese má nárok na príplatok vo výške 9 percent základu pre výpočet kapitačnej úhrady za každého poistenca.

**Alternatíva 2**

1. Poskytovateľ všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti pre dospelých s miestom prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia v najmenej rozvinutom okrese podľa osobitného predpisu[[14]](#footnote-15) má nárok na príplatok vo výške 6 percent základu pre výpočet kapitačnej úhrady za každého poistenca.

§ 10

**Úhrada za výkony určená cenou bodu**

1. Minimálne hodnoty bodu za bodované výkony sú stanovené v prílohe č. 5.
2. Výška úhrada za výkony uvedené v prílohe č. 5 sa stanoví ako súčin hodnoty bodu dohodnutého v zmluve so zdravotnou poisťovňou a počtu bodov za príslušný výkon.

§ 11

**Úhrada za výkony určené cenou výkonu**

1. Minimálna úhrada za výkony s určenou cenou sa určí podľa prílohy č. 6

§ 12

Táto vyhláška nadobúda účinnosť 1. januára 2020.

minister

**PRÍL.1**

**Koeficienty nákladovosti pre vekové skupiny poistencov**

|  |  |
| --- | --- |
| **Veková skupina** | **Koeficient** |
| do 19 rokov vrátane | 1, 232 |
| od 20 do 28 rokov vrátane | 1,0 |
| od 29 do 39 rokov vrátane | 1,0 |
| od 40 do 44 rokov vrátane | 1,016 |
| od 45 do 49 rokov vrátane | 1,037 |
| od 50 do 54 rokov vrátane | 1,065 |
| od 55 do 59 rokov vrátane | 1,109 |
| od 60 do 64 rokov vrátane | 1,162 |
| od 65 do 69 rokov vrátane | 1,247 |
| od 70 do 74 rokov vrátane | 1,296 |
| od 75 do 79 rokov vrátane | 1,34 |
| od 80 do 84 rokov vrátane | 1,478 |
| od 85 rokov a viac | 1,506 |

**PRÍL.2**

**Úprava kapitačnej úhrady za výkon preventívnych prehliadok**

Požadovaný počet preventívnych prehliadok za jeden mesiac pre účely úpravy kapitačnej úhrady za výkon preventívnych prehliadok sa určí zaokrúhlením výsledku podľa vzorca na najbližšie vyššie celé číslo:

= (PPP0)

Kde

KP = počet kapitovaných pacientov poskytovateľa

PKP = priemer počtu kapitovaných pacientov na 1 lekárske miesto[[15]](#footnote-16)všeobecného lekára pre dospelých v Slovenskej republike.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Počet preventívnych prehliadok za mesiac |  | Koeficient úpravy kapitačnej úhrady |
| PPP0 -54a menej |  | 0,90 |
| PPP0-48 až PPP0 -53 |  | 0,91 |
| PPP0-42 až PPP0 -47 |  | 0,92 |
| PPP0-36 až PPP0 -41 |  | 0,93 |
| PPP0-30 až PPP0 -35 |  | 0,94 |
| PPP0-22 až PPP0 -29 |  | 0,95 |
| PPP0-16 až PPP0 -21 |  | 0,96 |
| PPP0-12 až PPP0 -15 |  | 0,97 |
| PPP0 -6 až PPP0-11 |  | 0,98 |
| PPP0-1 až PPP0-5 |  | 0,99 |
| **PPP0** |  | 1,0 |
| PPP0+1 až PPP0+5 |  | 1,01 |
| PPP0+6 až PPP0+11 |  | 1,02 |
| PPP0 + 12 až PPP0 + 17 |  | 1,03 |
| PPP0 + 18až PPP0 + 23 |  | 1,04 |
| PPP0 + 24 až PPP0 + 29 |  | 1,05 |
| PPP0 + 30 až PPP0 + 35 |  | 1,06 |
| PPP0 + 36 až PPP0 + 41 |  | 1,07 |
| PPP0 + 42 až PPP0 + 47 |  | 1,08 |
| PPP0 + 48 až PPP0 + 53 |  | 1,09 |
| PPP0 + 54 a viac |  | 1,10 |

**PRÍL.3**

**Úprava kapitačnej úhrady za dispenzárnu starostlivosť**

Požadovaný počet dispenzárnych výkonov za jeden mesiac pre účely úpravy kapitačnej úhrady za dispenzárnu starostlivosť sa určí zaokrúhlením výsledku podľa vzorca na najbližšie vyššie celé číslo:

Kde

KP = počet kapitovaných poistencov poskytovateľa

PDV = požadovaná dispenzárna výkonnosť

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Počet dispenzárnych výkonov za mesiac |  | Koeficient úpravy kapitačnej úhrady |
| viac ako 1,01 \* PDV |  | 1,075 |
| PDV\*0,80 – 1,00\* PDV |  | 1,06 |
| PDV\* 0,60- PDV\* 0,79 |  | 1,045 |
| PDV\*0,40 – PDV\* 0,59 |  | 1,03 |
| PDV\* 0,20 – PDV\* 0,39 |  | 1,015 |
| Menej ako PDV\*0,20 |  | 1 |

**PRÍL.4**

**Príplatok ku kapitačnej úhrade za nadštandardné personálne vybavenie**

Zdravotnícky pracovníci v zdravotníckom povolaní zdravotná sestra a praktická sestra

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Miniálny počet kapitovaných poistencov | Maximálny počet kapitovaných poistencov | Počet miest zdravotníckych pracovníkov pri úväzku 40 hodín týždenne | Príplatok za každého poistencavyjadrený ako násobok základu pre výpočet kapitačnej úhrady podľa osobitného predpisu |
| 1500 | 3000 | 2 | 0,09 |
| 2000 | 4500 | 3 | 0,09 |
| 3000 | 6000 | 4 | 0,09 |
| 4000 | neobmedzený | 5 | 0,09 |

Zdravotnícky pracovníci v zdravotníckom povolaní lekár

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Minimálny počet kapitovaných pacientov | Minimálny počet zdravotných sestier a praktických sestier pri úväzku 40 hodín týždenne r | Minimálny počet lekárskych miest pri úväzku 40 hodín týždenne | Príplatok za každého poistenca vyjadrený ako násobok základu pre výpočet kapitačnej úhrady podľa osobitného predpisu |
| 2000 | 2 | 2 | 0,20 |
| 4001 | 2 | 2 | 0,26 |

**PRÍL.5**

**Zoznam výkonov s cenou určenou počtov bodov a mininálnacena bodu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cena bodu** | | | |
| **Kód výkonu** | **Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu** | **Počet bodov** | **Minimálna cena bodu v €** |
| 4 | Štandardné vyšetrenie jedného orgánového systému - kontrolné vyšetrenie. Súčasťou výkonu je anamnéza, opis terajšieho ochorenia, objektívny nález, odoslanie na laboratórne, prístrojové alebo odborné vyšetrenie - vypísanie žiadaniek, záver, vypísanie receptov, poučenie pacienta.  Nemôže sa vykazovať štandardné vyšetrenie jedného orgánového systému, ktoré nesleduje zdravotné účely.  Výkon 4 sa vykazuje s výkionom 25 alebo 26  Výkon poisťovňa uhrádza len u pacienta, ktorý nemá s poskytovateľom uzavretú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (zastupovanie iného poskytovateľa). | 200 | 0,0150 |
| 5 | Štandardné fyzikálne vyšetrenie jedného orgánového systému - kontrolné vyšetrenie na základe symptomatologickej anamnézy vrátane rady a dokumentácie cez deň v sobotu, v nedeľu, počas sviatkov a 31. decembra.  Výkon sa vykazuje svýkonom 26 alebo 30 | 350 | 0,0150 |
| 6 | Štandardné fyzikálne vyšetrenie jedného orgánového systému na základe symptomatologickej anamnézy vrátane rady a dokumentácie medzi 19.00 - 7.00 hodinou.  Výkon 6 sa vykazuje s výkonom 26 alebo 29 a s výkonom 30 | 400 | 0,0150 |
| 8 | Štandardné vyšetrenie dvoch alebo viacerých orgánových systémov. Súčasťou výkonu je anamnéza, popis terajšieho ochorenia,objektívny nález, odoslanie na laboratórne, prístrojové alebo odborné vyšetrenie - vypísanie žiadaniek, zhodnotenie výsledkov vyšetrení, záver, vypísanie receptu/ov, poučenie pacienta. Ak vyšetrenie trvá dlhšie ako 20 minút, výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti pri dispenzárnej starostlivosti.  Výkon poisťovňa uhrádza len u pacienta, ktorý nemá s poskytovateľom uzavretú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (zastupovanie iného poskytovateľa). | 250 | 0,0150 |
| 10 | **Rozbor a plánovanie cielených terapeutických postupov na ovplyvnenie chronických ochorení.**   * Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z.. * Nastavenie alebo úprava liečby pri diagnóze artériovej hypertenzie alebo dyslipidémie v kombinácií výkonu č. H0004 alebo č. H0005 v zmysle odborného usmernenia MZ SR na poskytovanie zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s artériovou hypertenziou alebo dyslipidémiou. * Poskytovateľ vykazuje výkon č. 10 pri prevzatí poistenca s chronickým ochorením a po podpísaní dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v kombinácii s výkonom č. 60. * Výkon sa akceptuje výlučne v kombinácii s výkonom č. 60 alebo č. H0004 alebo č. H0005. * Úprava alebo zmena terapeutického postupu musí byť zaznamenaná v zdravotnej dokumentácie vrátane zmeny dávkovania zdôvodnenia úpravy medikamentóznej liečby. * Akákoľvek úprava terapeutického postupu musí byť v súlade s platnou legislatívou a účelnou farmakoterapiou. * výkon možno vykazovať najviac 1 raz za 3 kalendárme mesiace | 180 | 0,020995 |
| 25 | **Návšteva u kapitovaných poistencov v pracovnom čase** | 285 | 0,020995 |
| 26 | **Návšteva u kapitovaných poistencov mimo pracovného času** | 500 | 0,020995 |
| 29 | Návšteva v noci vyžiadaná a vykonaná medzi 22.00 a 7.00 hodinou | 900 | 0,0250 |
| 40 | Zotrvávanie pri pacientovi v čase od 07:00 do 20:00 (za každú začatú polhodinu). | 200 | 0,0150 |
| 41 | Zotrvávanie pri pacientovi v čase od 20.00 do 7.00 hodinou (za každú začatú polhodinu) | 400 | 0,0150 |
| 60 | **Komplexné vyšetrenie poistenca pri prevzatí dospelej osoby do zdravotnej starostlivosti ako prvotné komplexné vyšetrenie s vystavením zdravotného záznamu.**   * Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z., * Poskytovateľ poskytne poistencovi komplexné vyšetrenie (kompletná anamnéza, vyšetrenie všetkých orgánových systémov, založenie zdravotnej dokumentácie a stanovenie diagnostického záveru a diagnostického a liečebného plánu) v termíne do 30 dní od podpísania dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. * Vykázaný výkon č. 60 musí byť súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca. * Kontrola povinného očkovania poistenca. * Kontrola poslednej preventívnej prehliadky poistenca. * Informovaný súhlas pacienta s poskytnutím zdravotnej starostlivosti v súvislosti výkonom č. 60. | 350 | 0,020995 |
| 160 | **Preventívne výkony** | 390 | 0,050 |
| 252b | **Očkovanie** | 70 | 0,041 |
| 3671 | **Vyšetrenie glukózy** | 40 | 0,0455 |
| 4571a | **CRP ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil**   * Vyžaduje sa odčítanie výsledku a zaznamenanie v zdravotnej dokumentácií | 380 | 0,0116 |
| 5300 | **USG vyšetrenie v  ambulancii VLD – hornej časti brucha**   * Vyžaduje sacertifikovaná činnost abdominálna sonografia u dospelých * Vyžaduje sa zaznamenanie v zdravotnej dokumentácií | 1700 | 0,0073 |
| 5301 | **USG vyšetrenie v ambulancii VLD – jedného orgánu alebo orgánového systému**   * **Vyžaduje sa** certifikovaná činnost abdominálna sonografia u dospelých * Vyžaduje sa zaznamenanie v zdravotnej dokumentácií | 600 | 0,0073 |
| 5702 | **Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie.**   * Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z.. * Zaznamenanie popisu a vyhodnotenia záznamu vrátane popisu EKG krivky v zdravotnej dokumentácii pacienta u všeobecného lekára pre dospelých. * Vykazovanie jedenkrát za kalendárny rok a minimálnom odstupe 3 mesiacov medzi výkonmi 5702 pri súčasnom vykázaní výkonu č. 60 alebo č. 60b alebo výkonu č. H0004 alebo č. H0005 v zmysle príslušných odborných usmernení MZ SR. * Vykazovanie u poistenca, za ktorého je hradená kapitačná platba u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v zmysle tejto zmluvy, pri neodkladnej zdravotnej starostlivosti a pri súčasnom vykonaní EKG a popísaní EKG záznamu. Popis musí byť zaznamenaný v zdravotnej dokumentácií. | 550 | 0,008105 |
| 5702P | **Vyšetrenia EKG pri preventívnej prehliadke poistencov 40 ročných a starších**   * Len spolu s výkonom 160, vykazovanie si vyžaduje odôvodnenie v zdravotnej dokumentácií | 550 | 0,008105 |
| 5715 | **24-hodinové monitorovanie tlaku krvi - naloženie a zosnímanie.**   * Zaznamenanie výsledku a vyhodnotenia výsledku v zdravotnej dokumentácii poistenca u poskytovateľa. * Výkon môže byť vykázaný v prípade starostlivosti o dospelého pacienta s artériovou hypertenziou v zmysle odborného usmernenia MZ SR. * Vykazovanie výkonov u poistenca, za ktorého je hradená kapitačná platba v zmysle tejto zmluvy. * ykazovanie jedenkrát za kalendárny rok a minimálnom odstupe 3 mesiacov medzi výkonmi | 750 | 0,016597 |
| 5716 | **Počítačové vyhodnotenie dlhodobého monitorovania tlaku krvi a vyhodnotenie nálezu lekárom.**   * ykazovanie jedenkrát za kalendárny rok a minimálnom odstupe 3 mesiacov medzi výkonmi * Zaznamenanie výsledku a vyhodnotenia výsledku v zdravotnej dokumentácii poistenca u poskytovateľa. * Výkon môže byť vykázaný v prípade starostlivosti o dospelého pacienta s artériovou hypertenziou v zmysle odborného usmernenia MZ SR. * Vykazovanie výkonov u poistenca, za ktorého je hradená kapitačná platba v zmysle tejto zmluvy. | 240 | 0,016597 |
| - | **Výkony z I. časti Zoznamu výkonov pre poistencov EÚ, bezdomovcov, cudzincov a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z.** | - | 0,020995 |
| - | **Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) pre poistencov EÚ, bezdomovcov, cudzincov a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. a nekapitovaných poistencov** | - | 0,007303 |
| - | **Neodkladná zdravotná starostlivosť poskytnutá poistencom poisťovne, s ktorými poskytovateľ nemá uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti** | - | 0,020995 |

**PRÍL.6**

**Zoznam výkonov s určenou minimálnou cenou**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cena za výkon** | | |
| **Kód výkonu** | **Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu** | **Minimálna cena za výkon v €** |
| 60b | **Komplexné predoperačné vyšetrenie vrátane odberov krvi, zhodnotenia laboratórnych a prístrojových vyšetrení. Výkon možno vykazovať iba raz v rámci jednej operácie pri dodržaní odborného usmernenia MZ SR. Výkon sa vykazuje samostatne s diagnózou, pre ktorú je poistenec plánovaný na operáciu.**   * V prípade odoslania poistenca k špecialistovi, najmä kód odbornosti 001 (vnútorné lekárstvo), za účelom vykonania predoperačného vyšetrenia, zdravotná poisťovňa poskytnutú  zdravotnú starostlivosť v súvislosti s predoperačným vyšetrením uhrádza iba cenou kapitácie. | 13,00 |
| H0004 | **Dispenzárne výkony u poistenca s chronickým ochorením.**   * Vykázanie výkonu s príslušnou korektnou diagnózou: **artériová hypertenzia alebo dyslipidémia** jedenkrát za kalendárny rok. V prípade vyššej frekvencie návštev je ďalšia poskytnutá  zdravotná starostlivosť uhrádzaná cenou kapitácie. Minimálny časový odstup medzi výkonmi vykázanými v rozličlých kalendárnych rokoch je tri mesiace. * Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z.. * Za kontrolné vyšetrenie sa považuje stav, keď poistenec má diagnostikovanú artériovú hypertenziu alebo dyslipidémiu a je v starostlivosti všeobecného lekára a zároveň nie je pre dané diagnózy dispenzarizovaný alebo liečený u lekára –špecialistu, okrem jednorazového vyšetrenia u špecialistu za účelom konzultácie alebo vykonania zobrazovacieho vyšetrenia. V prípade konfliktu (neuznania výkonu) zdravotná poisťovňa na základe reklamácie vyúčtovania preverí text výmenného lístka a požiadavku VLD u poskytovateľa ŠAS. Výkon bude uznaný, pokiaľ VLD indikoval len pomocné alebo konziliárne vyšetrenie u príslušného ŠAS. * V cene výkonu je zahrnuté komplexné vyšetrenie poistenca, vyhodnotenie laboratórnych zobrazovacích vyšetrení, odporučenie ďalšej liečby a stanovenie ďalšieho postupu v zmysle odborného usmernenia MZ SR na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s artériovou hypertenziou alebo dyslipidémiou v zmysle príslušného odborného usmernenia MZ SR. * Potrebné laboratórne alebo zobrazovacie vyšetrenia, ktoré je potrebné realizovať pri kontrole, zdravotná poisťovňa bude akceptovať vo frekvencii ako stanovuje príslušné odborné usmernenie MZ SR v prípade, že ich výsledky boli vo fyziologickom rozmedzí. * Pokiaľ v časovom intervale odporučenom v príslušnom odbornom usmernení MZSR vyšetrenia neboli realizované alebo neboli v rozmedzí fyziologických hodnôt, tak je potrebné ich realizovať a výsledok zaznamenať do zdravotnej dokumentácie poistenca. V opačnom prípade výkon H0004 nebude akceptovaný. * Pokiaľ je potrebné vykonať ďalšie doplňujúce vyšetrenia potrebné k diagnostike a liečbe pacienta s artériovou hypertenziou alebo liečbou nad rámec OU MZ SR, ošetrujúci lekár ich urobí sám, zdôvodní ich vykonanie a výsledky do zdravotnej dokumentácie pacienta. * V prípade, ak výsledky laboratórnych alebo zobrazovacích vyšetrení, ktoré všeobecný lekár hodnotí pri kontrolnom vyšetrení, sú staršieho dáta, ale  boli vykonané v kratšom časovom intervale , ako je uvedené v príslušnom odbornom usmernení MZ SR a s odporúčanou frekvenciou kontroly príslušných SVLZ výkonov príslušnom odbornom usmernení MZSR, zdravotná poisťovňa ich akceptuje za predpokladu, že budú zaznamenané v zdravotnej dokumentácii a súčasne  nie je žiadny medicínsky predpoklad, že výsledky by mohli byť signifikantne zmenené. V tomto prípade je lekár povinný zaznamenať alebo založiť do zdravotnej dokumentácie všetky výsledky, tak aby bolo zrejmý dátum ich realizácie a výsledok jednotlivých parametrov a jeho vyhodnotenie v rámci kontroly a liečebného plánu. * V prípade laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení realizovaných iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti alebo realizovaných za účelom iných potrebných vyšetrení, ktorých výsledok bol vo fyziologickom rozmedzí, poisťovňa ich bude akceptovať za podmienky, že neprekročili časový interval odporučený v príslušnom odbornom usmernení MZ SR, pokiaľ budú zaznamenané v zdravotnej dokumentácií. | 12,00 |
| H0005 | **Cielené vyšetrenie pacienta s akútnym hypertenzným stavom**   * Vykázať výkon s  diagnózou artériová hypertenzia maximálne 2x za kalendárny rok a súčasne je v starostlivosti všeobecného lekára a zároveň nie je pre danú diagnózu dispenzarizovaný alebo liečený u lekára –špecialistu. V prípade vyššej frekvencie návštev je ďalšia poskytnutá  zdravotná starostlivosť uhrádzaná cenou kapitácie. * Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z.. * Za cielené vyšetrenie sa považuje ošetrenie akútneho **hypertenzného stavu.** V rámci akútneho hypertenzného stavu je potrebné stabilizovať vitálne funkcie poistenca, vykonať opatrenia na zabránenie orgánového poškodenia, v prípade potreby zabezpečiť bezpečný transport do cieľového zdravotníckeho zariadenia. * V cene výkonu je zahrnuté zistenie anamnestických údajov zameraných na prítomnosť subjektívnych ťažkostí poistenca súvisiacich s akútnym hypertenzným stavom, vrátane orientačného neurologického vyšetrenia a medikamentóznej liečby v zmysle odborného usmernenia MZ SR odborného usmernenia MZ SR na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s artériovou hypertenziou. | 6,00 |
| H0006 | **Stratifikácia kardiovaskulárneho rizika.**  Podmienky úhrady výkonu H0006:   * Stanovenie stratifikácie kardiovaskulárneho rizika systémom SCORE u pacientov nad 40 rokov podľa platného odborného usmernenie MZ SR. * Zdravotná poisťovňa akceptuje výkon jedenkrát ročne k výkonu č. 160 alebo H0003 alebo H0004 s príslušnou diagnózou. * Podmienkou úhrady výkonu H0006 je vykázanie pripočítateľnej položky „dosiahnuté skóre“ v dávke 751a platného dátového rozhrania podľa Metodického usmernenia ÚDZS, ktorá je v uvedených vybraných položkách vyplnená nasledovne: v položke č. 13 –PRIPOČITATEĽNÁ POLOŽKA – uvedie dosiahnuté skóre v tvare:   + - SKOR01 tjnízke riziko alebo SCORE <1%.     - SKOR02 ,tj stredné riziko alebo SCORE ≥1% < 5 %     - SKOR03, tj vysoké riziko alebo SCORE ≥5% a < 10 %     - SKOR04 tj veľmi vysoké riziko alebo SCORE ≥10%   pričom na 5. a 6. mieste položky je vyjadrenie dosiahnutého skóre.   * Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z.. * Pri novozistenej fibrilácii predsiení stanovenie rizika CMP podľa príslušného odborného usmernenia MZSR, v tomto prípade sa výkon vykazuje s dg. I48.9. Podmienkou je vyhotovenie a vyhodnotenie 12-zvodového EKG záznamu s minimálne s 10QRS komplexami. | 5,00 |
| H0007 | **Kvantitatívne INR vyšetrenie v ambulancii VLD**  Kontrolné kvantitatívne vyšetrenie INR z kapilárnej krvi u poistencov pri dlhodobej (minimálne 6 mesiacov) alebo celoživotnej antikoagulačnej liečbe.   * + platný doklad o zakúpení, resp. prenájme prístrojového vybavenia;   + potvrdenie o zaškolení výrobcom (dovozcom) prístroja;   + prehlásenie o zhode k prístroju (jedná o registráciu prístroja na ŠÚKL);   + potvrdenie o technickej (kvalitatívnej) kompatibilite prístroja na ambulantnú diagnostiku, resp. doklad o externej kontrole kvality, ktorý nesmie byť starší ako 12 mesiacov.   + Poisťovňa akceptuje a osobitne nad rámec kapitácie uhrádza výkon vo frekvencii spravidla raz za 2 mesiace u poistenca (maximálne 8x za kalendárny rok).   + V cene výkonu je zahrnutý odber kapilárnej krvi, vyhodnotenie výsledku, návrh ďalšieho postupu, záznam o prípadnej zmene liečby, termín kontrolného vyšetrenia a poučenie poistenca.   Výkon nebude akceptovaný:   1. pri súčasnom odbere venóznej krvi na laboratórne vyšetrenie; 2. ak v kontrolovanom intervale (v rozpätí jedného mesiaca) bolo vyšetrenie INR vykázané zmluvným laboratóriom; 3. ak poskytovateľ na požiadanie nepredloží doklad o vykonanej externej kontrole kvality prístroja. | 5,20 |
| H0008 | **Stanovenie indexu ABI oscilometrickou metódou.**  Meranie a vyhodnotenie indexu ABI oscilometrickou metódou na štyroch končatinách pri včasnej diagnóze ischemickej choroby dolných končatín.   * + platný doklad o zakúpení, resp. prenájme prístrojového vybavenia;   + potvrdenie o zaškolení výrobcom (dovozcom) prístroja;   + prehlásenie o zhode k prístroju (jedná o registráciu prístroja na ŠÚKL)   Výkon bude akceptovaný:   1. u symptomatických pacientov s podozrením na ischemickú chorobu dolných končatín (ICHDK). Indikácia k výkonu je zaznamenaná v zdravotnej dokumentácii, vrátane ďalšej diferenciálnej diagnostiky a terapeutického plánu. 2. u asymptomatických pacientov nad 50 rokov s minimálne jedným rizikovým faktorom (arteriálna hypertenzia, abnormálne EKG, diabetes mellitus, obezita s BMI nad 30, fajčiari, vysoká hladina celkového cholesterolu, porucha metabolizmu lipidov, pacienti a postihnutím koronárnych alebo cerebrálnych artérií, a pod.); 3. u všetkých poistencov nad 60 rokov.   Bod 2 a 3 poisťovňa akceptuje a osobitne nad rámec kapitácie uhrádza výkon 1x za 2 roky pri vykázaní preventívnej prehliadky.  Výkon nebude akceptovaný, ak vyšetrenie výkonu bude vykonané v špecializovanej ambulantnej starostlivosti. | 4,50 |
| 250D | **Delegovaný odber krvi (odobratie krvi venepunkciou) pri návšteve pacienta v ambulancii VLD.**   * dodržať postup, ktorý ustanovuje Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o postupe objednávania, vykonávania a kontroly laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení zo dňa 10.06.2014 číslo 02032/2014-SZ v platnom znení, * dodržať podmienky zdravotnej indikácie v zmysle účelného, efektívneho a hospodárneho nakladania s prostriedkami verejných zdrojov. | 3,00 |
| 159a | **Preventívne vyšetrenie na krv v stolici s použitím štandardizovaných testov v rámci opatrení na včasnú diagnostiku ochorenia na rakovinu, dodatok k výkonu pod kódom 160.**   * Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti vtedy, ak ho sám uskutočnil. * Výkon sa môže vykazovať za celé preventívne vyšetrenie. * Ak sa vyšetrenie vykonalo v laboratóriu, môže ho vykazovať laboratórium.   Výsledok výkonu TOKS: pozitívny | 12,00 |
| 159b | Preventívne vyšetrenie celkového cholesterolu v 11. a 17. roku života a celkového cholesterolu a triacylglycerolov v 40. roku života. Okrem odberu sa vykazuje cielená anamnéza, posúdenie genetickej záťaže, posúdenie laboratórnych výsledkov v prípade pozitivity výsledkov, poučenie pacienta, vypísanie správy a odoslanie pacienta na ďalšie vyšetrenie a liečenie k lekárovi špecializovanej starostlivosti | 12,00 |
| 159z | **Preventívne vyšetrenie na krv v stolici s použitím štandardizovaných testov v rámci opatrení na včasnú diagnostiku ochorenia na rakovinu, dodatok k výkonu pod kódom 160.**   * Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti vtedy, ak ho sám uskutočnil. * Výkon sa môže vykazovať za celé preventívne vyšetrenie. * Ak sa vyšetrenie vykonalo v laboratóriu, môže ho vykazovať laboratórium.   Výsledok výkonu TOKS: negatívny | 12,00 |
| 159x | **Preventívne vyšetrenie na krv v stolici s použitím štandardizovaných testov v rámci opatrení na včasnú diagnostiku ochorenia na rakovinu, dodatok k výkonu pod kódom 160.**   * Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti vtedy, ak poistenca poučil o dôležitosti vyšetrenia a zároveň vydal poistencovi diagnostický test.   Výsledok výkonu TOKS: nevrátený / znehodnotený test | 3,02 |
| Poisťovňa akceptuje výkon 159a,159z a 159x v súlade s prílohou č. 2 k zákonu č. 577/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov a  Odborným usmernením Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky pre realizáciu programu skríningu kolorektálneho karcinómu zo dňa 1. septembra 2011, zverejnenom vo Vestníku MZ SR, čiastka 19-31, ročník 59 a v súlade s charakteristikou výkonov uvedených v tabuľke.  Štandardizovaný test na okultné krvácanie (TOKS) všeobecný lekár pre dospelých indikuje u bezpríznakových poistencov starších ako 50 rokov, v intervale raz za dva roky a ako súčasť preventívnej prehliadky (výkon č. 160).  Interval medzi výkonom 160 a výkonmi 159a, 159z a 159x môže byť maximálne 2 mesiace. | | |

Vo vyhláške MZ SR č. 127/2014Z.z treba upraviť v súvislosti s dizpenzarizáciou VLD v prílohe č. 1 upraviť nasledovné položky:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| 43. | Metabolické poruchy | E70.0; E70.1; E70.2; E70.3; E70.8; E70.9; E71.0; E71.1; E71.2; E71.3; E72.0; E72.1;E72.2; E72.3; E72.4; E72.5; E72.8; E72.9 E73.0; E73.1; E73.8; E73.9; E74.0; E74.1; E74.2; E74.3; E74.4; E74.8; E74.9; E75.0; E75.1; E75.2; E75.3; E75.4; E75.5; E75.6; E76.0; E76.1; E76.2; E76.3; E76.8; E76.9; E77.0; E77.1; E77.8; E77.9; E78.0; E78.1;E78.2; E78.3; E78.4; E78.5; E78.6; E78.8; E78.9; E79.0; E79.1; E79.8; E79.9; E80.0; E80.1; E80.2; E80.3; E80.4; E80.5; E80.6; E80.7; E83.0; E83.1; E83.2; E83.30; E83.31; E83.38; E83.39; E83.4; E83.50; E83.58; E83.59; E83.8; E83.9; E85.0; E85.1; E85.2; E85.3; E85.4; E85.8; E85.9; | raz za 6 mesiacov | Diabetológ, endokrinológ, gastroenterológ, internista,pediatrický endokrinológ alebo pediatrický gastroenterológ,  *všeobecný lekár pre dospelých len ak ide o kód choroby E78.0, E78.0; E78.1; E78.2; E78.3; E78.4; E78.5; E78.6; E78.8; E78.9; E79.0; E79.1; E79.8; E79.9;*hematológ a transfúziológ, len ak ide o kód choroby E83.1 alebopediatrický hematológ a onkológ len ak ide o kód choroby E83.1 |
| 73. | Esenciálne hypertenzie | I10.00; I10.01; I10.10; I10.11; I10.90, I I10.91; I11.00; I11.01; I11.90; I11.91; I I13.01; I13.10; I13.11; I13.20; I13.21; I13.90; I13.91, I15.00; I15.01; I15.10; I15.11; I15.20; I15.21; I15.80; I15.81, I I15.90; I15.91 | a) raz za 6 mesiacov  b) raz za 3 mesiace u detí | Geriater, kardiológ, pediatrický kardiológm, *všeobecný lekár pre dospelých* |

1. § 3 ods. 1 zákona č. 580/2004 Z.z v znenízákona č. 231/2019 Z.z. [↑](#footnote-ref-2)
2. § 8 ods. 16 zákona č. 581/2004 Z.z. znení zákona č. ..../2019 [↑](#footnote-ref-3)
3. § 2 ods. 32 zákona č. 576/2004 Z.z. v znení zákona č. 139/2019Z.z. [↑](#footnote-ref-4)
4. 2 ods. 33 zákona č. 576/2004 Z.z. v znení zákona č. 139/2019Z.z. [↑](#footnote-ref-5)
5. § 2 ods.. 1 písm. d) č. 577/2004 Z.z. v znení zákona č. 139/2019Z.z. [↑](#footnote-ref-6)
6. [↑](#footnote-ref-7)
7. [↑](#footnote-ref-8)
8. § 2 ods. 22 a ods. 23 zákona č. 576/2004 Z.z. v znení zákona č. 139/2019Z.z [↑](#footnote-ref-9)
9. § 8 ods. 16 zákona č. 581/2004 Z.z. znení zákona č. ..../2019 [↑](#footnote-ref-10)
10. § 38 zákona č. 448/2008 Z.z. v znenízákona č. 289/2018 Z.z. [↑](#footnote-ref-11)
11. § 8 ods. 16 zákona č. 581/2004 Z.z. znení zákona č. ..../2019 [↑](#footnote-ref-12)
12. Príloha č. 1 nariadeniavládySlovenskejrepubliky č. 640/2008Z.z. [↑](#footnote-ref-13)
13. § 2 ods. 1 zákona č. 336/2015 Z. z. v znení zákona č. 313/2018 Z.z. [↑](#footnote-ref-14)
14. § 2 ods. 1 zákona č. 336/2015 Z. z. v znení zákona č. 313/2018 Z.z. [↑](#footnote-ref-15)
15. Príloha č. 1 nariadeniavládySlovenskejrepubliky č. 640/2008Z.z. [↑](#footnote-ref-16)