

Toto konsolidované znenie zmluvy má len informatívny charakter. Nie je použiteľné pre právne účely.

Zmluva č. 5001NFAL000117

o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

uzatvorená podľa § 7 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov
(ďalej aj ako „zmluva“)

Článok I Zmluvné strany

Union zdravotná poisťovňa, a. s.

zastúpená: JUDr. Peter Sloboda, senior riaditeľ nákupu ZS a vzťahov s poskytovateľmi
so sídlom: Karadžičova 10, 814 53 Bratislava
IČO: 36 284 831
DIČ: 2022152517
IBAN: SK37 8180 0000 0070 0025 6518
označenie registra: Mestský súd Bratislava III, oddiel: Sa, vložka číslo: 3832/B
právna forma: akciová spoločnosť
kód Union zdravotnej poisťovne, a. s.: 27
(ďalej len „zdravotná poisťovňa“)

a

Fakultná nemocnica s poliklinikou F.D. Roosevelta Banská Bystrica

zastúpený: Ing. Miriam Lapuníková, MBA, riaditeľka
so sídlom: L. Svobodu 1, 97517 Banská Bystrica
IČO: 00165549
identifikátor poskytovateľa (prvých šesť znakov kódu poskytovateľa): N42231
(ďalej len "poskytovateľ")

(spoločne aj ako „zmluvné strany“)

Článok II Kritéria na uzatváranie zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

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

a) personálne vybavenie poskytovateľa - poskytovanie zdravotnej starostlivosti prostredníctvom osôb, ktoré spĺňajú podmienky na výkon zdravotníckeho povolania alebo samostatnej zdravotníckej praxe ustanovené pre daný odbor príslušnými všeobecne záväznými právnymi predpismi, najmenej na úrovni požiadaviek na personálne zabezpečenie zdravotníckych zariadení určené príslušnými všeobecne záväznými právnymi predpismi,

b) materiálno-technické vybavenie poskytovateľa - poskytovanie zdravotnej starostlivosti prostredníctvom materiálno-technického vybavenia najmenej na úrovni požiadaviek na materiálno-technické vybavenie zdravotníckych zariadení určené príslušnými všeobecne záväznými právnymi predpismi a len prostredníctvom zdravotníckych pomôcok, ktoré spĺňajú technické požiadavky ustanovené zákonom č. 56/2018 Z. z. o posudzovaní zhody výrobku, sprístupňovaní určeného výrobku na trh a o zmene a doplnení niektorých zákonov,

c) geografickú dostupnosť zdravotnej starostlivosti – zabezpečenie zdravotnej starostlivosti pre poistencov zdravotnej poisťovne najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľov podľa nariadenia vlády SR č. 640/2008 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov,

d) indikátory kvality podľa nariadenia vlády SR č. 752/2004 Z. z., ktorým sa vydávajú indikátory kvality na hodnotenie poskytovania zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov,

e) poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v zariadeniach spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek v jednotlivých medicínskych odboroch laboratórnej medicíny - zavedenie interného systému kontroly kvality a zavedenie externého systému kontroly kvality,

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

Článok III

Predmet (rozsah) zmluvy

3.1. Predmetom zmluvy je dohodnutie podmienok poskytovania zdravotnej starostlivosti poistencom zdravotnej poisťovne, poistencom členských štátov Európskej únie, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska, cudzincom zo štátov, s ktorými má Slovenská republika uzatvorené medzinárodné dohody o poskytnutí zdravotnej starostlivosti (ďalej len „poistenec“), rozsahu poskytovanej zdravotnej starostlivosti, výšky úhrady za zdravotnú starostlivosť alebo spôsobu určenia výšky úhrady za zdravotnú starostlivosť, jej splatnosti a úprava ďalších právnych vzťahov vznikajúcich na základe zmluvy medzi zmluvnými stranami.

3.2. Ak nie je dojednané inak, poskytovateľ sa zaväzuje poskytovať zdravotnú starostlivosť poistencom na základe právoplatného povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia (ďalej len „povolenie“) vydaného orgánom príslušným na jeho vydanie, v zmluve dohodnutom rozsahu zdravotnej starostlivosti podľa prílohy č. 1, ktorá tvorí neoddeliteľnú súčasť zmluvy. V prípade zdravotnej starostlivosti, na ktorú sa vzťahuje zákon č. 540/2021 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších právnych predpisov, poskytovateľ poskytuje takúto zdravotnú starostlivosť poistencom na základe právoplatného rozhodnutia vydaného príslušným orgánom v rámci konaní o kategorizácii nemocníc podľa uvedeného zákona a v zmluve dohodnutom rozsahu programov podľa prílohy č. 4, ktorá tvorí neoddeliteľnú súčasť zmluvy.

3.3. Zmluvné strany sa dohodli, že niektoré zmluvné podmienky definované v bode 3.1. zmluvy ako aj definície niektorých pojmov použitých v zmluve sú dohodnuté v príslušných prílohách, ktoré tvoria neoddeliteľnú súčasť zmluvy.

Článok IV

Práva a povinnosti zmluvných strán

4. 1. Zmluvné strany sú povinné v súvislosti s plnením predmetu zmluvy dodržiavať najmä nižšie uvedené predpisy:

- zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 581/2004 Z. z.“),
- zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- zákon č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov,
- 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,
- zákon č. 579/2004 Z. z. o záchrannej zdravotnej službe a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- zákon č. 538/2005 Z. z. o prírodných liečivých vodách, prírodných liečebných kúpeľoch, kúpeľných miestach a prírodných minerálnych vodách a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- zákon č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- zákon č. 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- zákon č. 513/1991 Zb. Obchodný zákonník v znení neskorších predpisov,
- zákon NR SR č. 18/1996 Z. z. o cenách v znení neskorších predpisov,
- zákon č. 540/2021 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších právnych predpisov (ďalej len „zákon č. 540/2021 Z. z.“)
- nariadenie (ES) Európskeho parlamentu a Rady č. 883/2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia v platnom znení
- nariadenie Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 987/2009, ktorým sa stanovuje postup vykonávania nariadenia (ES) č. 883/2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia v platnom znení,
- nariadenia vlády SR, vyhlášky, výnosy, opatrenia a ostatné vykonávacie a súvisiace predpisy, ktoré sú vydávané na základe všeobecne záväzných právnych predpisov a ktoré sa vzťahujú najmä na poskytovanie a úhradu zdravotnej starostlivosti, vždy v účinnom znení,
- opatrením Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov,
- odborné alebo metodické usmernenia, smernice, metodiky, koncepcie a iné obdobné predpisy, ktoré na základe všeobecne záväzných právnych predpisov v medziach svojich právomocí vydáva Ministerstvo zdravotníctva SR, Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a iné ústredné orgány štátnej správy, ktoré sa obvykle zverejňujú vo vestníkoch a ktoré sa vzťahujú na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, vždy v účinnom znení.

4. 2. Poskytovateľ, v lehote desiatich kalendárnych dní od zmeny základných identifikačných údajov, najneskôr však v termíne najbližšej fakturácie poskytnutej zdravotnej starostlivosti, písomne alebo prostredníctvom elektronickej podateľne informuje zdravotnú poisťovňu o zmene základných identifikačných údajov, napr. o zmene štatutárneho orgánu alebo jeho člena, bankového spojenia, identifikačného čísla organizácie, čísla telefónu a čísla faxu, ako aj o zmenách v zozname číselných kódov lekárov (sestier) a číselných kódov ambulancií, o zmenách vo veľkosti úväzkov lekárov (sestier) a ďalších skutočnostiach, ktoré môžu mať vplyv na riadne plnenie zmluvy, a to najmä o zmenách v personálnom a materiálno-technickom vybavení zdravotníckeho zariadenia.

4. 3. Zmluvné strany sú povinné zachovávať mlčanlivosť o skutočnostiach, s ktorými prídu do styku pri plnení zmluvy. Za uvedené skutočnosti sa považujú najmä informácie, ktoré jedna alebo druhá zmluvná strana považuje za dôverné, ktoré

zodpovedajú definícii obchodného tajomstva podľa príslušných ustanovení zákona č. 513/1991 Zb. Obchodný zákonník v znení neskorších predpisov, ako aj osobné údaje alebo údaje chránené podľa osobitných predpisov. Táto povinnosť trvá aj po ukončení platnosti zmluvy; týmto nie sú dotknuté oznamovacie povinnosti vyplývajúce zo všeobecne záväzných právnych predpisov.

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 spracovávaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES a v súlade so zákonom č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Osobné údaje zdravotná poisťovňa spracúva v súlade s právnymi predpismi o ochrane osobných údajov. Podrobné informácie sú na webovej stránke <https://www.union.sk/ochrana-osobnych-udajov/> v dokumente, ktorý je určený pre poskytovateľov.

4. 5. Poskytovateľ má právo na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej poistencovi v súlade so zmluvou a s predpismi uvedenými v bode 4.1. zmluvy v zmluvne dohodnutej lehote splatnosti. Poskytovateľ zodpovedá za úplnosť, správnosť a pravdivosť vykazovaných údajov o poskytnutej zdravotnej starostlivosti.

4. 6. Poskytovateľ je povinný:

- a) zdravotnej poisťovni doručiť kópiu právoplatného rozhodnutia o vydaní povolenia orgánom príslušným na vydanie povolenia z dôvodu vydania nového povolenia, a to v lehote desiatich kalendárnych dní odo dňa právoplatnosti tohto rozhodnutia; predložením nového právoplatného rozhodnutia o vydaní povolenia nedochádza k zmene rozsahu zdravotnou poisťovňou a poskytovateľom zmluvne dohodnutej zdravotnej starostlivosti¹; zmena rozsahu zdravotnej starostlivosti podľa prílohy č. 1 je možná len písomným dodatkom k zmluve podľa bodu 10.4. zmluvy alebo uzavretím novej zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti,
- b) zdravotnej poisťovni doručiť kópiu dokladu o vyznačení zmeny údajov v povolení vydaného orgánom príslušným na vydanie povolenia, ktorých zmena si nevyžaduje vydanie nového povolenia, a to v lehote desiatich kalendárnych dní odo dňa vykonania vyznačenia zmeny údajov v povolení,
- c) zdravotnej poisťovni doručiť kópiu právoplatného rozhodnutia o dočasnom pozastavení povolenia vydaného orgánom príslušným na vydanie povolenia, a to v lehote desiatich kalendárnych dní odo dňa jeho právoplatnosti; v prípade dočasného pozastavenia povolenia poskytovateľ nie je oprávnený vykonávať činnosť, na ktorú bol oprávnený podľa dočasne pozastaveného povolenia; poskytovateľ nemá právo vykazovať na úhradu zdravotnej poisťovni výkony zdravotnej starostlivosti odo dňa právoplatnosti rozhodnutia o dočasnom pozastavení povolenia do zrušenia tohto rozhodnutia; týmto nie je dotknuté právo poskytovateľa vykazovať a fakturovať zdravotnej poisťovni výkony zdravotnej starostlivosti, ktoré realizoval pred nadobudnutím právoplatnosti rozhodnutia o dočasnom pozastavení povolenia a kedy spĺňal všetky zákonné podmienky na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia,
- d) zdravotnej poisťovni doručiť kópiu právoplatného rozhodnutia o zrušení povolenia vydaného orgánom príslušným na zrušenie povolenia, a to v lehote desiatich kalendárnych dní odo dňa jeho právoplatnosti,
- e) overiť si pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti poistný vzťah poistenca k zdravotnej poisťovni a rozsah nároku poistenca na úhradu zdravotnej starostlivosti z verejného zdravotného poistenia s ohľadom na § 9 ods. 2 zákona č. 580/2004 Z. z.; ak poisteneц pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti nemá preukaz poistenca, alebo ak existuje dôvodná pochybnosť o jeho poistnom vzťahu k zdravotnej poisťovni, má poskytovateľ možnosť overiť si poistný vzťah poistenca na telefónnom čísle zákazníckeho centra zdravotnej poisťovne 0850 00 33 33 alebo na webovom sídle zdravotnej poisťovne; poskytovateľ má možnosť overiť si rozsah nároku poistenca na úhradu zdravotnej starostlivosti z verejného zdravotného poistenia na webovom sídle zdravotnej poisťovne; poskytovateľ pri vykazovaní zdravotnej starostlivosti na úhradu zdravotnej poisťovni postupuje v súlade s tým, že poisteneц uvedený v zozname dlžníkov má podľa príslušného všeobecne záväzného právneho predpisu právo len na úhradu neodkladnej zdravotnej starostlivosti zo strany zdravotnej poisťovne, ak príslušný všeobecne záväzný právny predpis neustanovuje inak,
- f) ak nie je v cenovej prílohe k tejto zmluve dohodnuté inak, pri poskytovaní zdravotných výkonov v zariadeniach ambulantnej zdravotnej starostlivosti prístrojovým vybavením, ktoré je nad rámec minimálneho materiálo-technického vybavenia stanoveného príslušným všeobecne záväzným právnym predpisom, predložiť zdravotnej poisťovni kópiu dokladu o vlastníctve alebo inom oprávnení využívať prístroj, certifikát k prístroju a písomne požiadať zdravotnú poisťovňu o schválenie poskytovania zdravotných výkonov poskytovaných uvedeným prístrojovým vybavením; zdravotnou poisťovňou schválené zdravotné výkony podľa predchádzajúcej vety, s uvedením kódu zdravotného výkonu a kódu odbornosti ambulantnej zdravotnej starostlivosti, tvoria prílohu č. 3 k zmluve,
- g) vykazovať poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súlade s nariadením vlády SR č. 777/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Zoznam chorôb, pri ktorých sa zdravotné výkony čiastočne uhrádzajú alebo sa neuhrádzajú na základe verejného zdravotného poistenia v znení neskorších predpisov, v súlade s nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov v znení neskorších predpisov, v súlade s opatrením Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 08813-OL-2016, ktorým sa ustanovuje zoznam zdravotných výkonov pre klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín, v súlade s výnosom Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09467/2015, ktorým sa ustanovujú pravidlá kódovania chorôb a pravidiel kódovania zdravotných výkonov, v súlade s platným metodickým usmernením o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou vydaným Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a v súlade s touto zmluvou; choroby podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení vykazovať v troj – až päťmiestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka. Poskytovateľ je povinný vykazovať poskytnutú zdravotnú starostlivosť podľa tohto písmena aj v prípade, že zdravotná starostlivosť je uhrádzaná formou paušálnej úhrady. V prípade, ak je zdravotná starostlivosť uhrádzaná formou paušálnej úhrady za urgentný príjem, poskytovateľ vykazuje poskytnutú zdravotnú starostlivosť podľa tohto písmena s nulovou hodnotou,

¹ Uvedené neplatí v prípade, kedy bolo poskytovateľovi vydané nové povolenie so zúženým rozsahom poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

- h) nevykazovať zdravotnej poisťovni na úhradu také zdravotné výkony a s nimi súvisiace vyšetrenia poistenca, ktoré sú indikované v súvislosti s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou, ktorá nie je uhrádzaná na základe verejného zdravotného poistenia,
- i) oznamovať zdravotnej poisťovni k poslednému dňu v kalendárnom mesiaci na tlačive predpísanom Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou každé poskytnutie zdravotnej starostlivosti poistencovi v dôsledku preukázaného porušenia liečebného režimu alebo užitia alkoholu alebo inej návykovej látky, ako aj úrazy alebo iné poškodenie zdravia poistenca, v súvislosti s ktorými poskytol poistencovi zdravotnú starostlivosť pri dôvodnom podozrení, že k úrazu alebo inému poškodeniu zdravia poistenca došlo zavineným protiprávnym konaním tretej osoby; smrteľné úrazy, ťažké úrazy, hromadné úrazy a choroby z povolania je poskytovateľ zdravotnej starostlivosti povinný oznamovať všetky bez výnimky,
- j) v prípade zmeny poskytovateľa zdravotnej starostlivosti poskytujúceho zdravotnú starostlivosť v špecializačnom odbore stomatológia poistencom po vykonaní preventívnej prehliadky v uvedenom medicínskom odbore, vyžiadať si od poistenca potvrdenie o vykonaní tejto preventívnej prehliadky u predchádzajúceho poskytovateľa zdravotnej starostlivosti a založiť ho do zdravotnej dokumentácie poistenca,
- k) vykazovať zdravotnú starostlivosť na úhradu zdravotnej poisťovni pravdivo a správne; zdravotná starostlivosť je vykázaná nepravdivo, ak poskytovateľ vykázal zdravotnej poisťovni na úhradu zdravotnú starostlivosť, ktorú preukázateľne neposkytol alebo ju preukázateľne neposkytol v takom rozsahu, ako ju vykázal; zdravotná starostlivosť je vykázaná nesprávne, ak poskytovateľ vykázal poskytnutú zdravotnú starostlivosť zdravotnej poisťovni v rozpore so zmluvou a/alebo predpisom/predpismi uvedenými v bode 4.1. zmluvy,
- l) viesť zdravotnú dokumentáciu v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi tak, aby obsahovala pravdivý a úplný prehľad o poskytnutej zdravotnej starostlivosti a aby údaje v zdravotnej dokumentácii boli čitateľné,
- m) dodržiavať poradie poistencov v zozname poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti, ktorý vedie zdravotná poisťovňa podľa všeobecne záväzného právneho predpisu, okrem prípadov neodkladného poskytovania zdravotnej starostlivosti,
- n) poskytovať zdravotnej poisťovni údaje:
- na) o poskytnutej zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia (okrem údajov o zdravotnej starostlivosti poskytnutej v špecializačnom odbore psychiatria alebo v špecializačnom odbore detská psychiatria) podľa zoznamu zdravotných výkonov pre klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín a podľa zoznamu chorôb kódovaných podľa pravidiel kódovania chorôb a pravidiel kódovania zdravotných výkonov určených príslušným všeobecne záväzným právnym predpisom
 - nb) o nákladoch na poskytnutú zdravotnú starostlivosť uhrádzanú na základe verejného zdravotného poistenia okrem údajov o nákladoch na zdravotnú starostlivosť poskytnutú v špecializačnom odbore psychiatria alebo v špecializačnom odbore detská psychiatria
- poskytovateľ v každom prípade poskytuje údaje zdravotnej poisťovni na základe jej predchádzajúcej žiadosti v rozsahu ako ich poskytuje Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a v lehote určenej zdravotnou poisťovňou; ak údaje požadované zdravotnou poisťovňou obsahujú osobné údaje, ktoré v zmysle všeobecne záväzného právneho predpisu/predpisov nemožno poskytnúť tretej osobe bez súhlasu dotknutej osoby, poskytovateľ takéto osobné údaje pred ich poskytnutím zdravotnej poisťovni upraví do takej podoby, v ktorej ich nemožno priradiť dotknutej osobe, ktorej sa týkajú; týmto nie je dotknutá možnosť poskytovateľa poskytnúť zdravotnej poisťovni osobný údaj, s ktorého poskytnutím zdravotnej poisťovni dotknutá osoba udelila súhlas,
- o) v prípade indikácie výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, ktoré sú zahrnuté do spektra výkonov uhrádzaných v rámci preventívnej prehliadky, vystaviť samostatnú žiadamku,
- p) v súvislosti so zoznamom poistencov zdravotnej poisťovne čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti vedeným podľa zákona č. 540/2021 Z. z. (ďalej len „zoznam čakajúcich poistencov“) postupovať v súlade s týmto zákonom a ďalšími súvisiacimi právnymi predpismi,
- q) od 1.1.2025 postupovať tak, aby u poistencov zdravotnej poisťovne zaradených do zoznamu čakajúcich poistencov bez objektívnych dôvodov nedochádzalo k prekročeniu maximálnej lehoty plánovanej zdravotnej starostlivosti určenej príslušným všeobecne záväzným právnym predpisom; na účely tejto povinnosti sa za objektívny dôvod považuje najmä nedostatok potrebných personálnych, priestorových a/alebo materiálno-technických kapacít poskytovateľa napriek tomu, že poskytovateľ spĺňa požiadavky na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie určené príslušnými všeobecne záväznými právnymi predpismi, rozhodnutia alebo iné akty orgánov verejnej moci, ak v dôsledku ich dodržiavania nie je možné dodržať maximálne lehoty v zmysle tejto povinnosti,
- r) pravdivo, korektne a neskreslene informovať poistencov o podmienkach poskytovania zdravotnej starostlivosti poistencom a úhrady tejto zdravotnej starostlivosti zdravotnou poisťovňou,
- s) počas trvania hospitalizačného prípadu a počas hospitalizácie na DRG nerelevantnom oddelení, ktorej predchádzala hospitalizácia na DRG relevantnom oddelení a/alebo ktorá pokračovala hospitalizáciou na DRG relevantnom oddelení, v prípade odporúčenia ambulantnej zdravotnej starostlivosti, vrátane zdravotnej starostlivosti poskytovanej zariadením spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, a/alebo služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti na odporúčenie (napr. žiadanka alebo výmenný lístok) na poskytnutie tejto zdravotnej starostlivosti resp. služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti uviesť jednoznačný identifikátor súvisiaceho hospitalizačného prípadu (ďalej len „ID hospitalizačného prípadu“) vytvorený podľa platného metodického usmernenia o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, kód odporúčajúceho poskytovateľa (ambulancia alebo oddelenie) a dátum odporúčenia,
- t) dodržiavať všetky požiadavky na materiálno-technické a personálne vybavenie podľa Výnosu Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 10. septembra 2008 č. 09812/2008-OL o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v znení neskorších

predpisov a Výnosu Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 44/2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno - technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v znení neskorších predpisov,

u) zdravotnej poisťovni doručiť kópiu zmluvy o spolupráci (vrátane jej prípadných dodatkov) uzavretú medzi hlavnou nemocnicou a partnerskou nemocnicou podľa zákona č. 540/2021 Z. z.; na účely splnenia tejto povinnosti postačuje, aby kópiu zmluvy o spolupráci doručila zdravotnej poisťovni len jedna zo zmluvných strán zmluvy o spolupráci (vrátane jej prípadných dodatkov).

4. 7. Poskytovateľ ambulantnej zdravotnej starostlivosti formou písomnej žiadanky objednáva u zmluvného poskytovateľa zdravotnej poisťovne prepravu poistenca v priamej súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti z miesta bydliska do zdravotníckeho zariadenia a späť alebo medzi dvoma zdravotníckymi zariadeniami, z nasledovných dôvodov

- a) zdravotný stav neumožňuje poistencovi samostatný pohyb alebo prepravu prostriedkami verejnej hromadnej dopravy, a/alebo
- b) poistenec je zaradený do chronického dialyzačného programu alebo do transplantáčného programu a preprava sa týka zdravotnej starostlivosti súvisiacej s týmito programami,
- c) poskytovateľ objednáva prepravu pacienta na tlačive „Príkaz na dopravu“; objednanie prepravy odôvodní a vyznačí v zdravotnej dokumentácii poistenca.

4. 8. Poskytovateľ je oprávnený odporučiť alebo inak odoslať poistenca na poskytnutie zdravotnej starostlivosti k inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti iba v prípade ak:

- a) ide o zdravotnú starostlivosť, na ktorej poskytnutie sa vyžaduje taký druh zdravotníckeho zariadenia, ktorý poskytovateľ neprevádzkuje, alebo ide o takú medicínsku odbornosť, v rámci ktorej poskytovateľ neprevádzkuje potrebný druh zdravotníckeho zariadenia,
- b) ide o zdravotnú starostlivosť, ktorá nie je predmetom zmluvného vzťahu medzi poskytovateľom a zdravotnou poisťovňou, alebo
- c) materiálno-technické a/alebo personálne vybavenie poskytovateľa neumožňuje poskytnúť poistencovi potrebnú zdravotnú starostlivosť.

4. 9. Poskytovateľ indikuje a predpisuje humánne lieky, dietetické potraviny a zdravotnícke pomôcky v súlade s preskripčnými a indikačnými obmedzeniami, množstvovými a finančnými limitmi uvedenými v zozname kategorizovaných liekov, v zozname kategorizovaných zdravotníckych pomôcok a v zozname kategorizovaných dietetických potravín podľa zákona č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o liekoch a zdravotníckych pomôckach“); v prípade zoznamov uvedených v tomto bode je vždy rozhodujúce ich znenie platné v čase indikácie alebo predpisania lieku, zdravotníckej pomôcky alebo dietetickej potraviny. Ak ide o liečivo uvedené v prílohe č. 1 k zákonu o liekoch a zdravotníckych pomôckach, predpisujúci lekár je povinný predpísať humánny liek s obsahom tohto liečiva uvedením názvu liečiva za dodržania podmienok ustanovených v § 119 ods. 5 zákona o liekoch a zdravotníckych pomôckach. Pri predpisovaní humánneho lieku spôsobom podľa predchádzajúcej vety a zdravotníckej pomôcky a dietetickej potraviny je predpisujúci lekár povinný postupovať účelne a hospodárne podľa súčasných poznatkov farmakoterapie a plniť ostatné povinnosti podľa § 119 zákona o liekoch a zdravotníckych pomôckach.

Poskytovateľ predpisuje očkovačie látky na lekárskom predpise v maximálnom množstve jednej dávky (injekcia/ampula) v reálnom čase plánovaného očkovania podľa dávkovacej schémy uvedenej v súhrne charakteristických vlastností lieku alebo podľa očkovačieho kalendára pre povinné pravidelné očkovanie detí a dospelých, ktorý vydáva Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky, v súlade s indikačným a preskripčným obmedzením. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností, očkovanie poistenca mimo termínov určených očkovačím kalendárom z objektívnych dôvodov, prípadne na základe požiadavky poistenca alebo jeho zákonného zástupcu, sa nepovažuje za porušenie postupu poskytovateľa pri predpisovaní očkovačie látky podľa tohto bodu.

4. 10. Poskytovateľ lieky a zdravotnícke pomôcky, ktoré mu obstarala a dodala zdravotná poisťovňa, vykazuje na úhradu zdravotnej poisťovni s nulovou hodnotou súčasne s vykázaním výkonu podania lieku, alebo zdravotníckej pomôcky. V prípade registrovaného lieku, ktorý nemá úradne určenú cenu a ani nie je uvedený ako prípočítateľná položka v platnom Katalógu prípadových paušálov, zdravotná poisťovňa postupuje podľa § 88 ods. 7 a nasl. zákona č. 363/2011 Z. z.

4. 11. Zdravotná poisťovňa je povinná uhradiť poskytovateľovi zdravotnú starostlivosť uhrádzanú na základe verejného zdravotného poistenia, poskytnutú jej poistencom, v súlade s touto zmluvou a v súlade predpismi uvedenými v bode 4.1. zmluvy v lehote splatnosti dohodnutej v zmluve.

4. 12. Zdravotná poisťovňa sa zaväzuje, že všetky zmeny vo výkazníctve poskytovaných výkonov zdravotnej starostlivosti, okrem tých, ktoré vyplývajú zo všeobecne záväzných právnych predpisov, oznámi poskytovateľovi najmenej dva mesiace pred plánovaným vykonaním zmeny.

4. 13. Postupy neupravené touto zmluvou môžu zmluvné strany riešiť dohodovacím rokovaním štatutárnych orgánov alebo nimi splnomocnených zástupcov v mieste sídla zdravotnej poisťovne. O priebehu a ukončení dohodovacieho rokovania sa spíše záznam, ktorý potvrdia zmluvné strany svojim podpisom. V prípade, že niektorá zmluvná strana odmietne podpísať záznam o dohodovacom rokovaní, uvedie sa táto skutočnosť v zázname. V takomto prípade sa považuje dohodovacie rokovanie za bezvýsledné; tým nie sú dotknuté práva ktorejkoľvek zmluvnej strany domáhať sa ochrany svojich práv a uplatňovania si nárokov prostredníctvom súdu. Dohodovacie rokovanie sa uskutoční spravidla do štrnástich dní od doručenia písomného návrhu na jeho konanie druhej zmluvnej strane. Dohodovacie rokovanie sa končí spísaním záznamu o jeho ukončení alebo odmietnutím podpísania záznamu o ukončení dohodovacieho rokovania jednou zo zmluvných strán.

4.14. Zdravotná poisťovňa uhradza zdravotnú starostlivosť, ktorú poskytovateľ v Slovenskej republike poskytol poistencom členských štátov Európskej únie, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu, Švajčiarska alebo cudzincom zo štátov, s ktorými má Slovenská republika uzatvorené medzinárodné dohody o poskytnutí zdravotnej starostlivosti (ďalej len „poistenci EÚ“), v rozsahu a za podmienok určených príslušnými všeobecne záväznými právnymi predpismi alebo príslušnou medzinárodnou zmluvou a za rovnakých zmluvných podmienok ako zdravotnú starostlivosť poskytnutú poistencom; to neplatí, ak je v príslušnej prílohe zmluvy dohodnutý spôsob úhrady zdravotnej starostlivosti formou ceny kapitácie, v takomto prípade sa pri dodržaní všetkých ostatných podmienok zdravotná starostlivosť uhradza v rozsahu poskytnutých zdravotných výkonov.

4.15. Poskytovateľ udeľuje súhlas s poskytovaním akýchkoľvek dôverných štatistických údajov, ktoré poskytol Národnému centru zdravotníckych informácií na základe všeobecne záväzného právneho predpisu/predpisov a ktoré sa ho týkajú, zdravotnej poisťovni. Údaje podľa toho bodu zmluvy budú použité za účelom účelného, efektívneho a hospodárneho vynakladania finančných prostriedkov z verejného zdravotného poistenia.

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 elektronicke 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. Poskytovateľ sa zaväzuje, že bude poistencom poisťovne poskytovať zdravotnú starostlivosť na najvyššej možnej úrovni čo do kvality, rozsahu aj štruktúry. Za predpokladu, že nebude ohrozené poskytovanie neodkladnej zdravotnej starostlivosti, poskytovateľ umožní poistencom objednať sa na konkrétny termín, pričom pri objednávaní zohľadní najmä zdravotný stav objednávaného poistenca.

Článok V **Globálny rozpočet**

5.1. Zmluvné strany sa dohodli, že zdravotná poisťovňa uhradí v súlade s touto zmluvou vykázanú a zdravotnou poisťovňou uznanú zdravotnú starostlivosť (ďalej len „uznaná zdravotná starostlivosť“) bližšie určenú v prílohe č. 2a (okrem špecializovanej ambulantnej starostlivosti, gynekologickej špecializovanej ambulantnej starostlivosti, všeobecnej ambulantnej starostlivosti, ambulantnej pohotovostnej služby, urgentného príjmu, spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, priamo hradených výkonov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, zubno–lekárskej pohotovostnej služby,

záchrannej zdravotnej služby, výkonov asistovanej reprodukcie, mobilného hospicu), v prílohe č. 2b zmluvy, v prílohe č. 2c zmluvy (okrem vybraných DRG skupín určených v časti V. prílohy č. 2c zmluvy) a uznaný špeciálny zdravotnícky materiál² (ak ho poskytovateľ vykazuje, ak náklady na špeciálny zdravotnícky materiál podľa zmluvy a/alebo podľa niektorého z predpisov uvedeného v bode 4.1. zmluvy nie sú zahrnuté v úhrade za zdravotnú starostlivosť v súvislosti, s ktorou bol špeciálny zdravotnícky materiál použitý, a ak nejde o pripočítateľné položky vykázané k DRG skupinám určeným v časti V. prílohy č. 2c zmluvy) poskytnutý v príslušnom kalendárnom mesiaci poistencom zdravotnej poisťovne (okrem poistencov EÚ) najviac do výšky celkovej mesačnej úhrady (ďalej len „globálny rozpočet“). Ak nie je dojednané inak, zdravotná starostlivosť, na ktorú sa podľa tohto bodu globálny rozpočet nevzťahuje, sa uhrádza bez určenia finančného rozsahu a v cenách uvedených v príslušných prílohách.

5.2. Výška globálneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac je:

- a) **701 507,- eur**, ak v súvislosti s vyplácaním „Mimoriadnej úhrady ÚZS“ v celkovej sume 191 000 000 €³ v zmysle Tabuľky č. 1 v prílohe č. 1 k vyhláske č.64/2025 Z. z. pre daný kalendárny mesiac z písm. b) alebo c) tohto bodu zmluvy nevyplyva iná výška globálneho rozpočtu,
- b) **956 838,- eur** v období od 01.05.2025 do 31.05.2025,
- c) **854 706,- eur** v období od 01.07.2025 do 31.07.2025.

5.3. V prípade, že v danom kalendárnom mesiaci poskytovateľ poskytne poistencom uznanú zdravotnú starostlivosť a špeciálny zdravotnícky materiál v takom rozsahu, že celková suma úhrady pri uplatnení jednotlivých výšok úhrad uvedených v príslušných prílohách zmluvy by bola nižšia ako je globálny rozpočet, jednotlivé výšky úhrad za poskytnutú uznanú zdravotnú starostlivosť sa pre daný kalendárny mesiac pomerne zvýšia tak, že celková suma úhrady sa rovná globálnemu rozpočtu.

5.4. V prípade, že v danom kalendárnom mesiaci poskytovateľ poskytne poistencom uznanú zdravotnú starostlivosť a špeciálny zdravotnícky materiál v takom rozsahu, že celková suma úhrady pri uplatnení jednotlivých výšok úhrad uvedených v príslušných prílohách zmluvy by bola vyššia ako je globálny rozpočet, jednotlivé výšky úhrad za poskytnutú uznanú zdravotnú starostlivosť sa pre daný kalendárny mesiac pomerne znížia tak, že výsledná suma úhrady sa rovná globálnemu rozpočtu.

5.5. Ak poskytovateľ počas sledovaného obdobia poskytne poistencom uznanú zdravotnú starostlivosť a špeciálny zdravotnícky materiál v takom rozsahu, že celková suma úhrady by pri uplatnení výšok úhrad za zdravotnú starostlivosť uvedených v príslušných prílohách bola v priemere za kalendárny mesiac o viac ako 20 % vyššia ako globálny rozpočet, zvyšuje sa globálny rozpočet o 10 %. Ak poskytovateľ počas sledovaného obdobia poskytne poistencom uznanú zdravotnú starostlivosť a špeciálny zdravotnícky materiál v takom rozsahu, že celková suma úhrady by pri uplatnení výšok úhrad za zdravotnú starostlivosť uvedených v príslušných prílohách bola v priemere za kalendárny mesiac o viac ako 20 % nižšia ako globálny rozpočet, znižuje sa globálny rozpočet o 10 %. Sledovaným obdobím pre účely tohto bodu je prvých šesť po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov z obdobia, počas ktorého bola v každom kalendárnom mesiaci výška globálneho rozpočtu rovnaká. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností sa zmluvné strany dohodli, že ak nedôjde k zmene globálneho rozpočtu, nové sledované obdobie začína plynúť bezprostredne po skončení predchádzajúceho sledovaného obdobia; ak dôjde k zmene globálneho rozpočtu, nové sledované obdobie začína plynúť od kalendárneho mesiaca (vrátane), v ktorom sa uplatní nová výška globálneho rozpočtu. Globálny rozpočet zvýšený alebo znížený na základe tohto bodu zmluvy sa uplatní najskôr od štvrtého kalendárneho mesiaca nasledujúceho po skončení príslušného sledovaného obdobia. Pre účely tohto bodu sa berie do úvahy globálny rozpočet platný počas sledovaného obdobia a zdravotná starostlivosť a špeciálny zdravotnícky materiál v rozsahu uznanom zdravotnou poisťovňou najneskôr k 10.dňu tretieho kalendárneho mesiaca po skončení sledovaného obdobia. Druhá veta bodu 5.5. zmluvy sa nepoužije, ak by bez uplatnenia vzorca uvedeného v bode 2 časti II. prílohy č. 2c zmluvy nebol rozsah zdravotnou poisťovňou uznannej zdravotnej starostlivosti a špeciálneho zdravotníckeho materiálu poskytnutej počas sledovacieho obdobia v priemere za kalendárny mesiac o 20% nižší ako globálny rozpočet.

5.6. Prvá veta bodu 5.5. zmluvy sa nepoužije, ak za sledované obdobie priemerný mesačný casemix index poskytovateľa stúpne o viac ako 5% v porovnaní s priemerným mesačným casemix indexom poskytovateľa za bezprostredne predchádzajúci kalendárny rok. Casemix indexom poskytovateľa sa rozumie podiel súčtu relatívnych váh všetkých hospitalizačných prípadov vykázaných do zdravotnej poisťovne a ňou uznaných za príslušné obdobie a počtu všetkých hospitalizačných prípadov vykázaných do zdravotnej poisťovne a ňou uznaných za príslušné obdobie.

5.7. Každá zo zmluvných strán na písomnú výzvu druhej zmluvnej strany pristúpi k rokovaniu o uzavretí dodatku ku zmluve alebo novej zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktorou sa upraví globálny rozpočet, ak:

- a) dôjde k zásadnej zmene rozsahu alebo druhu zdravotnej starostlivosti, ktorú poskytovateľ poskytuje poistencom, ak tieto zmeny mali preukázateľný vplyv na počet poistencov, ktorým poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť,
- b) dôjde k legislatívnej a/alebo inej právne záväznej regulačnej úprave zdravotníckej autority majúcej vplyv na rozsah a úhradu poskytnutej zdravotnej starostlivosti,
- c) poskytovateľ poruší povinnosť podľa bodu 4.6. písm. q) a/alebo 4.8. zmluvy alebo ak hrozí porušenie čo i len jednej z týchto povinností, alebo
- d) zdravotná poisťovňa zistí nedostatky v účelnosti, efektívnosti a hospodárnosti vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia, rozsahu a kvalite poskytovanej zdravotnej starostlivosti, dodržiavaní všeobecne záväzných právnych predpisov a zmluvných podmienok v dôsledku konania poskytovateľa.

² Na účely čl. V sa špeciálnym zdravotníckym materiálom rozumie špeciálny zdravotnícky materiál, ktorý je v čase jeho použitia zaradený do platného Zoznamu kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov v zmysle zákona č. 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „Zoznam ŠZM“), a špeciálny zdravotnícky materiál, ktorý nie je zaradený v Zozname ŠZM a ktorého úhradu zdravotná poisťovňa schválila.

5.8. Ustanovenia článkov VI a VII zmluvy sa vykladajú a aplikujú tak, aby bol naplnený účel článku V zmluvy. Ustanovenie bodov 8.1. a 8.2. zmluvy sa v prípade zdravotnej starostlivosti hradenej globálnym rozpočtom nepoužívajú.

Článok VI

Splatnosť úhrady zdravotnej starostlivosti a platobné podmienky

6.1. Poskytovateľ zdravotnej poisťovni predkladá účtovný doklad – faktúru (ďalej len „faktúra“) za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v zúčtovacom období, spravidla do 10-tich kalendárnych dní po uplynutí tohto zúčtovacieho obdobia, ak v zmluve nie je dojednané inak. Zúčtovacím obdobím je celý kalendárny mesiac. V prípade doručenia faktúry pred uplynutím zúčtovacieho obdobia sa za deň doručenia faktúry považuje prvý kalendárny deň nasledujúceho mesiaca. Poskytovateľ je povinný predložiť faktúru výlučne spôsobom uvedeným v bode 9.2. zmluvy a to v členení podľa druhu zmluvne dohodnutých druhov poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Ak nie je pre osobitné prípady uvedené v zmluve alebo v prílohách k zmluve dohodnuté inak, poskytovateľ vyvinie maximálne úsilie, aby pre účely úhrady zdravotnej starostlivosti hradenej globálnym rozpočtom používal iba jednu samostatnú faktúru za jedno zúčtovacie obdobie. Vzhľadom na povahu globálneho rozpočtu poskytovateľ berie na vedomie, že v prípade vystavenia viac ako jednej faktúry za jedno zúčtovacie obdobie, zdravotná poisťovňa uhradí celý globálny rozpočet iba ku jednej faktúre. Bezprostredne predchádzajúcimi dvoma vetami nie sú dotknuté oprávnenia zdravotnej poisťovne podľa čl. VI a VII zmluvy a ani úhrada zdravotnej starostlivosti, ktorá nie je hradená globálnym rozpočtom. Poskytovateľ paušálnu úhradu za urgentný príjem 1. typu a/alebo 2. typu a/alebo paušálnu úhradu za ambulantnú pohotovostnú službu a výkony ambulantnej pohotovostnej služby vykazuje jednou osobitnou faktúrou za jedno zúčtovacie obdobie.

6.2. Povinnou prílohou faktúry za poskytovanie zdravotnej starostlivosti sú elektronicky spracované dávky obsahujúce zoznam poskytnutých zdravotných výkonov, a to vykázané poskytovateľom zdravotnej poisťovni v zmysle príslušných právnych predpisov.

Ak predmetom zmluvy podľa prílohy č. 1 k tejto zmluve je:

- a) poskytovanie domácej ošetrovateľskej starostlivosti, povinnou prílohou faktúry pri prvej fakturácii poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti poistencovi je aj návrh na poskytnutie ošetrovateľskej starostlivosti tomuto poistencovi v písomnej alebo elektronickej podobe,
- b) poskytovanie jednodňovej zdravotnej starostlivosti, povinnou prílohou faktúry v prípade následných komplikácií a následných hospitalizácií po výkonoch jednodňovej zdravotnej starostlivosti je aj hlásenie o následnej komplikácii alebo následnej hospitalizácii po výkonoch jednodňovej zdravotnej starostlivosti v písomnej alebo elektronickej podobe.

6.3. Zdravotná poisťovňa vykoná kontrolu formálnej správnosti doručenej faktúry; pod kontrolou formálnej správnosti zmluvné strany rozumejú kontrolu povinných náležitostí doručenej faktúry podľa platných právnych predpisov a jej príloh podľa bodu 6.2. zmluvy. Ak zdravotná poisťovňa zistí, že faktúra nie je v zmysle predchádzajúcej vety formálne správna, vráti (zašle) ju poskytovateľovi najneskôr do 10-tich dní odo dňa jej doručenia na jej doplnenie alebo opravu spolu s uvedením dôvodu vrátenia. V prípade vrátenia formálne nesprávnej faktúry poskytovateľovi plyní lehota stanovená pre kontrolu vecnej správnosti údajov, uvedená v bode 6.4. zmluvy a lehota splatnosti dohodnutá v bode 6.9. zmluvy, odo dňa opätovného doručenia formálne správnej faktúry do zdravotnej poisťovne.

6.4. U formálne správnej faktúry vykoná zdravotná poisťovňa najneskôr do 25-tich dní odo dňa jej doručenia kontrolu vecnej správnosti údajov uvedených vo faktúre a jej prílohách. Zdravotná poisťovňa najmä preverí, či osoby, ktorým poskytovateľ v zúčtovacom období zdravotnú starostlivosť poskytol, boli v čase poskytnutia zdravotnej starostlivosti poistencami zdravotnej poisťovne, alebo osobami, ktorým mohla byť poskytnutá zdravotná starostlivosť hradená zdravotnou poisťovňou. Zdravotná poisťovňa ďalej vykoná kontrolu, či zdravotná starostlivosť bola vykázaná v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi a s touto zmluvou.

6.5. Ak zdravotná poisťovňa zistí, že vo faktúre a jej prílohách sú uvedené nesprávne, nepravdivé alebo neúplné údaje alebo sú vykázané v rozpore s touto zmluvou, spracuje tieto zistenia do elektronického chybového protokolu³ (ďalej len „protokol sporných dokladov“); pričom oprávnenie zdravotnej poisťovne vykonať u poskytovateľa kontrolu všetkých údajov uvedených vo faktúre a jej prílohách v súlade s článkom VII zmluvy nie je týmto dotknuté. Zdravotná poisťovňa protokol sporných dokladov zašle poskytovateľovi najneskôr do 25-tich dní odo dňa doručenia formálne správnej faktúry. Spolu s protokolom sporných dokladov zdravotná poisťovňa zašle poskytovateľovi aj súhrnný prehľad výsledku spracovania zdravotných výkonov (ďalej len „lekársky protokol“) a zdravotnou poisťovňou vystavený opravný účtovný doklad (dobropis alebo ťarchopis) na sumu vo výške rozdielu medzi poskytovateľom fakturovanou sumou a sumou uznanou zdravotnou poisťovňou podľa lekárskeho protokolu. Ak ide o zdravotnú starostlivosť hradenú podľa systému diagnosticko-terapeutických skupín, súhrnný prehľad spracovania zdravotných výkonov obsahuje aj rekapituláciu hospitalizačných prípadov, vrátane ich zaradenia do diagnosticko-terapeutických skupín a rekapituláciu výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek poskytnutých počas poskytovania ústavnej zdravotnej starostlivosti hradenej podľa systému DRG a zahrnutých v úhrade za hospitalizačný prípad.

6.6. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi faktúru vo výške sumy určenej podľa lekárskeho protokolu, ak poskytovateľ vystaví a zdravotnej poisťovni doručí opravný účtovný doklad (dobropis alebo ťarchopis) na sumu vo výške rozdielu medzi ním fakturovanou sumou a sumou určenou zdravotnou poisťovňou podľa lekárskeho protokolu, alebo zdravotnej poisťovni doručí pečiatkou a svojim podpisom potvrdený opravný účtovný doklad vystavený a poskytovateľovi doručený zdravotnou poisťovňou podľa bodu 6.5. zmluvy. Doručením formálne a vecne správneho

³ Podľa Metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou č. 6/2013.

opravného účtovného dokladu zdravotnej poisťovni sa faktúra považuje za vecne správnu. Tým nie je dotknuté právo poskytovateľa na postup podľa bodu 6.7. zmluvy.

6.7. Ak poskytovateľ napriek zaslaní opravného účtovného dokladu podľa bodu 6.6. zmluvy nesúhlasí so skutočnosťami uvedenými v protokole sporných dokladov, má právo ich reklamovať a písomne odôvodniť vykázanie neuznaných zdravotných výkonov zdravotnej poisťovni do 10-ich dní od doručenia lekárskeho protokolu. Zdravotná poisťovňa zašle poskytovateľovi písomné stanovisko k podanej reklamácií do 10-ich dní od jej doručenia. Ak zdravotná poisťovňa akceptuje vykázanie reklamovaných sporných zdravotných výkonov alebo ich časti, poskytovateľ vystaví samostatnú faktúru len na akceptované reklamované zdravotné výkony alebo ich časť podľa platných dátových rozhraní a predloží ju zdravotnej poisťovni na úhradu. Prílohou tejto faktúry je elektronicky spracovaná dávka podľa platných dátových rozhraní v rozsahu akceptovanej reklamácie. Faktúra je vystavená za obdobie, v ktorom bola poskytnutá reklamovaná zdravotná starostlivosť. Toto nemá vplyv na skutočnosti uvedené v bode 6.9. zmluvy.

6.8. Ak zdravotná poisťovňa neakceptuje reklamáciu poskytovateľa podľa bodu 6.7. zmluvy, poskytovateľ môže požiadať zdravotnú poisťovňu o rokovanie do 10-tich dní od doručenia písomného stanoviska zdravotnej poisťovne k podanej reklamácií. Rozpor obidve zmluvné strany prerokujú v sídle zdravotnej poisťovne do 40-tich dní od doručenia lekárskeho protokolu. O výsledku rokovania zdravotná poisťovňa vyhotoví písomný záznam, ktorého jeden rovnopis zašle najneskôr do 10-ich dní od skončenia rokovania poskytovateľovi. V prípade, že výsledkom rokovania zmluvných strán bude akceptácia reklamovaných nehradených zdravotných výkonov alebo len ich časti, poskytovateľ vystaví samostatnú faktúru na zdravotné výkony v rozsahu rokovaním akceptovanej reklamácie nehradených zdravotných výkonov. Prílohou tejto faktúry je elektronicky spracovaná dávka na podľa platných dátových rozhraní v rozsahu rokovaním akceptovanej reklamácie. Faktúra je vystavená za obdobie, v ktorom bola poskytnutá reklamovaná zdravotná starostlivosť. Toto nemá vplyv na skutočnosti uvedené v bode 6.9. zmluvy.

6.9. Zmluvné strany sa dohodli, že splatnosť formálne a vecne správnej faktúry je 30 dní odo dňa jej doručenia do zdravotnej poisťovne. V prípade doručenia vecne nesprávnej faktúry, podľa bodu 6.3. zmluvy sa faktúra považuje za formálne a vecne správnu až dorúčením formálne a vecne správneho opravného účtovného dokladu. V prípade, že formálne a vecne správny opravný účtovný doklad je doručený do 25-tich dní od doručenia vecne nesprávnej faktúry, splatnosť takto opravenej faktúry je 30 dní od doručenia vecne nesprávnej faktúry do zdravotnej poisťovne. V prípade, že formálne a vecne správny opravný účtovný doklad je doručený po 25-tom dni od doručenia vecne nesprávnej faktúry, splatnosť takto opravenej faktúry je 5 pracovných dní odo dňa doručenia formálne a vecne správneho opravného účtovného dokladu do zdravotnej poisťovne.

6.10. K splneniu záväzku zdravotnej poisťovne dôjde dňom pripísania finančných prostriedkov za poskytnutú zdravotnú starostlivosť na účet poskytovateľa.

6.11. Faktúry, ako aj opravné účtovné doklady sa považujú za doručené do zdravotnej poisťovne, ak sú doručené priamo na adresu sídla zdravotnej poisťovne, uvedené neplatí v prípade doručovania podľa bodu 9.2. zmluvy.

6.12. Ak v prípade zdravotnej starostlivosti hradnej podľa systému DRG hospitalizačný prípad nie je vykázaný správne a z tohto dôvodu nebol zdravotnou poisťovňou uznaný a uhradený, má poskytovateľ právo ho opätovne vykázať na úhradu zdravotnej poisťovni. Týmto bodom nie je dotknuté oprávnenie zdravotnej poisťovne vykonať u poskytovateľa kontrolu vykazovania zdravotnej starostlivosti podľa systému DRG v súlade s článkom VII zmluvy.

6.13. Za správne vykázaný hospitalizačný prípad sa považuje hospitalizačný prípad vykázaný na úhradu zdravotnej poisťovni v súlade pravidlami kódovania chorôb a pravidlami kódovania zdravotných výkonov podľa príslušného všeobecne záväzného právneho predpisu a v súlade s ostatnými príslušnými podmienkami úhrady zdravotnej starostlivosti zdravotnou poisťovňou.

Článok VII Kontrolná činnosť

7.1. Zdravotná poisťovňa vykonáva kontrolnú činnosť u poskytovateľa zameranú na účelnosť, efektívnosť a hospodárnosť vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia, rozsah a kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti, dodržiavanie všeobecne záväzných právnych predpisov, vykazovanie zdravotnej starostlivosti hradenej podľa systému DRG a ďalších zmluvných podmienok. Zdravotná poisťovňa je oprávnená vykonať kontrolnú činnosť (ďalej len „kontrola“) u poskytovateľa kedykoľvek aj bez predchádzajúceho oznámenia. Zdravotná poisťovňa môže vykonávať kontrolnú činnosť aj ako kontrolu na diaľku podľa príslušných ustanovení zákona č. 581/2004 Z. z. a podľa bodov 7.4. písm. c), 7.5. až 7.12. tohto článku.

7.2. Zdravotná poisťovňa vykonáva kontrolnú činnosť podľa bodu 7.1. zmluvy revíznymi lekármi, revíznymi farmaceutmi a revíznymi sestrami; ak ide o kontrolu hospodárenia vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia, dodržiavania všeobecne záväzných právnych predpisov a/alebo zmluvných podmienok, aj inými zamestnancami poverenými výkonom kontroly na základe písomného poverenia na výkon kontroly (ďalej len „poverená osoba“).

7.3. Poverené osoby sa pred vykonaním kontroly preukážu platným písomným poverením na vykonanie kontroly a služobným preukazom. Poverené osoby vykonávajú vopred oznámenú kontrolu spravidla v pracovných dňoch v čase schválených ordinačných hodín, pokiaľ sa s poskytovateľom v jednotlivom prípade nedohodnú inak. Pokiaľ zdravotná poisťovňa vykonáva kontrolu bez predchádzajúceho oznámenia, kontrolu vykonáva v čase schválených ordinačných hodín, pričom kontrola nesmie v tomto prípade podstatným spôsobom narušiť bežnú prevádzku pracovísk poskytovateľa.

7.4. Poverené osoby sú pri výkone kontroly oprávnené:

- a) vstupovať do objektov, zariadení a prevádzok, na pozemky a do iných priestorov kontrolovaného subjektu, ak bezprostredne súvisia s predmetom kontroly,
- b) vyžadovať od kontrolovaného poskytovateľa a jeho zamestnancov, aby jej v určenej lehote poskytovali k nahliadnutiu originály dokladov, vyjadrenia a informácie, vrátane dátových médií, potrebných na výkon kontroly,
- c) vyžadovať súčinnosť kontrolovaného poskytovateľa a jeho zamestnancov,
- d) vyhotoviť si výpisy, odpisy alebo kópie listín, dokladov a dokumentov súvisiacich s výkonom a predmetom kontroly, potrebné k preukázateľnosti kontrolných zistení.

7.5. Poskytovateľ je povinný umožniť povereným osobám vykonanie kontroly a poskytnúť im požadované informácie, všetky požadované listiny, ktoré je povinný viesť a archivovať v zmysle príslušných právnych predpisov, potrebnú súčinnosť pri výkone kontroly a zdržať sa konania, ktoré by mohlo mať výkon kontrolnej činnosti. Na neskôr predložené požadované informácie alebo dokumenty zdravotná poisťovňa nemusí prihladiť.

7.6. O záveroch kontroly kontrolná skupina vypracuje:

- a) záznam o kontrole, ak kontrolou nezistí porušenie všeobecne záväzných právnych predpisov alebo porušenie podmienok zmluvy; dorúčením záznamu o kontrole poskytovateľovi sa kontrola považuje za skončenú,
- b) protokol o kontrole, ak kontrolou zistí porušenie všeobecne záväzných právnych predpisov alebo porušenie podmienok zmluvy.

7.7. Poverené osoby vypracujú protokol o kontrole podľa bodu 7.6., písm. b) zmluvy, ktorý zašlú poskytovateľovi v lehote do 20 kalendárnych dní odo dňa skončenia kontroly. Protokol o kontrole sa doručuje štatutárnemu zástupcovi poskytovateľa osobne proti podpisu alebo doporučenou poštou alebo kuriérnou službou na adresu sídla poskytovateľa alebo prostredníctvom podateľne poskytovateľa.

7.7. Poskytovateľ má právo podať písomne námietky proti kontrolným zisteniam a záverom uvedeným v protokole o kontrole do 20 kalendárnych dní odo dňa doručenia protokolu o kontrole. Zdravotná poisťovňa sa k podaným námietkam vyjadrí písomne alebo osobne prerokuje podané námietky s poskytovateľom v termíne s ním dohodnutom. Písomné vyjadrenie zdravotnej poisťovne k námietkam poskytovateľa sa považuje za zápisnicu k protokolu o kontrole. Ak sa námietky poskytovateľa prerokujú osobne, kontrolná skupina spíše zápisnicu k protokolu o kontrole o výsledku prerokovania námietok poskytovateľa. Poskytovateľ má právo na uvedenie svojho písomného vyjadrenia k zápisnici k protokolu o kontrole. V prípade písomného vyjadrenia zdravotnej poisťovne k námietkam poskytovateľa má poskytovateľ právo na písomné vyjadrenie k zápisnici k protokolu o kontrole do 5 kalendárnych dní odo dňa doručenia písomného vyjadrenia zdravotnej poisťovne k námietkam poskytovateľa.

7.8. Pokiaľ poskytovateľ nepodal proti protokolu o kontrole námietky, protokol sa považuje za prerokovaný pracovným dňom nasledujúcim po márnom uplynutí lehoty na podanie námietok, pričom platí, že poskytovateľ súhlasí so zisteniami uvedenými v protokole. Zápisnica sa v tomto prípade nespisuje.

7.9. Pokiaľ poskytovateľ odmietne podpísať zápisnicu k protokolu o kontrole, uvedie sa táto skutočnosť v zápisnici. Zápisnica k protokolu o kontrole sa doručuje štatutárnemu zástupcovi poskytovateľa osobne proti podpisu alebo doporučenou poštou alebo kuriérnou službou na adresu sídla poskytovateľa alebo prostredníctvom podateľne poskytovateľa.

7.10. Kontrola je ukončená dňom prerokovania protokolu o kontrole s poskytovateľom a spísaním zápisnice k protokolu o kontrole o výsledku prerokovania námietok poskytovateľa. V prípade písomného vyjadrenia zdravotnej poisťovne k námietkam poskytovateľa sa považuje kontrola za ukončenú dňom doručenia písomného vyjadrenia zdravotnej poisťovne k podaným námietkam poskytovateľa k protokolu o kontrole podľa bodu 7.8. zmluvy alebo márnym uplynutím lehoty na podanie písomného vyjadrenia k zápisnici k protokolu o kontrole. Ustanovenie bodu 7.10. zmluvy tým nie je dotknuté.

7.11. Za ukončenú sa považuje kontrola aj v takom prípade, ak poskytovateľ odmietne prevziať protokol o kontrole alebo zápisnicu k protokolu o kontrole alebo ak sa protokol o kontrole alebo zápisnica k protokolu o kontrole doručované poskytovateľovi doporučenou poštou alebo kuriérnou službou, vráti zdravotnej poisťovni ako nedoručené.

Článok VIII

Následky porušenia niektorých povinností

8.1. V prípade, že zdravotná poisťovňa na základe vykonanej kontroly (článok VII zmluvy) zistí, že poskytovateľ vykázal zdravotnej poisťovni výkon v rozpore so zmluvou a/alebo všeobecne záväznými právnymi predpismi a/alebo vykázal výkon, ktorého poskytnutie v celom rozsahu alebo v určitej jeho časti nepreukázal, a zdravotná poisťovňa takýto výkon poskytovateľovi uhradila (ďalej len „neoprávnená úhrada“), poskytovateľ sa zaväzuje, že zdravotnej poisťovni vráti takúto neoprávnenú úhradu alebo jej časť za podmienok podľa bodu 8.2. a 8.4. tohto článku.

8.2. Zmluvné strany sa dohodli, že pre vrátenie neoprávnenej úhrady podľa bodu 8.1. a bodu 8.16. zmluvy, sa nevyžaduje predchádzajúce upozornenie druhej zmluvnej strany. Písomná výzva na vrátenie neoprávnenej úhrady podľa bodu 8.1. zmluvy musí obsahovať špecifikáciu porušenia povinnosti a výšku neoprávnenej úhrady.

8.3. V prípade zistenia neoprávnenej úhrady zdravotnou poisťovňou podľa bodu 8.1. zmluvy je poskytovateľ v každom jednotlivom prípade povinný uhradiť zdravotnej poisťovni zmluvnú pokutu až do výšky 50 % sumy neoprávnenej úhrady na základe výzvy zdravotnej poisťovne podľa bodu 8.4. zmluvy.

8.4. Zmluvné strany sa dohodli, že poskytovateľ vykoná vrátenie neoprávnenej úhrady a/alebo úhradu zmluvnej pokuty podľa bodu 8.3. zmluvy vo výške uplatnenej zdravotnou poisťovňou v lehote do 30 dní odo dňa doručenia písomnej výzvy zdravotnej poisťovne.

8.5. Ak poskytovateľ v lehote podľa bodu 8.4. zmluvy nevráti zdravotnej poisťovni neoprávnenú úhradu a/alebo neuhradí uplatnenú zmluvnú pokutu podľa bodu 8.3. zmluvy, je zdravotná poisťovňa oprávnená vykonať jednostranný zápočet

týchto pohľadávok voči najbližšiemu splatnému vyúčtovaniu úhrady zdravotnej starostlivosti poskytovateľa a/alebo ďalším splatným vyúčtovaniam úhrady zdravotnej starostlivosti poskytovateľa.

8.6. Ak je zdravotná poisťovňa v omeškaní s plnením svojho peňažného záväzku voči poskytovateľovi, má poskytovateľ právo uplatniť voči nej úrok z omeškania podľa príslušného ustanovenia zákona č. 513/1991 Zb. Obchodný zákonník v znení neskorších predpisov.

8.7. V prípade, že zdravotná poisťovňa na základe vykonanej kontroly (článok VII zmluvy) zistí, že predpisujúci lekár poskytovateľa pri predpise liekov, zdravotníckych pomôcok alebo dietetických potravín nedodržiaval preskripčné, indikačné obmedzenia alebo ich predpísal bez predchádzajúceho súhlasu revízneho lekára (ak sa tento vyžaduje), alebo ich predpísal na neregistrovanú alebo neschválenú indikáciu, alebo porušil povinnosť podľa § 119 ods. 11 zákona o liekoch a zdravotníckych pomôckach a zdravotná poisťovňa tieto lieky, zdravotnícke pomôcky alebo dietetické potraviny uhradila poskytovateľovi lekárenskej starostlivosti, zdravotná poisťovňa má právo na náhradu tohto plnenia voči poskytovateľovi, v mene ktorého predpisujúci lekár nesprávne (podľa tohto bodu) vystavil lekársky predpis alebo lekársky poukaz. Zdravotná poisťovňa je oprávnená voči najbližšiemu splatnému vyúčtovaniu úhrady zdravotnej starostlivosti poskytovateľovi a/alebo ďalšiemu splatnému vyúčtovaniu úhrady zdravotnej starostlivosti poskytovateľa jednostranne započítať svoju pohľadávku, ktorá jej vznikla z titulu zrealizovania povinného plnenia poskytovateľovi lekárenskej starostlivosti podľa § 121 ods. 6 zákona o liekoch a zdravotníckych pomôckach.

8.8. Ak poskytovateľ poruší povinnosť vykazovať zdravotnú starostlivosť na úhradu zdravotnej poisťovni pravdivo a správne tým, že vykázal poskytnutú zdravotnú starostlivosť na úhradu zdravotnej poisťovni v rozpore so zmluvou a/alebo všeobecne záväznými právnymi predpismi (nesprávne vykázaná zdravotná starostlivosť), môže si zdravotná poisťovňa uplatniť u poskytovateľa zmluvnú pokutu. Výška zmluvnej pokuty podľa tohto bodu je až do výšky 50 % úhrady za nesprávne vykázanú zdravotnú starostlivosť za každý jednotlivý prípad. Body 8.4. a 8.5. zmluvy platia primerane aj pre úhradu zmluvnej pokuty podľa tohto bodu.

8.9. Uplatnením zmluvnej pokuty a jej úhradou nie je dotknutý nárok zdravotnej poisťovne na náhradu škody.

8.10. Uhradením zmluvnej pokuty sa povinná zmluvná strana nezbujuje povinnosti splniť povinnosť vyplývajúcu z platných právnych predpisov alebo z ustanovení zmluvy, ktorú porušila.

8.11. Zmluvné strany sa dohodli, že v prípade porušenia povinnosti vyplývajúcej z článku IV niektorou zo zmluvných strán, s výnimkou povinností, pre ktoré je osobitne dojednaná zmluvná pokuta v ostatných bodoch tohto článku zmluvy, a povinnosti uvedenej v bode 4.1. zmluvy, je zmluvná strana povinná uhradiť oprávnenej zmluvnej strane zmluvnú pokutu až do výšky 300,- eur za každé jedno porušenie povinnosti.

8.12. Ak predpisujúci lekár poskytovateľa vedome predpíše liek, zdravotnícku pomôcku a/alebo dietetickú potravinu v prospech inej osoby (najmä konzumácia, použitie alebo iné nakladanie s liekom, zdravotníckou pomôckou alebo dietetickou potravinou) ako je poistenec uvedený na príslušnom lekárskom predpise alebo lekárskom poukaze, môže si zdravotná poisťovňa uplatniť zmluvnú pokutu u poskytovateľa až do výšky 50 % ceny lieku, zdravotníckej pomôcky alebo dietetической potraviny predpísanej neoprávnene podľa tohto bodu. Pre určenie výšky zmluvnej pokuty podľa tohto bodu je rozhodujúca maximálna výška úhrady zdravotnej poisťovne za liek, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu v čase ich predpisu určenú rozhodnutím alebo všeobecne záväzným právnym predpisom príslušného orgánu.

8.13. Poskytovateľ je povinný zaplatiť zdravotnej poisťovni zmluvnú pokutu až do výšky 50% hodnoty zdravotnou poisťovňou uhradeného zdravotného výkonu, lieku, zdravotnej pomôcky, alebo dietetической potraviny, ktoré v čase začatia kontroly podľa článku VII zmluvy boli v zdravotnej dokumentácii zaznamenané v rozpore s platnými všeobecne záväznými právnymi predpismi a/alebo v nedostatočnom rozsahu, najmä ak údaje v zdravotnej dokumentácii neposkytujú úplný, pravdivý a v plnom rozsahu čitateľný prehľad o zdravotnej starostlivosti poskytnutej poistencovi; za každé jedno takéto porušenie.

8.14. Zmluvnú pokutu vo výške 3% priemernej mesačnej hodnoty úhrad za zdravotnú starostlivosť vyplatených zdravotnou poisťovňou poskytovateľovi v bezprostredne predchádzajúcich 5 kalendárnych mesiacoch, avšak minimálne 20,- eur, najviac 300,- eur, je poskytovateľ povinný zaplatiť zdravotnej poisťovni za každé jedno:

- a) neposkytnutie, alebo odmietnutie súčinnosti pri vykonávaní kontroly podľa článku VII zmluvy,
- b) nekvalitné poskytovanie zdravotnej starostlivosti, ktoré sa zistí kontrolou zdravotnej poisťovne,
- c) nesplnenie oznamovacej povinnosti vyplývajúcej z bodu 4.2. zmluvy.

8.15. Ak zdravotná poisťovňa kontrolou úhrady za hospitalizačný prípad zistí, že poskytovateľ porušil pravidlá kódovania chorôb a pravidlá kódovania zdravotných výkonov podľa príslušného všeobecne záväzného právneho predpisu a zdravotná poisťovňa uhradila za hospitalizačný prípad vyššiu úhradu, ako na ktorú má poskytovateľ ústavnej starostlivosti nárok podľa zmluvy,

a) po vykonaní kontroly na vzorke určenej diagnosticko-terapeutickej skupiny, kde vzorka obsahuje minimálne 5 % všetkých hospitalizačných prípadov a minimálne však 10 hospitalizačných prípadov vykázaných zdravotnej starostlivosti v kontrolovanom období v danej diagnosticko-terapeutickej skupine, zdravotná poisťovňa je oprávnená znížiť úhradu za všetky hospitalizačné prípady vykázané v kontrolovanom období o sumu priemerného rozdielu medzi výškou úhrady za hospitalizačný prípad a správnou výškou úhrady zistenej na kontrolovanej vzorke hospitalizačných prípadov, ktoré poskytovateľ ústavnej starostlivosti mal vykázať pri dodržaní pravidiel kódovania chorôb a pravidiel kódovania zdravotných výkonov podľa príslušného všeobecne záväzného právneho predpisu, za všetky hospitalizačné prípady vykázané v kontrolovanom období v danej diagnosticko-terapeutickej skupine, alebo

b) zdravotná poisťovňa je oprávnená uplatniť u poskytovateľa nárok na náhradu plnenia nákladov za každý uhradený hospitalizačný prípad, ktorý bol chybné vykázaný, a to vo výške rozdielu medzi úhradou za hospitalizačný prípad vykázanou poskytovateľom a správnou výškou úhrady, ktorú mal poskytovateľ vykázať pri dodržaní pravidiel kódovania chorôb a pravidiel kódovania zdravotných výkonov podľa príslušného všeobecne záväzného právneho predpisu a zároveň je oprávnená uplatniť u tohto poskytovateľa zmluvnú pokutu najviac vo výške 0,5-násobku rozdielu podľa predchádzajúcej vety, a to za každý kontrolovaný hospitalizačný prípad.

Ak zdravotná poisťovňa postupovala podľa tohto bodu zmluvy, ustanovenia bodu 8.1. a 8.3. zmluvy sa nepoužijú, ustanovenia bodov 8.2., 8.4. a 8.5. zmluvy sa použijú primerane

8.16. Ak poskytovateľ porušil povinnosť podľa článku IV, bod 4.6, písm. t) tejto zmluvy pri prevádzkovaní zdravotníckeho zariadenia, na ktorom sa zdravotná starostlivosť uhrádza aj formou paušálnej úhrady a zdravotná poisťovňa túto paušálnu úhradu už uhradila, má zdravotná poisťovňa nárok na vrátenie tejto paušálnej úhrady za každý kalendárny mesiac, v ktorom došlo k porušeniu povinnosti podľa článku IV, bod 4.6, písm. t) ako neoprávnenej úhrady podľa bodu 8.2 zmluvy; ak zdravotná poisťovňa paušálnu úhradu ešte neuhradila, poskytovateľovi nevznikne nárok na úhradu paušálnej úhrady za ten kalendárny mesiac, v ktorom došlo k porušeniu povinnosti podľa článku IV, bod 4.6, písm. t).

Článok IX Doručovanie

9.1. Zmluvné strany doručujú písomnosti, iné doklady a oznámenia, s doručovaním ktorých zmluva počíta (ďalej len „zásielka“), niektorým zo spôsobov:

- a) poštou,
- b) kuriérom,
- c) osobne.

Zásielka doručovaná podľa tohto bodu sa považuje za doručenie ak bola doručená priamo na adresu určenú v článku I zmluvy.

9.2. Poskytovateľ zásielku - faktúru spolu s prílohami ako aj ostatné doklady podľa článku VI zmluvy doručuje zdravotnej poisťovni elektronicky prostredníctvom Internetového portálu, ktorý prevádzkuje zdravotná poisťovňa na svojom webovom sídle a ktorého používanie upravujú Všeobecné podmienky podľa bodu 4.19. zmluvy.

9.3. Zmluvné strany sa dohodli, že zásielky s výnimkou korešpondencie podľa článku VI zmluvy a korešpondencie obsahujúcej osobné údaje alebo údaje chránené podľa osobitných predpisov, sa môžu doručovať aj e-mailom.

Článok X Trvanie, zmena a zánik zmluvy

10.1. Zmluva je uzatvorená dňom jej podpísania obidvoma zmluvnými stranami. Pokiaľ nedôjde k podpísaniu zmluvy obidvoma zmluvnými stranami v ten istý deň, považuje sa zmluva za uzatvorenú v deň, kedy zmluvu podpísala v poradí druhá zmluvná strana.

10.2. Zmluva nadobúda účinnosť prvým dňom kalendárneho mesiaca nasledujúceho po kalendárnom mesiaci, v ktorom zmluva bola podpísaná oboma zmluvnými stranami.

10.3. Zmluva sa uzatvára na dobu určitú do 31.12.2025.

10.4. Zmenu zmluvy je možné uskutočniť výlučne v písomnej forme na základe dohody zmluvných strán formou písomných a číslovaných dodatkov.

10.5. Zmluva:

- a) zaniká dohodou zmluvných strán,
- b) zaniká výpoveďou (podľa § 7 ods. 11 a ods. 15 zákona č. 581/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov),
- c) zaniká okamžitým skončením v prípade zrušenia povolenia alebo zániku zdravotnej poisťovne alebo v prípade zrušenia alebo zániku povolenia poskytovateľa na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia,
- d) sa prerušuje v prípade dočasného pozastavenia povolenia poskytovateľa; k prerušeniu zmluvy dôjde prvým dňom nasledujúcim po dni nadobudnutia právoplatnosti rozhodnutia o dočasnom pozastavení povolenia.

Článok XI Záverečné ustanovenia

11.1. Vzťahy zmluvou neupravené sa riadia príslušnými ustanoveniami všeobecne záväzných právnych predpisov uvedených v bode 4.1. zmluvy.

Zmluva je vyhotovená v dvoch rovnopisoch, z ktorých sa každý považuje za originál. Každá zo zmluvných strán obdrží po jednom vyhotovení. Súhlas s celým obsahom zmluvy zástupcovia zmluvných strán vyjadria svojím podpisom na poslednej strane zmluvy.

11.2. Neoddeliteľnou súčasťou zmluvy sú nasledovné prílohy:

- | | |
|---------------|--|
| Príloha č. 1 | Dohodnutý rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti |
| Príloha č. 2a | Podmienky úhrady poskytnutej ambulantnej zdravotnej starostlivosti |
| Príloha č. 2b | Podmienky úhrady poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti |
| Príloha č. 2c | Podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti podľa klasifikačného systému diagnosticko-terapeutických skupín |
| Príloha č. 3 | Zdravotnou poisťovňou schválené zdravotné výkony |
| Príloha č. 4 | Zdravotnou poisťovňou zazmluvnené programy |

11.3. Ak niektoré ustanovenia zmluvy nie sú celkom alebo sčasti účinné alebo neskôr stratia účinnosť, nie je tým dotknutá platnosť a účinnosť ostatných ustanovení. Namiesto neplatných, prípadne neúčinných ustanovení sa použije právna

úprava, ktorá, pokiaľ je to právne možné, sa čo najviac približuje úmyslu a účelu zmluvy, pokiaľ pri uzatváraní zmluvy zmluvné strany brali túto otázku do úvahy. Zmluvné strany sa zaväzujú vyvinúť maximálne úsilie za účelom odstránenia nesúladow zmluvných dojednaní v dôsledku zmeny právnej úpravy uzatvorením dodatku k zmluve alebo uzavretím novej zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

11.4. V prípade, ak určité zmluvné ustanovenie v zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti priamo alebo nepriamo nesúvisí s výkonom činnosti poskytovateľa na základe povolenia na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, toto zmluvné ustanovenie sa uplatní primerane alebo sa neuplatňuje vôbec.

11.5. Zmluva je pre zmluvné strany platná v rozsahu jej ustanovení a príloh vzťahujúcich sa na dohodnutý rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti podľa prílohy č. 1 k zmluve a prípadne podľa prílohy č. 4 k zmluve.

11.6. Zmluvné strany sa dohodli, že ku dňu nadobudnutia účinnosti zmluvy zanikajú všetky zmluvy, na základe ktorých poskytovateľ poskytoval zdravotnú starostlivosť poistencom zdravotnej poisťovne v rovnakom vecnom rozsahu aký je dohodnutý v zmluve.

Príloha č. 1
k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Dohodnutý rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti

V súlade s bodom 3.2. článku III tejto zmluvy si zdravotná poisťovňa u poskytovateľa objednáva poskytovanie zdravotnej starostlivosti odbornými útvarmi zdravotníckeho zariadenia poskytovateľa s pridelenými kódmi poskytovateľa zdravotnej starostlivosti podľa tejto prílohy, s uvedením ich odbornosti a druhu odborného útvaru.

Kód poskytovateľa	Kód odbornosti útvaru*	Názov odbornosti útvaru	Druh odborného útvaru**
N42231001101	001	vnútorné lekárstvo	1
N42231001102	001	vnútorné lekárstvo	1
N42231002101	002	infektológia	1
N42231003101	003	pneumológia a ftizeológia	1
N42231003102	003	pneumológia a ftizeológia	1
N42231004101	004	neuroológia	1
N42231005101	005	psychiatria	1
N42231005102	005	psychiatria	1
N42231009101	009	gynekológia a pôrodníctvo	1
N42231010101	010	chirurgia	1
N42231010102	010	chirurgia	1
N42231010103	010	chirurgia	1
N42231011101	011	ortopédia	1
N42231012101	012	urológia	1
N42231013101	013	úrazová chirurgia	1
N42231014101	014	otorinolaryngológia	1
N42231015101	015	oftalmológia	1
N42231018101	018	dermatovenerológia	1
N42231019101	019	klinická onkológia	1
N42231019102	019	klinická onkológia	1
N42231019103	019	klinická onkológia	1
N42231025101	025	anestéziológia a intenzívna medicína	1
N42231031101	031	hematológia a transfuziológia	1
N42231037101	037	neurochirurgia	1
N42231038101	038	plastická chirurgia	1
N42231038102	038	plastická chirurgia	1
N42231046101	046	algeziológia	1
N42231051101	051	neonatológia	1
N42231068101	068	cievna chirurgia	1
N42231070101	070	maxilofaciálna chirurgia	1
N42231196101	196	JIS interná	1
N42231201101	201	JIS neurologická	1
N42231203101	203	JRSN (jednotka resuscitačnej starostlivosti o novorodencov)	1
N42231306101	306	klinické pracovné lekárstvo a klinická toxikológia	1
N42231319101	319	onkológia v chirurgii	1
N42231613101	613	JIS úrazová	1
N42231625101	625	JIS centrálna	1
N42231631101	631	JIS hematologická	1
N42231637101	637	JIS neurochirurgická	1
N42231707101	707	JISN (jednotka intenzívnej starostlivosti o novorodenecov)	1
N42231708101	708	JVSN (jednotka vysokošpecializovanej starostlivosti o novorodencov)	1

N42231001201	001	vnútorné lekárstvo	2
N42231002201	002	infektológia	2
N42231002202	002	infektológia	2
N42231002203	002	infektológia	2
N42231002204	002	infektológia	2
N42231003201	003	pneumológia a ftizeológia	2
N42231003202	003	pneumológia a ftizeológia	2
N42231003203	003	pneumológia a ftizeológia	2
N42231004201	004	neuroológia	2
N42231004202	004	neuroológia	2
N42231004207	004	neuroológia	2
N42231005201	005	psychiatria	2
N42231005202	005	psychiatria	2
N42231009201	009	gynekológia a pôrodnictvo	2
N42231009202	009	gynekológia a pôrodnictvo	2
N42231009203	009	gynekológia a pôrodnictvo	2
N42231009204	009	gynekológia a pôrodnictvo	2
N42231009206	009	gynekológia a pôrodnictvo	2
N42231009207	009	gynekológia a pôrodnictvo	2
N42231010201	010	chirurgia	2
N42231010202	010	chirurgia	2
N42231010204	010	chirurgia	2
N42231010205	010	chirurgia	2
N42231010206	010	chirurgia	2
N42231011201	011	ortopédia	2
N42231011202	011	ortopédia	2
N42231011203	011	ortopédia	2
N42231012201	012	urológia	2
N42231012202	012	urológia	2
N42231012203	012	urológia	2
N42231012204	012	urológia	2
N42231013201	013	úrazová chirurgia	2
N42231013202	013	úrazová chirurgia	2
N42231014201	014	otorinolaryngológia	2
N42231014202	014	otorinolaryngológia	2
N42231014203	014	otorinolaryngológia	2
N42231015201	015	oftalmológia	2
N42231015202	015	oftalmológia	2
N42231015204	015	oftalmológia	2
N42231015205	015	oftalmológia	2
N42231015206	015	oftalmológia	2
N42231015207	015	oftalmológia	2
N42231015208	015	oftalmológia	2
N42231015210	015	oftalmológia	2
N42231018201	018	dermatovenerológia	2
N42231018202	018	dermatovenerológia	2
N42231018203	018	dermatovenerológia	2
N42231019201	019	klinická onkológia	2
N42231019203	019	klinická onkológia	2

N42231019204	019	klinická onkológia	2
N42231019205	019	klinická onkológia	2
N42231019206	019	klinická onkológia	2
N42231019207	019	klinická onkológia	2
N42231019208	019	klinická onkológia	2
N42231019209	019	klinická onkológia	2
N42231019210	019	klinická onkológia	2
N42231024201	024	klinická biochémia	2
N42231025201	025	anestéziológia a intenzívna medicína	2
N42231027201	027	fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	2
N42231027202	027	fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	2
N42231031201	031	hematológia a transfuziológia	2
N42231037201	037	neurochirurgia	2
N42231038201	038	plastická chirurgia	2
N42231038202	038	plastická chirurgia	2
N42231038203	038	plastická chirurgia	2
N42231040201	040	klinická imunológia a alergológia	2
N42231040202	040	klinická imunológia a alergológia	2
N42231043201	043	radiačná onkológia	2
N42231044201	044	foniatria	2
N42231045201	045	reumatológia	2
N42231045202	045	reumatológia	2
N42231046201	046	algeziológia	2
N42231046202	046	algeziológia	2
N42231048201	048	gastroenterológia	2
N42231048202	048	gastroenterológia	2
N42231049201	049	kardiológia	2
N42231050201	050	diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy	2
N42231050202	050	diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy	2
N42231051201	051	neonatológia	2
N42231056201	056	angiológia	2
N42231060201	060	geriatria	2
N42231060202	060	geriatria	2
N42231062201	062	lekárska genetika	2
N42231063201	063	nefrológia	2
N42231063202	063	nefrológia	2
N42231064201	064	endokrinológia	2
N42231064202	064	endokrinológia	2
N42231068201	068	cievna chirurgia	2
N42231070201	070	maxilofaciálna chirurgia	2
N42231070202	070	maxilofaciálna chirurgia	2
N42231144201	144	klinická psychológia	2
N42231144202	144	klinická psychológia	2
N42231174203	174	Ambulancia pevnej ambulantnej pohotovostnej služby pre dospelých	2
N42231216201	216	hepatológia	2
N42231229201	229	onkológia v gynekológii	2
N42231306201	306	klinické pracovné lekárstvo a klinická toxikológia	2
N42231312201	312	gynekologická urológia	2
N42231009401	009	gynekológia a pôrodníctvo	4

N42231010401	010	chirurgia	4
N42231011401	011	ortopédia	4
N42231012401	012	urológia	4
N42231013401	013	úrazová chirurgia	4
N42231014401	014	otorinolaryngológia	4
N42231015401	015	oftalmológia	4
N42231037401	037	neurochirurgia	4
N42231038401	038	plastická chirurgia	4
N42231048401	048	gastroenterológia	4
N42231068401	068	cievna chirurgia	4
N42231070401	070	maxilofaciálna chirurgia	4
N42231023501	023	rádiológia	5
N42231023502	023	rádiológia	5
N42231023503	023	rádiológia	5
N42231023505	023	rádiológia	5
N42231023506	023	rádiológia	5
N42231023507	023	rádiológia	5
N42231023508	023	rádiológia	5
N42231023509	023	rádiológia	5
N42231023510	023	rádiológia	5
N42231023511	023	rádiológia	5
N42231024501	024	klinická biochémia	5
N42231027501	027	fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	5
N42231031501	031	hematológia a transfuziológia	5
N42231031502	031	hematológia a transfuziológia	5
N42231031503	031	hematológia a transfuziológia	5
N42231034501	034	klinická mikrobiológia	5
N42231040501	040	klinická imunológia a alergológia	5
N42231040502	040	klinická imunológia a alergológia	5
N42231043501	043	radiačná onkológia	5
N42231062501	062	lekárska genetika	5
N42231186501	186	centrálna sterilizácia	5
N42231005602	005	psychiatria	6
N42231015701	015	oftalmológia	7
N42231031701	031	hematológia a transfuziológia	7
N42231976801	976	urgentný príjem 2. typu pre dospelých	8

Vysvetlivky:

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

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

1 – ústavná zdravotná starostlivosť

2 – ambulancia

3 – pracovisko

4 – útvar jednodňovej zdravotnej starostlivosti

5 – útvar spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek

6 – stacionár

7 – tkanivové zariadenie

8 – ambulancia centrálneho príjmu alebo ústavnej pohotovostnej služby

Príloha č. 2a
k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú ambulantnú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah

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 a kópiu odstúpenia od dohody s predchádzajúcim poskytovateľom 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,
 - 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 vykázať 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. Ambulantná pohotovostná služba

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

2. Zdravotnú starostlivosť poskytnutú v rámci ambulancie pevnej alebo doplnkovej APS zdravotná poisťovňa medicínsky uznáva a uhrádza v rozsahu poskytovania všeobecnej ambulantnej starostlivosti pri náhlej zmene zdravotného stavu osoby, ktorá bezprostredne neohrozuje jej život alebo bezprostredne neohrozuje niektorú zo základných životných funkcií a pri súčasnom dodržaní požiadaviek na personálne a materiálno-technické zabezpečenie ambulancií APS určených všeobecne záväznými právnymi predpismi. 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 v znení neskorších predpisov (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.	0,0270

5. Cenou výkonu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony za podmienok úhrady uvedených v tejto tabuľke:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena výkonu v €
62a	Cielené vyšetrenie pacienta s respiračným syndrómom pri pandémie COVID-19 Obsahová náplň výkonu: Cielené vyšetrenie za účelom nasadenia správnej liečby, zahŕňa fyzikálne vyšetrenie so zameraním na infekčné ochorenia s prenosom vzdušnou cestou v súvislosti s koronavírusmi, so zhodením laboratórných výsledkov (vrátane SARS-CoV-2, chrípkový vírus, RSV) vo väzbe na individuálne nastavenie ambulantnej (domácej) terapie alebo prípadného indikovania ústavnej liečby. Zdravotný výkon sa vykonáva s použitím osobných ochranných pomôcok. Výkon: - nie je možné súčasne vykazovať na úhradu do zdravotnej poisťovne s inými výkonmi, - zdravotná poisťovňa uhrádza maximálne 1x za deň u jedného poistenca s potvrdeným laboratórnym výsledkom (PCR test) alebo antigénovým testom na prítomnosť SARS-CoV-2 nie starším ako 14 dní v deň poskytnutia výkonu - sa vykazuje s diagnózou U07.1, U07.3 alebo U07.4 - vykazuje maximálne 1x za 7 kalendárnych dní na jedného poistenca	20,00

6. 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.

7. 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.

8. 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 LSPPR - doprava lekára vlastným (súkromným) alebo referentským vozidlom v rámci spádového územia ambulancie pevnej APS	0,25

9. 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.

10. 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.

11. 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.

III. 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	1,72

*Ak poskytovateľ zdokladuje, že má v starostlivosti tehotnú poistenu do 15. roku veku, uhrádza sa kapitácia za túto poistenu aj pred dovŕšením 15-teho roku veku.

2. V kapitácii nie je zahrnutá úhrada za zdravotné výkony poskytnuté kapitovanej poistene, ktoré sa podľa tejto časti uhrádzajú u kapitovanej poistenky cenou bodu alebo cenou výkonu.

3. Ak nie je dojednané inak, 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	Vyказuje sa - s kódom choroby Z34.0 alebo Z34.8 - ak nie je súčasťou iného výkonu	0,0801
102	Vyказuje sa - po potvrdení gravidity pri prvej návšteve - s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4	0,0801
103 ⁴	Vyказuje sa - od druhého mesiaca tehotenstva 1x za 28 dní (max. 7x u jednej poistenky počas tehotenstva), ak ďalej nie je uvedené inak, - 1x týždenne v posledných 6 týždňoch tehotenstva (max. 6x u jednej poistenky počas posledných 6 týždňov tehotenstva), - 2x týždenne po vypočítanom termíne pôrodu (max. 2x u jednej poistenky počas jedného týždňa po vypočítanom termíne pôrodu), - s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4	0,0801
105	Vyказuje sa - 1x v súvislosti so šestonedelím - s kódom choroby Z39.2	0,0801
157	vyказuje sa - 1x za kalendárny rok u poistenky od 18 rokov veku alebo od prvého tehotenstva - s kódom choroby Z01.4 alebo Z12.4	0,0801
297	Výkon sa uhrádza: - u poistenky vo veku od 18 do 64 rokov - 1x za kalendárny rok - ak bol vyказaný s kódom choroby: • Z01.4 v prípade oportúnneho skríningu rakoviny krčka maternice • Z12.4 v prípade populačného skríningu rakoviny krčka maternice	0,0434
-	Nepreventívne výkony SVLZ (vrátane prístrojových)	0,01031
108	Výkon 108 sa akceptuje ako preventívny prístrojový výkon najviac 4x počas tehotenstva. Vyказuje sa súčasne s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z34.9, Z35.2 alebo Z35.4	0,0801
118	Výkon 118 sa akceptuje ako preventívny prístrojový výkon 1x 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. až 18. roku života, vyказuje sa s kódom choroby Z25.8 Zdravotná poisťovňa výkon neuhradí, ak už bol u danej poistenky v danom kalendárnom roku uhradený u iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.	0,0801
1070	Vyказuje sa - s výkonom 157 - s kódom choroby Z01.4 alebo Z12.4	0,0801
5303	Výkony 5303 a 5305 sa akceptujú ako preventívne výkony 1x za 12 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 nepreventívne výkony SVLZ.	0,0266
5305		0,0266
5308	Výkon 5308 sa akceptuje ako preventívny výkon 1x za dva roky v intervaloch a vekovom	0,01107

⁴ 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

	rozmedzí stanovených v skríningu. Vykazuje sa súčasne s výkonom 157 a kódom choroby Z01.4 alebo Z12.4	
5809	Vykazuje sa s výkonom 108 a s kódom choroby Z34.0,Z34.8,Z35.2 a Z35.4 Výkon 5809 sa vykonáva 1x počas tehotenstva.	0,0266
1b	Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty alebo telefonicky (160 bodov) Konzultácia s pacientom prostredníctvom elektronickej pošty (email), SMS alebo telefonicky obsahuje cieľnú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly, vo vzťahu k jednému orgánovému systému, popis subjektívnych ťažkostí, diagnostický záver, poučenie o dieťe a životospráve, v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplynuli z konzultácie ohľadom zdravotného stavu, prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára, poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie. Vykazovanie výkonu: - výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta, - zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii, - súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný čas poskytnutia zdravotného výkonu, popis zdravotného výkonu, prípadne dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne aj záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, - výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta, - vykazuje sa samostatne, najviac 1x za deň, - maximálna frekvencia: 3x v kalendárnom mesiaci.	0,027
11a	Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor), (210 bodov) Konzultácia s pacientom prostredníctvom doložiteľnej videokomunikácie (musí prebehnúť priamy videoprenos cez webovú aplikáciu alebo videohovor) v online prostredí v danom čase, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie, realizáciu fotografií pacienta / vyšetrovaného orgánu pre pridanie do zdravotnej dokumentácie a obsahuje cieľnú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom alebo k psychickej poruche, zhodnotenie výsledkov, vypísanie receptov, prípadne vypísanie žiadaniek na ďalšie vyšetrenie, poučenie pacienta, diagnostický záver, určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára. Vykazovanie zdravotného výkonu: - výkon sa vykazuje ako komplexná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia, - súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný čas poskytnutia zdravotného výkonu, popis zdravotného výkonu, diagnostický záver, ak je potrebné dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, - vykazuje sa samostatne, najviac 1x deň.	0,027
70	Opätovné lekárske vystavenie receptov a (alebo) poukazov na základe požiadavky pacienta prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefónu (40 bodov) Popis výkonu: vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronickou formou pre lieky/zdravotné pomôcky/dietetické potraviny Vykazovanie výkonu: - výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta, - súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj z online prostredia, údaj, kedy bol recept a/alebo poukaz vypísaný a údaj o predpise lieku/zdravotnej pomôcky/dietetických potravín pacientovi prostredníctvom elektronických služieb, - výkon sa vzťahuje na jedného pacienta bez ohľadu na počet liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín, ktoré boli pacientovi predpísané, najviac 1x za deň, bez ohľadu na počet vystavených receptov a/alebo poukazov, - ak ide o elektronický predpis liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín typu opakovaný recept (preskripčný záznam s poznámkou „REPETATUR“) výkon sa vykazuje samostatne za každý vystavený recept a/alebo poukaz, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi, maximálna frekvencia: 3x v kalendárnom mesiaci.	0,027
1b 11a 70	Spoločné podmienky vykazovania a uhrádzania výkonov 1b, 11a a 70 Union zdravotná poisťovňa, a. s. výkony akceptuje len za predpokladu, že relevantnú medicínsku radu alebo konzultáciu je možné poskytnúť poistencovi alebo jeho zákonnému zástupcovi telefonickou formou alebo formou videohovoru alebo inou elektronickou formou s ohľadom na zdravotný stav poistenca pri zachovaní správnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.. Telefonický rozhovor alebo	0,027

	videohovor alebo iná elektronická komunikácia medzi pacientom a lekárom musí bezprostredne súvisieť s problematikou diagnostickej alebo terapeutической starostlivosti. Poskytovateľ v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z. vykoná zápis do zdravotnej dokumentácie daného poistenca o poskytnutí telefonической rady poistencovi Union ZP alebo jeho zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom poistenca v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z.. Výkony nie je možné vzájomne kombinovať a ani kombinovať s inými výkonmi. Zo strany poskytovateľa sú dodržané ostatné podmienky úhrady výkonov vyplývajúce z príslušných zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v platnom znení a všeobecne záväzných právnych predpisov. Nástroj použitý na videokonzultáciu spĺňa základné parametre bezpečnosti prenosu dát a ochrany osobných údajov podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov a nariadenia 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 (tzv. nariadenie GDPR). Prenos dát pri videohovore medzi pacientom a lekárom je zabezpečený takým spôsobom, že obsah videohovoru nie je dostupný ani prevádzkovateľovi nástroja, keď prevádzkovateľom nie je samotné zdravotnícke zariadenie; takého zabezpečenia je možné docieľiť tým, že hovor je po celú dobu šifrovaný a nie je distribuovaný cez ďalšie aplikačné servery. Nástroj pre registráciu pacienta nevyžaduje údaje, okrem tých, ktoré sú nevyhnutné pre samotné spustenie videohovoru.	
-	Výkony (okrem SVLZ výkonov) neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanej poistenke	0,0349
-	SVLZ výkony neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanej poistenke	0,0100
-	Výkony (okrem SVLZ výkonov) zdravotnej starostlivosti poskytnuté poistenke EÚ s výnimkou výkonov, pre ktoré je v tejto časti prílohy určená iná cena bodu	0,0349
-	SVLZ výkony zdravotnej starostlivosti poskytnuté poistenke EÚ s výnimkou výkonov, pre ktoré je v tejto časti prílohy určená iná cena bodu	0,0100

4. Cenou výkonu 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 výkonu v €
62a	Cielené vyšetrenie pacienta s respiračným syndrómom pri pandémii COVID-19 Obsahová náplň výkonu: Cielené vyšetrenie za účelom nasadenia správnej liečby, zahŕňa fyzikálne vyšetrenie so zameraním na infekčné ochorenia s prenosom vzdušnou cestou v súvislosti s koronavírusmi, so zhodením laboratórnych výsledkov (vrátane SARS-CoV-2, chrípkový vírus, RSV) vo väzbe na individuálne nastavenie ambulantnej (domácej) terapie alebo prípadného indikovania ústavnej liečby. Zdravotný výkon sa vykonáva s použitím osobných ochranných pomôcok. Výkon: - nie je možné súčasne vykazovať na úhradu do zdravotnej poisťovne s inými výkonmi, - zdravotná poisťovňa uhrádza maximálne 1x za deň u jedného poistenca s potvrdeným laboratórnym výsledkom (PCR test) alebo antigénovým testom na prítomnosť SARS-CoV-2 nie starším ako 14 dní v deň poskytnutia výkonu - sa vykazuje s diagnózou U07.1, U07.3 alebo U07.4 - vykazuje maximálne 1x za 7 kalendárnych dní na jedného poistenca	20,00

5. Cenou výkonu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena výkonu v €
4M04004	Konzultačná – expertná kolposkopia Výkon sa uhrádza: - v prípade abnormálneho cytologického nálezu u poistenky - ak ho vykoná lekár evidovaný v informačnom systéme zdravotnej poisťovne u daného poskytovateľa a tento lekár je súčasne uvedený v Zozname lekárov na konzultácie v prípade zistených abnormálnych cytologických náleзов alebo v inom obdobnom zozname zverejnenom na webovom sídle Ministerstva zdravotníctva SR a platnom v čase vykonania výkonu, - aj v rámci ambulancií ŠAS s odbornosťou 017, 019, 229, 722 ak sú predmetom dohodnutého rozsahu poskytovania zdravotnej starostlivosti.	25
4M04007	Punch biopsia Výkon sa uhrádza: v prípade abnormálneho cytologického nálezu u poistenky ak ho vykoná lekár evidovaný v informačnom systéme zdravotnej poisťovne u daného	15

	poskytovateľa a tento lekár je súčasne uvedený v Zozname lekárov na konzultácie v prípade zistených abnormálnych cytologických nálezov alebo v inom obdobnom zozname zverejnenom na webovom sídle Ministerstva zdravotníctva SR a platnom v čase vykonania výkonu, ak bol vykázaný v rámci manažmentu abnormálnych cytologických nálezov s niektorou z nasledovných cytologických diagnóz: Ascus- R87.60, ASC-H- R87.61, L-SIL- R87.62, H-SIL-R87.63, karcinóm- R87.64, chýbajú žľazové bunky transformačnej zóny- R87.65, Iný abnormálny cytologický nález- R87.66, Nešpecifikovaný abnormálny cytologický nález- R87.67, ak bol vykázaný po stanovení histologickej diagnózy v rámci ďalšieho sledovania, follow up, s niektorým z nasledovných histologických diagnostických kódov: N87.0 (CIN I, low grade SIL, ľahká dysplázia, N87.1 (CIN II), D06.0 (CGIN, AIS), D06.1 (CIN III, high grade SIL, ťažká dysplázia), C53.0-9 (invazívny karcinóm), aj v rámci ambulancií ŠAS s odbornosťou 017, 019, 229, 722 ak sú predmetom dohodnutého rozsahu poskytovania zdravotnej starostlivosti.	
--	--	--

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:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
-	Výkony špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo	0,0323
-	Nepreventívne výkony SVLZ (vrátane prístrojových)	0,01031
108	Výkon 108 sa akceptuje ako preventívny prístrojový výkon najviac 4x počas tehotenstva. Vykazuje sa súčasne s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z34.9, Z35.2 alebo Z35.4	0,0801
118	Výkon 118 sa akceptuje ako preventívny prístrojový výkon 1x 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	0,0801
5303	Výkony 5303 a 5305 sa akceptujú ako preventívne výkony 1x za 12 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 nepreventívne výkony SVLZ.	0,0266
5305		0,0266
5308	Výkon 5308 sa akceptuje ako preventívny výkon 1x 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.	0,01107
5809	Vykazuje sa s výkonom 108 a s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 a Z35.4 Výkon 5809 sa vykonáva 1x počas tehotenstva.	0,0266
1b	Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty alebo telefonicky (160 bodov) Konzultácia s pacientom prostredníctvom elektronickej pošty (email), SMS alebo telefonicky obsahuje cielenú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly, vo vzťahu k jednému orgánovému systému, popis subjektívnych ťažkostí, diagnostický záver, poučenie o dieťe a životospráve, v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplynuli z konzultácie ohľadom zdravotného stavu, prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára, poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie. Vykazovanie výkonu: - výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta, - zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii, - súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný čas poskytnutia zdravotného výkonu, popis zdravotného výkonu, prípadne dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne aj záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, - výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta, - vykazuje sa samostatne, najviac 1x za deň, - maximálna frekvencia: 3x v kalendárnom mesiaci.	0,027
11a	Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor), (210 bodov)	0,027

	Konzultácia s pacientom prostredníctvom doložiteľnej videokomunikácie (musí prebehnúť priamy videoprenos cez webovú aplikáciu alebo videohovor) v online prostredí v danom čase, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie, realizáciu fotografií pacienta / vyšetrovaného orgánu pre pridanie do zdravotnej dokumentácie a obsahuje ciele anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom alebo k psychickej poruche, zhodnotenie výsledkov, vypísanie receptov, prípadne vypísanie žiadaniek na ďalšie vyšetrenie, poučenie pacienta, diagnostický záver, určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára. Vykazovanie zdravotného výkonu: - výkon sa vykazuje ako komplexná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia, - súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný čas poskytnutia zdravotného výkonu, popis zdravotného výkonu, diagnostický záver, ak je potrebné dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, - vykazuje sa samostatne, najviac 1x deň.	
70	Opätovné lekárske vystavenie receptov a (alebo) poukazov na základe požiadavky pacienta prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefónu (40 bodov) Popis výkonu: vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronickou formou pre lieky/zdravotné pomôcky/dietetické potraviny Vykazovanie výkonu: - výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta, - súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj z online prostredia, údaj, kedy bol recept a/alebo poukaz vypísaný a údaj o predpise lieku/zdravotnej pomôcky/dietetických potravín pacientovi prostredníctvom elektronických služieb, - výkon sa vzťahuje na jedného pacienta bez ohľadu na počet liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín, ktoré boli pacientovi predpísané, najviac 1x za deň, bez ohľadu na počet vystavených receptov a/alebo poukazov, - ak ide o elektronický predpis liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín typu opakovaný recept (preskripčný záznam s poznámkou „REPETATUR“) výkon sa vykazuje samostatne za každý vystavený recept a/alebo poukaz, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi, maximálna frekvencia: 3x v kalendárnom mesiaci.	0,027
1b 11a 70	Spoločné podmienky vykazovania a uhrádzania výkonov 1b, 11a a 70 Union zdravotná poisťovňa, a. s. výkony akceptuje len za predpokladu, že relevantnú medicínsku radu alebo konzultáciu je možné poskytnúť poisťencovi alebo jeho zákonnému zástupcovi telefonickou formou alebo formou videohovoru alebo inou elektronickou formou s ohľadom na zdravotný stav poistenca pri zachovaní správnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.. Telefonický rozhovor alebo videohovor alebo iná elektronická komunikácia medzi pacientom a lekárom musí bezprostredne súvisieť s problematikou diagnostickej alebo terapeutkej starostlivosti. Poskytovateľ v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z. vykoná zápis do zdravotnej dokumentácie daného poistenca o poskytnutí telefonickej rady poisťencovi Union ZP alebo jeho zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom poistenca v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z.. Výkony nie je možné vzájomne kombinovať a ani kombinovať s inými výkonmi. Zo strany poskytovateľa sú dodržané ostatné podmienky úhrady výkonov vyplývajúce z príslušných zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v platnom znení a všeobecne záväzných právnych predpisov. Nástroj použitý na videokonzultáciu spĺňa základné parametre bezpečnosti prenosu dát a ochrany osobných údajov podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov a nariadenia 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 (tzv. nariadenie GDPR). Prenos dát pri videohovore medzi pacientom a lekárom je zabezpečený takým spôsobom, že obsah videohovoru nie je dostupný ani prevádzkovateľovi nástroja, keď prevádzkovateľom nie je samotné zdravotnícke zariadenie; takého zabezpečenia je možné docieľiť tým, že hovor je po celú dobu šifrovaný a nie je distribuovaný cez ďalšie aplikačné servery. Nástroj pre registráciu pacienta nevyžaduje údaje, okrem tých, ktoré sú nevyhnutné pre samotné spustenie videohovoru.	0,027

2. Cenou výkonu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony za podmienok úhrady uvedených v tejto tabuľke:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena výkonu v €
62a	Cielené vyšetrenie pacienta s respiračným syndrómom pri pandémie COVID-19 Obsahová náplň výkonu: Cielené vyšetrenie za účelom nasadenia správnej liečby, zahŕňa fyzikálne vyšetrenie so zameraním na infekčné ochorenia s prenosom vzdušnou cestou v súvislosti s koronavírusmi, so zhodnotením laboratórnych výsledkov (vrátane SARS-CoV-2, chrípkový vírus, RSV) vo väzbe na individuálne nastavenie ambulantnej (domácej) terapie alebo prípadného indikovania ústavnej liečby. Zdravotný výkon sa vykonáva s použitím osobných ochranných pomôcok. Výkon: - nie je možné súčasne vykazovať na úhradu do zdravotnej poisťovne s inými výkonmi, - zdravotná poisťovňa uhrádza maximálne 1x za deň u jedného poistenca s potvrdeným laboratórnym výsledkom (PCR test) alebo antigénovým testom na prítomnosť SARS-CoV-2 nie starším ako 14 dní v deň poskytnutia výkonu - sa vykazuje s diagnózou U07.1, U07.3 alebo U07.4 - vykazuje maximálne 1x za 7 kalendárnych dní na jedného poistenca	20,00

3. Cenou výkonu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena výkonu v €
4M04004	Konzultačná – expertná kolposkopia Výkon sa uhrádza: - v prípade abnormálneho cytologického nálezu u poistienky - ak ho vykoná lekár evidovaný v informačnom systéme zdravotnej poisťovne u daného poskytovateľa a tento lekár je súčasne uvedený v Zozname lekárov na konzultácie v prípade zistených abnormálnych cytologických náleзов alebo v inom obdobnom zozname zverejnenom na webovom sídle Ministerstva zdravotníctva SR a platnom v čase vykonania výkonu, - aj v rámci ambulancií ŠAS s odbornosťou 017, 019, 229, 722 ak sú predmetom dohodnutého rozsahu poskytovania zdravotnej starostlivosti.	25
4M04007	Punch biopsia Výkon sa uhrádza: v prípade abnormálneho cytologického nálezu u poistienky ak ho vykoná lekár evidovaný v informačnom systéme zdravotnej poisťovne u daného poskytovateľa a tento lekár je súčasne uvedený v Zozname lekárov na konzultácie v prípade zistených abnormálnych cytologických náleзов alebo v inom obdobnom zozname zverejnenom na webovom sídle Ministerstva zdravotníctva SR a platnom v čase vykonania výkonu, ak bol vykázaný v rámci manažmentu abnormálnych cytologických náleзов s niektorou z nasledovných cytologických diagnóz: Ascus- R87.60, ASC-H- R87.61, L-SIL- R87.62, H-SIL-R87.63, karcinóm- R87.64, chýbajú žľazové bunky transformačnej zóny- R87.65, Iný abnormálny cytologický nálež- R87.66, Nešpecifikovaný abnormálny cytologický nálež- R87.67, ak bol vykázaný po stanovení histologickej diagnózy v rámci ďalšieho sledovania, follow up, s niektorým z nasledovných histologických diagnostických kódov: N87.0 (CIN I, low grade SIL, ľahká dysplázia, N87.1 (CIN II), D06.0 (CGIN, AIS), D06.1 (CIN III, high grade SIL, ťažká dysplázia), C53.0-9 (invazívny karcinóm), aj v rámci ambulancií ŠAS s odbornosťou 017, 019, 229, 722 ak sú predmetom dohodnutého rozsahu poskytovania zdravotnej starostlivosti.	15

IV. Špecializovaná ambulantná starostlivosť

1. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti:

Špecifikácia výkonov a podmienok úhrady	cena bodu v €
Výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti (ďalej aj ako „ŠAS“) s výnimkou iných výkonov ŠAS špecifikovaných v tejto tabuľke.	0,0336
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 pôrodníctvo.	0,0336
Výkony s kódmi 60, 60r, 62, 63, 60r, 200, 201, 204, 2018, 2018a, 2100, 2101, 2106, 2000, 2001, 2002, 2003	0,0380
Cielené artrologické vyšetrenie Výkon s kódom 1A02072 zahŕňa nasledovné činnosti: • Vyšetrenie periférnych kĺbov - vyšetrenie ich tvaru, teploty, farby kože nad kĺbami, vyšetrenie zmien na koži a adnexách, hybnosti kĺbov a rozsahu pohybov, hodnotenie zvukových fenoménov, vyšetrenie funkčných porúch kĺbov, vyšetrenie úponov. • Vyšetrenie chrbtice - postavenie, palpačné vyšetrenie stavcov, stavcových výbežkov, paravertebrálnych svalov, hybnosti, deformít, postavenia lopatiek, panvy, gluteálneho svalstva, stuhlosti svalstva, vyšetrenie dýchacích exkurzií, vyšetrenie entezopatických zmien, vyšetrenie pohyblivosti jednotlivých úsekov chrbtice. Podmienky úhrady výkonu: • výkon zahŕňa fyzikálne vyšetrenie 68 kĺbov horných aj dolných končatín a chrbtice s dôkladným zápisom do zdravotnej dokumentácie, • výkon je možné vykazovať len pri dg. M02.*- M09*, M10*- M13*, M30*-M35*, M45*, M46.8*, M46.9*, • akceptuje sa u odborností ŠAS s kódmi: 045, 145, • je možné kombinovať s výkonmi č. 60, 60r, 62 a 63, • nie je možné kombinovať s výkonmi č. 66, 503 a 504, • výkon sa ohodnocuje 1300 bodmi. Maximálna frekvencia vykazovania výkonu: 4 x za 12 mesiacov.	0,0336
Výkon s kódom 15d sa ohodnocuje 150 bodmi. Výkon popisu RTG natívnej snímky vykonaný lekárom špecialistom v súvislosti s uskutočneným zdravotným výkonom. Akceptuje sa u odborností ŠAS s kódmi: 001, 003, 007, 010, 011, 012, 013, 014, 027, 037, 039, 045, 049, 064, 107, 108, 109, 114, 145, 155, 156. 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.	0,0200

2. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné výkony SVLZ a CRP poskytnuté na ambulancii ŠAS:

Špecifikácia výkonov	Cena bodu v €
Výkony SVLZ poskytnuté na ambulancii ŠAS, s výnimkou iných SVLZ výkonov špecifikovaných v tejto tabuľke.	0,01031
Výkony s kódmi 5153a, 5153b, 5333 a výkony z kapitoly „IV. ULTRAZVUK – USG“ v Katalógu zdravotných výkonov vydaného nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z. v platnom znení	0,01107
Výkony s kódmi 5330, 5331, 5332	0,00550
Výkony s kódmi 5727, 5766, 5769, 5770, 5771, 5772, 5775, 5778, 5793, 5794, 5795	0,02463
Výkon C - reaktívny proteín s kódom 4571a, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil (380 bodov)	0,01580

3. Príslušnou cenou bodu 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 (výslednej) ceny bodu za výkony ŠAS podľa tejto časti prílohy. Výkony sa vykazujú v prípadoch určených Katalógom zdravotných výkonov. Nad rámec Katalógu zdravotných výkonov je možné výkony 65, 66, 67 vykazovať aj u detí do dňa ich 10.narodenín (vrátane tohto dňa).
60r	480	
62	270	
63	210	
65	200	
66	320	
67	200	
62b	900	Vyšetrenie pacienta s potvrdeným ochorením COVID-19 Diagnostické iniciálne alebo kontrolné vyšetrenie u pacienta s potvrdeným ochorením Covid 19 obsahuje cieľnú anamnézu, popis subjektívnych ťažkostí a objektívne fyzikálne vyšetrenie so zameraním na konkrétny symptóm, syndróm alebo diagnózu, zhodnotenie dostupných laboratórnych, pomocných a konziliárnych vyšetrení, stanovenie diagnózy, vypísanie lekárskej správy, vypísanie lekárskeho predpisu, prípadne lekárskeho poukazov, vypísanie žiadaniek, indikácia potrebných laboratórnych, pomocných alebo iných odborných vyšetrení, odporúčanie terapie a ďalšieho postupu, prípadne termínu najbližšej kontroly. Výkon: - vykonáva príslušný lekár špecialista v prípade, že bolo indikované odborné vyšetrenie v niektorom špecializačnom odbore u pacienta s ochorením COVID-19, so základnou diagnózou inou ako je U07.1, - sa vykonáva s použitím osobných ochranných pomôcok, - nie je možné súčasne vykazovať na úhradu do zdravotnej poisťovne s výkonom 67, - sa uhrádza maximálne 1x za deň u jedného poistenca s potvrdeným laboratórnym výsledkom (PCR test) alebo antigénovým testom na prítomnosť SARS-CoV-2 nie starším ako 14 dní v deň poskytnutia výkonu.

4. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné výkony telemedicíny za podmienok úhrady uvedených v tejto tabuľke:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
1b	Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty alebo telefonicky (160 bodov) Konzultácia s pacientom prostredníctvom elektronickej pošty (email), SMS alebo telefonicky obsahuje cieľnú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly, vo vzťahu k jednému orgánovému systému, popis subjektívnych ťažkostí, diagnostický záver, poučenie o diéte a životospráve, v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplynuli z konzultácie ohľadom zdravotného stavu, prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára, poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie. Vykazovanie výkonu: - výkon sa vykonáva ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta, - zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii, - súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný čas poskytnutia zdravotného výkonu, popis zdravotného výkonu, prípadne dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne aj záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára, - výkon sa nevykonáva súčasne s inými výkonmi, - výkon sa nevykonáva pre telefonické objednávanie pacienta, - vykonáva sa samostatne, najviac 1x za deň, - maximálna frekvencia 3x v kalendárnom mesiaci.	0,035
11a	Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor), (210 bodov) Konzultácia s pacientom prostredníctvom doložiteľnej videokomunikácie (musí prebehnúť priamy videoprenos cez webovú aplikáciu alebo videohovor) v online prostredí v danom čase, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie, realizáciu fotografií pacienta / vyšetřovaného orgánu pre pridanie do zdravotnej dokumentácie a obsahuje cieľnú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom alebo k psychickej poruche, zhodnotenie výsledkov, vypísanie receptov, prípadne vypísanie žiadaniek na ďalšie vyšetrenie, poučenie pacienta, diagnostický záver, určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára. Vykazovanie zdravotného výkonu: - výkon sa vykonáva ako komplexná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia, - súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný čas poskytnutia zdravotného	0,035

	výkonu, popis zdravotného výkonu, diagnostický záver, ak je potrebné dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, - vykazuje sa samostatne, najviac 1x deň.	
70	Opätovné lekárske vystavenie receptov a (alebo) poukazov na základe požiadavky pacienta prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefónu (40 bodov) Popis výkonu: vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronickou formou pre lieky/zdravotné pomôcky/dietetické potraviny Vykazovanie výkonu: - výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta, - súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj z online prostredia, údaj, kedy bol recept a/alebo poukaz vypísaný a údaj o predpise lieku/zdravotnej pomôcky/dietetických potravín pacientovi prostredníctvom elektronických služieb, - výkon sa vzťahuje na jedného pacienta bez ohľadu na počet liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín, ktoré boli pacientovi predpísané, najviac 1x za deň, bez ohľadu na počet vystavených receptov a/alebo poukazov, - ak ide o elektronický predpis liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín typu opakovaný recept (preskripčný záznam s poznámkou „REPETATUR“) výkon sa vykazuje samostatne za každý vystavený recept a/alebo poukaz, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi, maximálna frekvencia: 3x v kalendárnom mesiaci.	0,035
1b 11a 70	Spoločné podmienky vykazovania a uhrádzania výkonov 1b, 11a a 70 Union zdravotná poisťovňa, a. s. výkony akceptuje len za predpokladu, že relevantnú medicínsku radu alebo konzultáciu je možné poskytnúť poistencovi alebo jeho zákonnému zástupcovi telefonickou formou alebo formou videohovoru alebo inou elektronickou formou s ohľadom na zdravotný stav poistenca pri zachovaní správnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.. Telefonický rozhovor alebo videohovor alebo iná elektronická komunikácia medzi pacientom a lekárom musí bezprostredne súvisieť s problematikou diagnostickej alebo terapeutickú starostlivosti. Poskytovateľ v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z. vykoná zápis do zdravotnej dokumentácie daného poistenca o poskytnutí telefonického rady poistencovi Union ZP alebo jeho zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom poistenca v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z.. Výkony nie je možné vzájomne kombinovať a ani kombinovať s inými výkonmi. Zo strany poskytovateľa sú dodržané ostatné podmienky úhrady výkonov vyplývajúce z príslušných zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v platnom znení a všeobecne záväzných právnych predpisov. Nástroj použitý na videokonzultáciu spĺňa základné parametre bezpečnosti prenosu dát a ochrany osobných údajov podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov a nariadenia 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 (tzv. nariadenie GDPR). Prenos dát pri videohovore medzi pacientom a lekárom je zabezpečený takým spôsobom, že obsah videohovoru nie je dostupný ani prevádzkovateľovi nástroja, keď prevádzkovateľom nie je samotné zdravotnícke zariadenie; takého zabezpečenia je možné docieľať tým, že hovor je po celú dobu šifrovaný a nie je distribuovaný cez ďalšie aplikačné servery. Nástroj pre registráciu pacienta nevyžaduje údaje, okrem tých, ktoré sú nevyhnutné pre samotné spustenie videohovoru.	0,035

5. Cenou výkonu sa uhrádzajú nasledovné výkony:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena za výkon v €
629b	Skríningový antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou Obsahová náplň výkonu: Skríningový, rýchly antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou zahŕňa odber biologického materiálu na stanovenie antigénov SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou pomocou prístroja na odčítanie výsledku reakcie, vrátane použitia osobných ochranných pracovných prostriedkov a dezinfekcie. Zdravotný výkon vykonáva lekár alebo sestra, sestra špecialistka alebo iný zdravotnícky pracovník. Vyhodnotenie je súčasťou zdravotného výkonu. Výkon: - je indikovaný na základe klinickej (nie výlučne epidemiologickej) indikácie ošetrojúceho lekára, - uhrádza sa u symptomatického pacienta s klinickými príznakmi respiračného syndrómu, - vykazuje sa diagnózou U07.1 alebo U07.2, - sa uhrádza u jedného poistenca maximálne 2x za 30 dní,	10,20

	- bol zrealizovaný za pomoci certifikovaného antigénového testu. Odber pre účely výkonu sa vykonáva s použitím osobitných ochranných pracovných prostriedkov: - respirátor FFP2-3 prekrytý rúškom, - ochranný plastický tvárový štít alebo okuliare, - jednorazové rukavice. Zároveň sú splnené aj tieto podmienky: - zrealizuje sa dezinfekcia bezprostredného priestoru po odbere pre účely daných výkonov, - poskytovateľ v prípade pozitívne testovaného poistenca zabezpečil ďalší manažment starostlivosti o pacienta. Výkony 629a a 629b nie je možné vzájomne kombinovať pri jednom vyšetrení pacienta.	
3860	Stanovenie D-diméru Uhrádza sa: - pri potrebe rýchlej diagnostiky a terapie predovšetkým tromboembolickej choroby, t.j hlbokoj žilovej trombózy a/alebo pľúcnej embólie, - s kódmi choroby: I26.-, I26.0, I26.9, I80.0-I83.9, I87.0-I88.-, - maximálne 1x denne u jedného poistenca. Vyšetrenie nie je povolené vykázat, ak poskytovateľ v ten istý deň indikoval vykonanie daného vyšetrenia aj u poskytovateľa SVLZ na laboratórnu diagnostiku.	8,95
4485	Stanovenie Troponínu Uhrádza sa: - za účelom stanovenia kardiálneho troponínu v ambulancii poskytovateľa pre potreby urýchlenej a spresnenej diferenciálnej diagnostiky bolesti na hrudníku a stanovenia diagnózy akútneho infarktu myokardu za neprítomnosti zmien v EKG obraze, - len u poskytovateľa, ktorý má súčasne zazmluvnený prístroj EKG, ktorým je vybavená ambulancia poskytovateľa, v ktorej sa stanovuje troponín, - s kódmi choroby: I20.-, I20.0-1, I20.8-9, I21.-, I21.0-4, I21.9, I22.-, I22.0-1, I22.8-9, - maximálne 2x denne u jedného poistenca (maximálne 3x za kalendárny rok). Vyšetrenie nie je povolené vykázat, ak poskytovateľ v ten istý deň indikoval vykonanie daného vyšetrenia aj u poskytovateľa SVLZ na laboratórnu diagnostiku.	11,50
44418	N-terminálny fragment (NT-proBNP) Uhrádza sa: - za účelom vylúčenia akútneho srdcového zlyhania pri náhle vzniknutej dýchavičnosti a pri diagnostike včasného štádia chronického srdcového zlyhávania ako aj na spresnenie a monitorovanie účinku liečby srdcového zlyhávania, - s kódmi choroby: R06.0, I50.-, I50.0-1, I50.11-14, I50.19, I50.9, - maximálne 1x denne u jedného poistenca (maximálne 3x za kalendárny rok). Vyšetrenie nie je povolené vykázat, ak poskytovateľ v ten istý deň indikoval vykonanie daného vyšetrenia aj u poskytovateľa SVLZ na laboratórnu diagnostiku.	19,75
H0006	Stratifikácia kardiovaskulárneho rizika Výkon sa uhrádza v rámci odbornosti endokrinológia za nasledovných podmienok: - poskytovateľ vykonáva u poistencov stratifikáciu kardiovaskulárneho rizika systémom SCORE2 a SCORE2-OP, - maximálne 1x za kalendárny rok u jedného poistenca nad 40 rokov, - ak je vykazaný pri vyšetrení poistenca s diabetes mellitus 2.typu, a s kódom diagnózy, pre ktorú bola stratifikácia kardiovaskulárneho rizika u poistenca vykonaná, - výkon u daného poistenca v tom istom roku ešte nebol uhradený inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, - ak je s výkonom v dávke 753b Dátové rozhranie – Vykazovanie výkonov v ambulantnej zdravotnej starostlivosti určenom príslušným metodickým usmernením Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, v položke č. 13 – PRIPOČÍTATEĽNÁ POLOŽKA v závislosti od rizika alebo dosiahnutého skóre vykázaná pripočítateľná položka v tvare: • SKOR01 pri nízkom riziku, • SKOR02 pri strednom riziku, • SKOR03 pri vysokom riziku, • SKOR04 pri veľmi vysokom riziku, • SKOR05 pri extrémne vysokom riziku. pričom na 5. a 6. mieste položky je vyjadrenie dosiahnutého skóre, poskytovateľ súhlasí, aby zdravotná poisťovňa analyzovala údaje o dosiahnutom skóre jeho pacientov pre účely benchmarku poskytovateľov zdravotnej starostlivosti; o výsledkoch takejto analýzy zdravotná poisťovňa môže oboznámiť poskytovateľa. Podmienkou úhrady je vloženie vyhodnotenia výsledku vyšetrenia do systému eZdravie.	5,82
H0007	Meranie INR z kapilárnej krvi (ďalej aj ako „vyšetrenie INR“) sa uhrádza, ak poskytovateľ: - je držiteľom certifikátu o absolvovaní certifikačného školenia na Lekárskej fakulte Slovenskej zdravotníckej univerzity (LF SZU) alebo predloží písomné čestné vyhlásenie, že sa oboznámil a bude dodržiavať postupy antikoagulačnej liečby zverejnené na webovom sídle zdravotnej poisťovne,	6,06

	- je účastníkom povinného externého hodnotenia kvality akreditovaným prevádzkovateľom EHK so získaním osvedčenia o účasti a absolvovaní externého hodnotenia kvality v dvojročnom cykle, - je držiteľom Prehlásenia ES o zhode P.O.C.T. prístroja podľa smernice IVD; technická špecifikácia prístroja je v zhode s ISO 17593 a ISO 22870 a metrologická nadväznosť merania je v súlade s WHO, - dodržiava indikácie a štandardné terapeutické postupy pri výkone zdravotného výkonu, - správne vedie a archivuje zdravotnú dokumentáciu vrátane písomného záznamu o posúdení rizika krvácania a určenia rizika tromboembolizmu pri nastavovaní pacienta na antikoagulačnú liečbu, - vedie dokumentáciu údržby P.O.C.T. prístroja v predpísanom režime. - je povinný v polročných intervaloch vyhodnotiť a v dokumentácii zaznamenať hodnotu TTR. - Vyšetrenie INR nie je povolené vykazať, ak súčasne v ten istý deň bolo toto vyšetrenie indikované do laboratória. Maximálna frekvencia vyšetrení INR u jedného poistenca je 16x za rok.	
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 poistencovi 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. Podmienkou úhrady je vloženie vyhodnotenia výsledku vyšetrenia do systému eZdravie.	6,98

6. Pevnou sumou zdravotná poisťovňa uhrádza individuálne pripočítateľné položky (IPP) vykázané v dávke 753b určenej príslušným metodickým usmernením Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, v položke č. 13 – PRIPOČÍTATEĽNÁ POLOŽKA s kódom, v sume, k výkonom a v rámci odborností ŠAS v zmysle tabuľky tohto bodu:

Kód IPP	Suma (€)	K výkonu s kódom	Akceptované u odborností ŠAS
IPP1	3,71	60	002; 018; 027; 040; 140;
IPP2	3,18	62	002; 018; 027; 040; 140;
IPP3	2,12	63	002; 018; 027; 040; 140;
IPP4	5,83	60	001; 003, 004; 060; 064; 116; 156
IPP5	4,24	62	001; 003, 004; 060; 064; 116; 156
IPP6	3,18	63	001; 003, 004; 060; 064; 116; 156
IPP7	1,06	60r	045; 145

7. V prípade, že poskytovateľ pri poskytovaní ambulantnej zdravotnej starostlivosti použije špecializovaný zdravotnícky materiál uvedený v Zozname ŠZM, zdravotná poisťovňa uhradí tento ŠZM ako pripočítateľnú položku k úhrade zdravotného výkonu do výšky obstarávacej ceny ŠZM, najviac však do výšky príslušnej maximálnej úhrady zdravotnej poisťovne za ŠZM uvedenej v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne pri súčasnom dodržaní všetkých ostatných príslušných podmienok úhrady ŠZM, ak nie je dojednané inak. Ak je obstarávacia cena ŠZM vyššia ako maximálna úhrada zdravotnej poisťovne za ŠZM ako pripočítateľnej položky uvedená v Zozname ŠZM zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne, je tento rozdiel zahrnutý do zdravotného výkonu, v súvislosti s ktorou bol ŠZM použitý. Týmto nie je dotknutá výška doplatku poistenca na úhradu ŠZM.

8. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi zapojenému do projektu „Manažment pacienta s diagnózou srdcového zlyhávania za pomoci tele-monitoringu vitálnych funkcií“ cenou výkonu nasledovné výkony telemedicíny za uvedených podmienok:

- a) pacient spĺňajúci inklúzne kritériá (pacienti s diagnostikovaným chronickým srdcovým zlyhávaním (pEF, mrEF a rEF), mentálna úroveň umožňujúca selfmonitoring a obsluhu zariadení pre telemonitoring alebo adekvátna starostlivosť iným človekom (opatrovateľ alebo rodinný príslušník) a ochota podpísať informovaný súhlas) a nenapĺňajúci exklúzne kritériá (pacienti s akútnym koronárnym syndrómom, s iným typom vzdialeného monitoringu, iníciaľne vhodní na hospitalizačnú liečbu, v terminálnom štádiu choroby, s mentálnym stavom nevhodným pre samostatné meranie a používanie telemedicínskeho zariadenia a/alebo závažné komorbidity vylučujúce úspešnú participáciu na projekte (podľa rozhodnutia lekára)) je na monitoring zaradený kardiologickou ambulanciou,
- b) lekár určí diagnózu a typ srdcového zlyhávania podľa všeobecne akceptovaných kritérií ESCG 2021, tak aby sa dala podľa dokumentácie späť overiť,
- c) kardiológ pacienta poučí o ďalšej liečbe a monitoringu a dá mu podpísať informovaný súhlas,

d) lekár vyplní vstupný dotazník (anamnestické údaje, typ SZ, aktuálna liečba),

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena za výkon v €
1b	Sledovanie vitálnych funkcií pacienta v domácom prostredí Obsahová náplň výkonu: na monitoring sa využíva technológia vzdialeného monitoringu, ktorá umožňuje monitorovanie pacienta z domáceho prostredia. V rámci telemedicínskeho monitoringu prehodnocuje lekár zaznamenané dáta 1x za 7 dní. Výkon: - uhrádza sa u pacienta s diagnostikovaným chronickým srdcovým zlyhávaním, - vykazuje sa s diagnózou Z03.5, - vykazuje a uhrádza sa u jedného poistenca 1x za 7 dní, - u monitorovaných pacientov nie je možné kombinovať s výkonom 1b hrazeným cenou bodu.	10
11a	Vyhodnocovanie dlhodobého monitoringu vitálnych funkcií pacienta v domácom prostredí Obsahová náplň výkonu: - vyhodnotenie dlhodobého monitoringu vitálnych funkcií pacienta za ukončený mesiac monitorovania, - lekár určuje prípadnú prezenčnú alebo online kontrolu pacienta podľa vlastného uváženia alebo pri výskyte nasledujúcich odchýlok: • nárast hmotnosti ≥ 1 kg za týždeň • Srdcová frekvencia $\geq 100/\text{min.}$ pri SR, $\geq 120/\text{min}$ pri FA • sTK ≥ 160 mmHg • sTK ≤ 80 mmHg • SaO₂ $\leq 93\%$ • pretrvávajúce príznaky kongescie zhoršujúcej kvalitu života ≥ 3 dni v týždni - online kontrola je súčasťou výkonu, - zmena medikácie na základe telemedicínskych dát a oznámenie tejto zmeny pacientovi sa tiež považuje za online kontrolu. Výkon: - uhrádza sa u pacienta s diagnostikovaným chronickým srdcovým zlyhávaním, - vykazuje sa s diagnózou Z03.5, - vykazuje a uhrádza sa maximálne 1x za každý ukončený mesiac sledovania, - u monitorovaných pacientov nie je možné kombinovať s výkonom 11a hrazeným cenou bodu, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi.	20

A. Špecializovaná ambulantná starostlivosť v špecializačnom odbore gastroenterológia

1. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti:

Špecifikácia výkonov a podmienok úhrady	Cena bodu v €
Výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti (ďalej aj ako „ŠAS“) s výnimkou iných výkonov ŠAS špecifikovaných v tejto tabuľke.	0,0336
Výkony s kódmi 60, 62, 63, 755, 756, 760, 761, 762, 763, 763a	0,0380

2. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné výkony telemedicíny za podmienok úhrady uvedených v tejto tabuľke:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
1b	Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty alebo telefonicky (160 bodov) Konzultácia s pacientom prostredníctvom elektronickej pošty (email), SMS alebo telefonicky obsahuje cielenú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly, vo vzťahu k jednému orgánovému systému, popis subjektívnych ťažkostí, diagnostický záver, poučenie o diéte a životospráve, v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplynuli z konzultácie ohľadom zdravotného stavu, prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára, poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie. Vykazovanie výkonu: - výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta, - zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii, - súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný čas poskytnutia zdravotného výkonu, popis zdravotného výkonu, prípadne dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne aj záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, - výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta, - vykazuje sa samostatne, najviac 1x za deň, - maximálna frekvencia: 3x v kalendárnom mesiaci.	0,035
11a	Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor), (210 bodov) Konzultácia s pacientom prostredníctvom doložiteľnej videokomunikácie (musí prebehnúť priamy videoprenos cez webovú aplikáciu alebo videohovor) v online prostredí v danom čase, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie, realizáciu fotografií pacienta / vyšetrovaného orgánu pre pridanie do zdravotnej dokumentácie a obsahuje cielenú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom alebo k psychickej poruche, zhodnotenie výsledkov, vypísanie receptov, prípadne vypísanie žiadaniek na ďalšie vyšetrenie, poučenie pacienta, diagnostický záver, určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára. Vykazovanie zdravotného výkonu: - výkon sa vykazuje ako komplexná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia, - súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný čas poskytnutia zdravotného výkonu, popis zdravotného výkonu, diagnostický záver, ak je potrebné dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, - vykazuje sa samostatne, najviac 1x deň.	0,035
70	Opätovné lekárske vystavenie receptov a (alebo) poukazov na základe požiadavky pacienta prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefónu (40 bodov) Popis výkonu: vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronickou formou pre lieky/zdravotné pomôcky/dietetické potraviny Vykazovanie výkonu: - výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta, - súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj z online prostredia, údaj, kedy bol recept a/alebo poukaz vypísaný a údaj o predpise lieku/zdravotnej pomôcky/dietetických potravín pacientovi prostredníctvom elektronických služieb, - výkon sa vzťahuje na jedného pacienta bez ohľadu na počet liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín, ktoré boli pacientovi predpísané, najviac 1x za deň, bez ohľadu na počet vystavených receptov a/alebo poukazov, - ak ide o elektronický predpis liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín typu	0,035

	opakovaný recept (preskripčný záznam s poznámkou „REPETATUR“) výkon sa vykazuje samostatne za každý vystavený recept a/alebo poukaz, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi, maximálna frekvencia: 3x v kalendárnom mesiaci.	
1b 11a 70	Spoločné podmienky vykazovania a uhrádzania výkonov 1b, 11a a 70 Union zdravotná poisťovňa, a. s. výkony akceptuje len za predpokladu, že relevantnú medicínsku radu alebo konzultáciu je možné poskytnúť poistencovi alebo jeho zákonnému zástupcovi telefonickou formou alebo formou videohovoru alebo inou elektronickou formou s ohľadom na zdravotný stav poistenca pri zachovaní správnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.. Telefonický rozhovor alebo videohovor alebo iná elektronická komunikácia medzi pacientom a lekárom musí bezprostredne súvisieť s problematikou diagnostickej alebo terapeutической starostlivosti. Poskytovateľ v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z. vykoná zápis do zdravotnej dokumentácie daného poistenca o poskytnutí telefonickej rady poistencovi Union ZP alebo jeho zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom poistenca v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z.. Výkony nie je možné vzájomne kombinovať a ani kombinovať s inými výkonmi. Zo strany poskytovateľa sú dodržané ostatné podmienky úhrady výkonov vyplývajúce z príslušných zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v platnom znení a všeobecne záväzných právnych predpisov. Nástroj použitý na videokonzultáciu spĺňa základné parametre bezpečnosti prenosu dát a ochrany osobných údajov podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov a nariadenia 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 (tzv. nariadenie GDPR). Prenos dát pri videohovore medzi pacientom a lekárom je zabezpečený takým spôsobom, že obsah videohovoru nie je dostupný ani prevádzkovateľovi nástroja, keď prevádzkovateľom nie je samotné zdravotnícke zariadenie; takého zabezpečenia je možné docieľiť tým, že hovor je po celú dobu šifrovaný a nie je distribuovaný cez ďalšie aplikačné servery. Nástroj pre registráciu pacienta nevyžaduje údaje, okrem tých, ktoré sú nevyhnutné pre samotné spustenie videohovoru.	0,035

3. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné SVLZ výkony a CRP poskytnuté na ambulancii ŠAS:

Špecifikácia výkonov	Cena bodu v €
Výkony SVLZ poskytnuté na ambulancii ŠAS, s výnimkou iných SVLZ výkonov špecifikovaných v tejto tabuľke.	0,01031
Výkony s kódmi 5153a, 5153b a výkony z kapitoly „IV. ULTRAZVUK – USG“ v Katalógu zdravotných výkonov vydaného nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z. v platnom znení	0,01107
Výkon C - reaktívny proteín s kódom 4571a, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil (380 bodov)	0,0158

4. Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0779 €** 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 karcinómu⁵⁾, za podmienok podľa tejto tabuľky:

Kód výkonu	Vykazovanie / výsledok	Počet bodov / vyšetrenie	Vek / frekvencia
760sp* 760pp*	vykazuje sa v prípade <u>pozitívneho</u> nálezu s kódom choroby Z12.1	1 500	vo veku nad 50 rokov, 1x 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	3 000	
763sn* 763pn*	vykazuje sa v prípade <u>negatívneho</u> nálezu s kódom choroby Z12.1		

* Výkon sa uhrádza na základe splnenia povinnosti poskytovateľa podľa bodu 4.6. písm. f) tejto zmluvy, prípadne aj po preukázaní ďalších podmienok úhrady výkonu, t. j. po predložení rozhodnutia ministerstva zdravotníctva o zaradení gastroenterologického pracovníka do programu skríningu kolorektálneho karcinómu.

⁵⁾ Zoznam endoskopických pracovísk a zoznam špecialistov oprávnených na výkon skríningu kolorektálneho karcinómu je zverejnený na www.health.gov.sk.

b) poskytovateľovi **nezaradenému** do programu skríningu kolorektálneho karcinómu 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	3 000

5. Cenou bodu 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 (výslednej) ceny bodu za výkony ŠAS podľa tejto časti prílohy. Výkony sa vykazujú v prípadoch určených Katalógom zdravotných výkonov Nad rámec Katalógu zdravotných výkonov je možné výkony 65, 66, 67 vykazovať aj u detí do dňa ich 10.narodenín (vrátane tohto dňa).
62	270	
63	210	
65	200	
66	320	
67	200	
62b	900	Vyšetrenie pacienta s potvrdeným ochorením COVID-19 Diagnostické iniciálne alebo kontrolné vyšetrenie u pacienta s potvrdeným ochorením Covid 19 obsahuje cielenú anamnézu, popis subjektívnych ťažkostí a objektívne fyzikálne vyšetrenie so zameraním na konkrétny symptóm, syndróm alebo diagnózu, zhodnotenie dostupných laboratórnych, pomocných a konziliárnych vyšetrení, stanovenie diagnózy, vypísanie lekárskej správy, vypísanie lekárskeho predpisu, prípadne lekárskeho poukazu, vypísanie žiadaniek, indikácia potrebných laboratórnych, pomocných alebo iných odborných vyšetrení, odporúčanie terapie a ďalšieho postupu, prípadne termínu najbližšej kontroly. Výkon: - vykazuje príslušný lekár špecialista v prípade, že bolo indikované odborné vyšetrenie v niektorom špecializačnom odbore u pacienta s ochorením COVID-19, so základnou diagnózou inou ako je U07.1, - sa vykonáva s použitím osobných ochranných pomôcok, - nie je možné súčasne vykazovať na úhradu do zdravotnej poisťovne s výkonom 67, - sa uhrádza maximálne 1x za deň u jedného poistenca s potvrdeným laboratórnym výsledkom (PCR test) alebo antigénovým testom na prítomnosť SARS-CoV-2 nie starším ako 14 dní v deň poskytnutia výkonu.

6. Cenou výkonu sa uhrádzajú nasledovné výkony:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena za výkon v €
629b	Skríningový antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou Obsahová náplň výkonu: Skríningový, rýchly antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou zahŕňa odber biologického materiálu na stanovenie antigénov SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou pomocou prístroja na odčítanie výsledku reakcie, vrátane použitia osobných ochranných pracovných prostriedkov a dezinfekcie. Zdravotný výkon vykonáva lekár alebo sestra, sestra špecialistka alebo iný zdravotnícky pracovník. Vyhodnotenie je súčasťou zdravotného výkonu. Výkon: - je indikovaný na základe klinickej (nie výlučne epidemiologickej) indikácie ošetrojúceho lekára, - uhrádza sa u symptomatického pacienta s klinickými príznakmi respiračného syndrómu, - vykazuje sa diagnózou U07.1 alebo U07.2, - sa uhrádza u jedného poistenca maximálne 2x za 30 dní, - bol zrealizovaný za pomoci certifikovaného antigénového testu. Odber pre účely výkonu sa vykonáva s použitím osobitných ochranných pracovných prostriedkov: - respirátor FFP2-3 prekrytý rúškom, - ochranný plastický tvárový štít alebo okuliare, - jednorazové rukavice. Zároveň sú splnené aj tieto podmienky: - zrealizuje sa dezinfekcia bezprostredného priestoru po odbere pre účely daných výkonov, - poskytovateľ v prípade pozitívne testovaného poistenca zabezpečil ďalší manažment starostlivosti o pacienta. Výkony 629a a 629b nie je možné vzájomne kombinovať pri jednom vyšetrení pacienta.	10,20

7. V prípade, že poskytovateľ pri poskytovaní ambulantnej zdravotnej starostlivosti špecializovaný použije zdravotnícky materiál uvedený v Zozname ŠZM, zdravotná poisťovňa uhradí tento ŠZM ako pripočítateľnú položku k úhrade zdravotného výkonu do výšky obstarávacej ceny ŠZM, najviac však do výšky príslušnej maximálnej úhrady zdravotnej poisťovne za ŠZM uvedenej v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne pri súčasnom dodržaní všetkých ostatných príslušných podmienok úhrady ŠZM, ak nie je dojednané inak. Ak je obstarávacia cena ŠZM vyššia ako maximálna úhrada zdravotnej poisťovne za ŠZM ako pripočítateľnej položky uvedená v Zozname ŠZM zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne, je tento rozdiel zahrnutý do zdravotného výkonu, v súvislosti s ktorou bol ŠZM použitý. Týmto nie je dotknutá výška doplatku poistenca na úhradu ŠZM.

B. Špecializovaná ambulantná starostlivosť v špecializačnom odbore urológia

1. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti:

Špecifikácia výkonov a podmienok úhrady	Cena bodu v €
Výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti (ďalej aj ako „ŠAS“) s výnimkou iných výkonov ŠAS špecifikovaných v tejto tabuľke.	0,0336
Výkony s kódmi 60, 62, 63	0,0380
Výkon 15d sa ohodnocuje 150 bodmi. Výkon popisu RTG natívnej snímky vykonaný lekárom špecialistom v súvislosti s uskutočneným zdravotným výkonom. 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.	0,0200
Výkon 158 sa vykazuje: – u poistencov od 40. roku veku 1x za dva roky alebo za podmienok a vo frekvencii podľa zákona č. 577/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov, – s kódom choroby Z12.5. Môže sa vykázať s výkonom 5302.	0,0845

2. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné výkony telemedicíny za podmienok úhrady uvedených v tejto tabuľke:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
1b	Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty alebo telefonicky (160 bodov) Konzultácia s pacientom prostredníctvom elektronickej pošty (email), SMS alebo telefonicky obsahuje cieľnú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly, vo vzťahu k jednému orgánovému systému, popis subjektívnych ťažkostí, diagnostický záver, poučenie o dieťe a životospráve, v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplývajú z konzultácie ohľadom zdravotného stavu, prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára, poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie. Vykazovanie výkonu: - výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta, - zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii, - súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný čas poskytnutia zdravotného výkonu, popis zdravotného výkonu, prípadne dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne aj záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, - výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta, - vykazuje sa samostatne, najviac 1x za deň, - maximálna frekvencia: 3x v kalendárnom mesiaci.	0,035
11a	Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor), (210 bodov) Konzultácia s pacientom prostredníctvom doložiteľnej videokomunikácie (musí prebehnúť priamy videoprenos cez webovú aplikáciu alebo videohovor) v online prostredí v danom čase, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie, realizáciu fotografií pacienta / vyšetřovaného orgánu pre pridanie do zdravotnej dokumentácie a obsahuje cieľnú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom alebo k psychickej poruche, zhodnotenie výsledkov, vypísanie receptov, prípadne vypísanie žiadaniek na ďalšie vyšetrenie, poučenie pacienta, diagnostický záver, určenie dátumu	0,035

	ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára. Vykazovanie zdravotného výkonu: - výkon sa vykazuje ako komplexná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia, - súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný čas poskytnutia zdravotného výkonu, popis zdravotného výkonu, diagnostický záver, ak je potrebné dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, - vykazuje sa samostatne, najviac 1x deň.	
70	Opätovné lekárske vystavenie receptov a (alebo) poukazov na základe požiadavky pacienta prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefónu (40 bodov) Popis výkonu: vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronickou formou pre lieky/zdravotné pomôcky/dietetické potraviny Vykazovanie výkonu: - výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta, - súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj z online prostredia, údaj, kedy bol recept a/alebo poukaz vypísaný a údaj o predpise lieku/zdravotnej pomôcky/dietetických potravín pacientovi prostredníctvom elektronických služieb, - výkon sa vzťahuje na jedného pacienta bez ohľadu na počet liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín, ktoré boli pacientovi predpísané, najviac 1x za deň, bez ohľadu na počet vystavených receptov a/alebo poukazov, - ak ide o elektronický predpis liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín typu opakovaný recept (preskripčný záznam s poznámkou „REPETATUR“) výkon sa vykazuje samostatne za každý vystavený recept a/alebo poukaz, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi, maximálna frekvencia: 3x v kalendárnom mesiaci.	0,035
1b 11a 70	Spoločné podmienky vykazovania a uhrádzania výkonov 1b, 11a a 70 Union zdravotná poisťovňa, a. s. výkony akceptuje len za predpokladu, že relevantnú medicínsku radu alebo konzultáciu je možné poskytnúť poistencovi alebo jeho zákonnému zástupcovi telefonickou formou alebo formou videohovoru alebo inou elektronickou formou s ohľadom na zdravotný stav poistenca pri zachovaní správnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.. Telefonický rozhovor alebo videohovor alebo iná elektronická komunikácia medzi pacientom a lekárom musí bezprostredne súvisieť s problematikou diagnostickej alebo terapeutической starostlivosti. Poskytovateľ v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z. vykoná zápis do zdravotnej dokumentácie daného poistenca o poskytnutí telefonickej rady poistencovi Union ZP alebo jeho zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom poistenca v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z.. Výkony nie je možné vzájomne kombinovať a ani kombinovať s inými výkonmi. Zo strany poskytovateľa sú dodržané ostatné podmienky úhrady výkonov vyplývajúce z príslušných zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v platnom znení a všeobecne záväzných právnych predpisov. Nástroj použitý na videokonzultáciu spĺňa základné parametre bezpečnosti prenosu dát a ochrany osobných údajov podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov a nariadenia 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 (tzv. nariadenie GDPR). Prenos dát pri videohovore medzi pacientom a lekárom je zabezpečený takým spôsobom, že obsah videohovoru nie je dostupný ani prevádzkovateľovi nástroja, keď prevádzkovateľom nie je samotné zdravotnícke zariadenie; takého zabezpečenia je možné docieľiť tým, že hovor je po celú dobu šifrovaný a nie je distribuovaný cez ďalšie aplikačné servery. Nástroj pre registráciu pacienta nevyžaduje údaje, okrem tých, ktoré sú nevyhnutné pre samotné spustenie videohovoru.	0,035

3. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné SVLZ výkony a CRP poskytnuté na ambulancii ŠAS:

Špecifikácia výkonov	Cena bodu v €
Výkony SVLZ poskytnuté na ambulancii ŠAS, s výnimkou iných SVLZ výkonov špecifikovaných v tejto tabuľke.	0,01031
Výkony s kódmi 5153a, 5153b a výkony z kapitoly „IV. ULTRAZVUK – USG“ v Katalógu zdravotných výkonov vydaného nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z. v platnom znení	0,01107
Výkon C - reaktívny proteín s kódom 4571a, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil (380 bodov)	0,01580

4. Cenou bodu 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 (výslednej) ceny bodu za výkony ŠAS podľa tejto časti prílohy. Výkony sa vykazujú v prípadoch určených Katalógom zdravotných výkonov. Nad rámec Katalógu zdravotných výkonov je možné výkony 65, 66, 67 vykazovať aj u detí do dňa ich 10.narodenín (vrátane tohto dňa).
62	270	
63	210	
65	200	
66	320	
67	200	
62b	900	Vyšetrenie pacienta s potvrdeným ochorením COVID-19 Diagnostické iniciálne alebo kontrolné vyšetrenie u pacienta s potvrdeným ochorením Covid 19 obsahuje cieľenú anamnézu, popis subjektívnych ťažkostí a objektívne fyzikálne vyšetrenie so zameraním na konkrétny symptóm, syndróm alebo diagnózu, zhodnotenie dostupných laboratórnych, pomocných a konziliárnych vyšetrení, stanovenie diagnózy, vypísanie lekárskej správy, vypísanie lekárskeho predpisu, prípadne lekárskeho poukazu, vypísanie žiadaniek, indikácia potrebných laboratórnych, pomocných alebo iných odborných vyšetrení, odporúčanie terapie a ďalšieho postupu, prípadne termínu najbližšej kontroly. Výkon: - vykonáva príslušný lekár špecialista v prípade, že bolo indikované odborné vyšetrenie v niektorom špecializačnom odbore u pacienta s ochorením COVID-19, so základnou diagnózou inou ako je U07.1, - sa vykonáva s použitím osobných ochranných pomôcok, - nie je možné súčasne vykazovať na úhradu do zdravotnej poisťovne s výkonom 67, - sa uhrádza maximálne 1x za deň u jedného poistenca s potvrdeným laboratórnym výsledkom (PCR test) alebo antigénovým testom na prítomnosť SARS-CoV-2 nie starším ako 14 dní v deň poskytnutia výkonu.

5. Cenou výkonu sa uhrádza nasledovný výkon:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena za výkon v €
629b	Skríningový antigénový test SARS-CoV-2 imuno fluorescenčnou metódou Obsahová náplň výkonu: Skríningový, rýchly antigénový test SARS-CoV-2 imuno fluorescenčnou metódou zahŕňa odber biologického materiálu na stanovenie antigénov SARS-CoV-2 imuno fluorescenčnou metódou pomocou prístroja na odčítanie výsledku reakcie, vrátane použitia osobných ochranných pracovných prostriedkov a dezinfekcie. Zdravotný výkon vykonáva lekár alebo sestra, sestra špecialistka alebo iný zdravotnícky pracovník. Vyhodnotenie je súčasťou zdravotného výkonu. Výkon: - je indikovaný na základe klinickej (nie výlučne epidemiologickej) indikácie ošetrojúceho lekára, - uhrádza sa u symptomatického pacienta s klinickými príznakmi respiračného syndrómu, - vykonáva sa diagnózou U07.1 alebo U07.2, - sa uhrádza u jedného poistenca maximálne 2x za 30 dní, - bol zrealizovaný za pomoci certifikovaného antigénového testu. Odber pre účely výkonu sa vykonáva s použitím osobitných ochranných pracovných prostriedkov: - respirátor FFP2-3 prekrytý rúškom, - ochranný plastický tvárový štít alebo okuliare, - jednorazové rukavice. Zároveň sú splnené aj tieto podmienky: - zrealizuje sa dezinfekcia bezprostredného priestoru po odbere pre účely daných výkonov, - poskytovateľ v prípade pozitívne testovaného poistenca zabezpečil ďalší manažment starostlivosti o pacienta. - Výkony 629a a 629b nie je možné vzájomne kombinovať pri jednom vyšetrení pacienta.	10,20
5153C	Punkcia alebo biopsia prostaty pod USG kontrolou Podmienky úhrady výkonu: - výkon zrealizoval urológ so špecializáciou v špecializačnom odbore urológie I. stupňa s certifikátom v certifikovanej pracovnej činnosti intervenčná ultrasonografia v urológii, - výkon je možné kombinovať s výkonmi 63 a 5304, - poskytovateľ má technické vybavenie: USG prístroj, bioptická pištoľ, transrektálna sonda.	150
4L03003	Cystoskopia optickým flexibilným cystoskopom.	100

	Nie je možné kombinovať s rigidnou cystoskopiou, ktorá je vykazovaná pod kódom 1784 (u ženy) resp. 1785 (u muža). V cene výkonu je zahrnutý aj použitý ŠZM.	
4L03004	Cystoskopia digitálnym flexibilným cystoskopom. Nie je možné kombinovať s rigidnou cystoskopiou, ktorá je vykazovaná pod kódom 1784 (u ženy) resp. 1785 (u muža). V cene výkonu je zahrnutý aj použitý ŠZM.	100

6. V prípade, že poskytovateľ pri poskytovaní ambulantnej zdravotnej starostlivosti použije špecializovaný zdravotnícky materiál uvedený v Zozname ŠZM, zdravotná poisťovňa uhradí tento ŠZM ako pripočítateľnú položku k úhrade zdravotného výkonu do výšky obstarávacej ceny ŠZM, najviac však do výšky príslušnej maximálnej úhrady zdravotnej poisťovne za ŠZM uvedenej v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne pri súčasnom dodržaní všetkých ostatných príslušných podmienok úhrady ŠZM, ak nie je dojednané inak. Ak je obstarávacia cena ŠZM vyššia ako maximálna úhrada zdravotnej poisťovne za ŠZM ako pripočítateľnej položky uvedená v Zozname ŠZM zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne, je tento rozdiel zahrnutý do zdravotného výkonu, v súvislosti s ktorou bol ŠZM použitý. Týmto nie je dotknutá výška doplatku poisťenca na úhradu ŠZM.

C. Špecializovaná ambulantná starostlivosť v špecializačnom odbore diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy a pediatriká endokrinológia a diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy

1. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti:

Špecifikácia výkonov a podmienok úhrady	Cena bodu v €
Výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti (ďalej aj ako „ŠAS“) s výnimkou iných výkonov ŠAS špecifikovaných v tejto tabuľke.	0,0336
Výkony s kódmi 60, 62, 63	0,0380
Cielené vyšetrenie nôh (180 bodov) Vyšetrenie rizikových faktorov diabetickej nohy – poruchy citlivosti nôh monofilamentami a neelektronickou ladičkou alebo obdobnou metódou, zvýšenej kožnej teploty a zhodnotenie obuvi pacienta z hľadiska vhodnosti pre diabetika. Vykazuje sa 1x na obe nohy pod kódom výkonu 1A02007 .	0,0336
Cielené vyšetrenie nôh (180 bodov) s využitím elektronickej ladičky (biotensiometer) Vyšetrenie rizikových faktorov diabetickej nohy – poruchy citlivosti nôh monofilamentami a elektronickou ladičkou, zvýšenej kožnej teploty a zhodnotenie obuvi pacienta z hľadiska vhodnosti pre diabetika. Vykazuje sa 1x na obe nohy pod kódom výkonu 1A02007 a s kódom choroby Z13.1 .	0,055

2. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné výkony telemedicíny za podmienok úhrady uvedených v tejto tabuľke:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
1b	Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty alebo telefonicky (160 bodov) Konzultácia s pacientom prostredníctvom elektronickej pošty (email), SMS alebo telefonicky obsahuje cielenú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly, vo vzťahu k jednému orgánovému systému, popis subjektívnych ťažkostí, diagnostický záver, poučenie o diéte a životospráve, v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplývajú z konzultácie ohľadom zdravotného stavu, prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára, poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie. Vykazovanie výkonu: - výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta, - zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii, - súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný čas poskytnutia zdravotného výkonu, popis zdravotného výkonu, prípadne dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne aj záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, - výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta, - vykazuje sa samostatne, najviac 1x za deň, - maximálna frekvencia: 3x v kalendárnom mesiaci.	0,035
11a	Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor), (210 bodov) Konzultácia s pacientom prostredníctvom doložiteľnej videokomunikácie (musí prebehnúť priamy videoprenos cez webovú aplikáciu alebo videohovor) v online prostredí v danom čase, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie, realizáciu fotografií pacienta / vyšetrovaného orgánu pre pridanie do zdravotnej	0,035

	dokumentácie a obsahuje ciele anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom alebo k psychickej poruche, zhodnotenie výsledkov, vypísanie receptov, prípadne vypísanie žiadaniek na ďalšie vyšetrenie, poučenie pacienta, diagnostický záver, určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára. Vykazovanie zdravotného výkonu: - výkon sa vykazuje ako komplexná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia, - súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný čas poskytnutia zdravotného výkonu, popis zdravotného výkonu, diagnostický záver, ak je potrebné dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, - vykazuje sa samostatne, najviac 1x deň.	
70	Opätovné lekárske vystavenie receptov a (alebo) poukazov na základe požiadavky pacienta prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefónu (40 bodov) Popis výkonu: vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronickou formou pre lieky/zdravotné pomôcky/dietetické potraviny Vykazovanie výkonu: - výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta, - súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj z online prostredia, údaj, kedy bol recept a/alebo poukaz vypísaný a údaj o predpise lieku/zdravotnej pomôcky/dietetických potravín pacientovi prostredníctvom elektronických služieb, - výkon sa vzťahuje na jedného pacienta bez ohľadu na počet liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín, ktoré boli pacientovi predpísané, najviac 1x za deň, bez ohľadu na počet vystavených receptov a/alebo poukazov, - ak ide o elektronický predpis liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín typu opakovaný recept (preskripčný záznam s poznámkou „REPETATUR“) výkon sa vykazuje samostatne za každý vystavený recept a/alebo poukaz, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi, maximálna frekvencia: 3x v kalendárnom mesiaci.	0,035
1b 11a 70	Spoločné podmienky vykazovania a uhrádzania výkonov 1b, 11a a 70 Union zdravotná poisťovňa, a. s. výkony akceptuje len za predpokladu, že relevantnú medicínsku radu alebo konzultáciu je možné poskytnúť poistencovi alebo jeho zákonnému zástupcovi telefonickou formou alebo formou videohovoru alebo inou elektronickou formou s ohľadom na zdravotný stav poistenca pri zachovaní správnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.. Telefonický rozhovor alebo videohovor alebo iná elektronická komunikácia medzi pacientom a lekárom musí bezprostredne súvisieť s problematikou diagnostickej alebo terapeutической starostlivosti. Poskytovateľ v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z. vykoná zápis do zdravotnej dokumentácie daného poistenca o poskytnutí telefonickej rady poistencovi Union ZP alebo jeho zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom poistenca v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z.. Výkony nie je možné vzájomne kombinovať a ani kombinovať s inými výkonmi. Zo strany poskytovateľa sú dodržané ostatné podmienky úhrady výkonov vyplývajúce z príslušných zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v platnom znení a všeobecne záväzných právnych predpisov. Nástroj použitý na videokonzultáciu spĺňa základné parametre bezpečnosti prenosu dát a ochrany osobných údajov podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov a nariadenia 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 (tzv. nariadenie GDPR). Prenos dát pri videohovore medzi pacientom a lekárom je zabezpečený takým spôsobom, že obsah videohovoru nie je dostupný ani prevádzkovateľovi nástroja, keď prevádzkovateľom nie je samotné zdravotnícke zariadenie; takého zabezpečenia je možné doceliť tým, že hovor je po celú dobu šifrovaný a nie je distribuovaný cez ďalšie aplikačné servery. Nástroj pre registráciu pacienta nevyžaduje údaje, okrem tých, ktoré sú nevyhnutné pre samotné spustenie videohovoru.	0,035

3. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné SVLZ výkony a CRP poskytnuté na ambulancii ŠAS:

Špecifikácia výkonov	Cena bodu v €
Výkony SVLZ poskytnuté na ambulancii ŠAS, s výnimkou iných SVLZ výkonov špecifikovaných v tejto tabuľke.	0,01031
Výkon Laboratórne vyšetrenie glykovaného hemoglobínu na mieste poskytovania zdravotnej starostlivosti (metódou Point of Care Testing - PoCT s vyhodnotením pomocou prístroja) s kódom 1A02013 (500 bodov). Odber vzorky kapilárnej krvi a kvantitatívne vyšetrenie hladiny glykovaného	0,01107

hemoglobínu (HbA1c) metódou PoCT s prístrojovým vyhodnotením pre účely ambulantného sledovania diabetu, jeho liečby a kompenzácie. Podmienkou akceptácie je príslušné prístrojové vybavenie ambulancie akceptované poisťovňou (doklad o nadobudnutí prístroja, prehlásenie o zhode, zaškolenie). Zdravotný výkon vykonáva diabetológ, pediatričný endokrinológ. Frekvencia výkonu: 3 krát za kalendárny rok.	
Výkony s kódmi 5153a, 5333 a výkony z kapitoly „IV. ULTRAZVUK – USG“ v Katalógu zdravotných výkonov vydaného nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z. v platnom znení	0,01107
Výkony s kódmi 5330, 5331, 5332	0,00550
Výkon C - reaktívny proteín s kódom 4571a, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil (380 bodov)	0,01580

4. Cenou bodu 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 (výslednej) ceny bodu za výkony ŠAS podľa tejto časti prílohy. Výkony sa vykazujú v prípadoch určených Katalógom zdravotných výkonov. Nad rámec Katalógu zdravotných výkonov je možné výkony 65, 66, 67 vykazovať aj u detí do dňa ich 10.narodenín (vrátane tohto dňa).
62	270	
63	210	
65	200	
66	320	
67	200	
62b	900	Vyšetrenie pacienta s potvrdeným ochorením COVID-19 Diagnostické iniciálne alebo kontrolné vyšetrenie u pacienta s potvrdeným ochorením Covid 19 obsahuje cieľnú anamnézu, popis subjektívnych ťažkostí a objektívne fyzikálne vyšetrenie so zameraním na konkrétny symptóm, syndróm alebo diagnózu, zhodnotenie dostupných laboratórnych, pomocných a konziliárnych vyšetrení, stanovenie diagnózy, vypísanie lekárskej správy, vypísanie lekárskeho predpisu, prípadne lekárskeho poukazov, vypísanie žiadaniek, indikácia potrebných laboratórnych, pomocných alebo iných odborných vyšetrení, odporúčanie terapie a ďalšieho postupu, prípadne termínu najbližšej kontroly. Výkon: - vykazuje príslušný lekár špecialista v prípade, že bolo indikované odborné vyšetrenie v niektorom špecializačnom odbore u pacienta s ochorením COVID-19, so základnou diagnózou inou ako je U07.1, - sa vykonáva s použitím osobných ochranných pomôcok, - nie je možné súčasne vykazovať na úhradu do zdravotnej poisťovne s výkonom 67, - sa uhrádza maximálne 1x za deň u jedného poistenca s potvrdeným laboratórnym výsledkom (PCR test) alebo antigénovým testom na prítomnosť SARS-CoV-2 nie starším ako 14 dní v deň poskytnutia výkonu.

5. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi **výkony súvisiace s ambulantným nastavením inzulínovej pumpy** za podmienok dohodnutých v tomto bode:

- Poskytovateľ predložil zdravotnej poisťovni kópiu dokladu o absolvovaní odborného školenia o ambulantnom nastavovaní inzulínovej pumpy.
- Zdravotná poisťovňa oznámila poskytovateľovi, že súhlasí s vykazovaním výkonov súvisiacich s ambulantným nastavením inzulínovej pumpy.
- Poskytovateľ výkony vykazuje na úhradu do zdravotnej poisťovne s niektorým z nasledovných kódov chorôb: E10.01, E10.31, E10.41, E10.51, E10.61, E10.73, E10.75, E10.81, E10.90, E10.91, E11.01, E11.31, E11.41, E11.51, E11.61, E11.73, E11.75, E11.81. Výkon 1A03007 je možné vykazovať aj s diagnózami E10.11, E10.21, E11.11, E11.21. a výkon 1A02009 je možné vykazovať aj s diagnózami E10* a E11*.
- Cena výkonov sa určí ako súčin príslušného počtu bodov podľa tabuľky tohto bodu a (výslednej) ceny bodu za výkony ŠAS podľa tejto časti prílohy.
- Sú splnené ostatné podmienky úhrady výkonov špecifikované v nasledovnej tabuľke:

Kód výkonu	Počet bodov	Špecifikácia podmienok úhrady
1B06025	1200	Pohovor pri plánovaní zásadnej zmeny liečby - prechod na liečbu inzulínovou pumpou Výkon zahŕňa nasledovné činnosti: - vysvetlenie vhodnosti takejto liečby, jej benefitov a možných rizík, - základná edukácia o inzulínovej pumpe v spolupráci s odborne spôsobilým pracovníkom - názorná ukážka obsluhy pumpy. Podmienky úhrady výkonu:

		• predchádzajúce schválenie inzulínovej pumpy zdravotnou poisťovňou, • príprava na liečbu inzulínovou pumpou, vysvetlenie vhodnosti takejto liečby, • stanovenie bazálneho a bolusového inzulínu, edukácia o zmenách dávok inzulínu a nácvik technickej obsluhy a • dĺžka trvania výkonu je minimálne 180 minút. Zdravotná poisťovňa neuhradí výkon v prípade pacientov s niektorým z nasledovných zdravotných stavov alebo niektorou z uvedených diagnóz: • pacient je dialyzovaný, • pacient má diagnostikovanú ketoacidózu, • pacient má závažnú poruchu zraku, • pacient má závažné psychiatrické ochorenie, • pacient už bol nastavený na liečbu inzulínovou pumpou v rámci ústavnej zdravotnej starostlivosti, • E10.21 a súčasne N18.5, E11.21 a súčasne N18.5, • E10.11, E11.11, • H53 – H54. Maximálna frekvencia vykazovania výkonu: • 1x za život poistenca
1A02009	1000	Kontinuálny monitoring glykémii Výkon zahŕňa nasledovné činnosti: • Kontinuálne monitorovanie koncentrácie glukózy v intersticiálnej tekutine so zavedením senzoru, • prenesenie nameraných údajov a ich vyhodnotenie pre optimalizáciu liečby.
1A02012	12 000	Nastavenie na liečbu inzulínovou pumpou Výkon zahŕňa nasledovné činnosti: • Postupné nastavenie na liečbu inzulínovou pumpou, • stanovenie dávky bazálneho a bolusového inzulínu, • edukácia o zmenách dávok inzulínu a • nácvik technickej obsluhy pumpy. Zdravotná poisťovňa neuhradí výkon v prípade pacientov s niektorým z nasledovných zdravotných stavov alebo niektorou z uvedených diagnóz: • pacient je dialyzovaný, • pacient má diagnostikovanú ketoacidózu, • pacient má závažnú poruchu zraku, • pacient má závažné psychiatrické ochorenie, • pacient už bol nastavený na liečbu inzulínovou pumpou v rámci ústavnej zdravotnej starostlivosti, • E10.21 a súčasne N18.5, E11.21 a súčasne N18.5, • E10.11, E11.11, • H53 – H54. Maximálna frekvencia vykazovania výkonu: • 1x za 4 roky
1A03007	1200	Kontrolné diabetologické vyšetrenie pri liečbe inzulínovou pumpou Výkon zahŕňa nasledovné činnosti: • obsluha a využívanie technických možností pumpy, • úprava dávok inzulínu, • identifikácia chýb na základe analýzy údajov z pamäti pumpy. Maximálna frekvencia vykazovania výkonu: • Najviac 3x po nastavení na inzulínovú pumpu alebo po každej výmene inzulínovej pumpy počas nasledujúcich 21 dní. • Následne 6x za rok

6. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi **výkony súvisiace s edukáciou pacienta v ambulancii** za podmienok

dohodnutých v tomto bode:

- a) Edukáciu vykonáva lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy alebo pediatriká endokrinológia, diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy, prípadne v spolupráci s diabetologickou sestrou, asistentom výživy, diétnou sestrou, so stredoškolským vzdelaním v odbore asistent výživy.
- b) Poskytovateľ výkonu vykazuje na úhradu do zdravotnej poisťovne spravidla s niektorým z nasledovných kódov chorôb: E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E65, E66, E78.
- c) Cena výkonov sa určí ako súčin príslušného počtu bodov podľa tabuľky tohto bodu a (výslednej) ceny bodu za výkony ŠAS podľa tejto časti prílohy.
- d) Sú splnené ostatné podmienky úhrady výkonov špecifikované v nasledovnej tabuľke:

Kód výkonu	Počet bodov	Špecifikácia podmienok úhrady
1B05011	420	Edukácia pri zistení diabetes mellitus Výkon zahŕňa nasledovné činnosti: Edukácia pri novodiagnostikovanom diabetes mellitus (DM) obsahuje • edukáciu o podstate ochorenia, poruche metabolizmu cukrov, tukov a bielkovín, • zostavenie individuálneho liečebného a výživového plánu pri zistení zásadnej zmeny zdravotného stavu, • edukáciu o základných diétnych chybách, o podstatných zmenách v stravovacích návykoch, • edukáciu o význame fyzického pohybu, nastavenie pre daného pacienta, odporúčané druhy a intenzita fyzickej aktivity, • edukáciu o liečbe v prípade, ak sa nasadí farmakologická liečba – perorálne antidiabetiká a/alebo injekčné preparáty. Podmienky úhrady výkonu: • dĺžka trvania výkonu je minimálne 20 minút Maximálna frekvencia vykazovania výkonu: • 1x za život poistenca Výkon nie je možné kombinovať s nasledovnými výkonmi: • 10c • 1B05012 • 1B05013 • 1B05014
1B05012	420	Edukácia aplikácie inzulínu a iných injekčných antidiabetík. Výkon zahŕňa nasledovné činnosti: A) Edukácia aplikácie inzulínu a iných injekčných antidiabetík obsahuje: • základné informácie pre pacienta o inzulíne, o jeho účinku, o jeho skladovaní, priebeh účinku ordinovaného inzulínu, likvidácii obalov liekov a inzulínových pier, striekačiek, ihliel, • edukácia o príznakoch hypoglykémie a jej liečbe, prevencia hypoglykémie, príčiny vzniku hypoglykémie, prvá pomoc pri hypoglykémii, hypoglykémia ako rizikový faktor ďalších ochorení, hypoglykémia a vedenie motorového vozidla, • edukácia o hyperglykémii a ketoacidóze, o jej príznakoch a o postupe pri jej prejavoch, • edukácia o dávkovaní inzulínu podľa konzumácie jedla s daným obsahom sacharidových jednotiek, • edukácia o mimoriadnych situáciách pri liečbe inzulínom (interkurentné ochorenia, operácie, vedenie motorového vozidla, práca pri vysokých teplotách, cestovanie a podobne), ako upravovať, kedy dávky znižovať, eventuálne aj vynechať podanie inzulínu, • edukácia pacienta o úprave dávok inzulínu vo vzťahu k fyzickej aktivite,

		• nastavenie jednotiek inzulínu stanovením individuálnej citlivosti pacienta na inzulín, • usmernenie a cielená odborná inštrukcia k používaniu inzulínového pera a edukácia na aplikáciu inzulínu, • usmernenie a cielená odborná inštrukcia pri obsluhu glukometra, • edukácia o meraní glykémii glukometrom, timingu meraní, frekvencií meraní, zapisovaní hodnôt a zapisovaní jedál – poučiť v ktorých prípadoch je to potrebné, • edukácia o prevencii a znížení rizika komplikácií diabetu samovyšetrením rôznych častí tela, predovšetkým dolných končatín, moču, tlaku krvi a iné. a/alebo B) Pohovor s pacientom s DM pri plánovaní zásadnej zmeny liečby na injekčnú liečbu (GLP1, PCSK-9) obsahuje: • edukáciu o postupe pri podávaní injekčnej liečby, skladovaní lieku, zmien miesta vpichov, • edukáciu o časovaní injekcií napr. pri vynechaní, dodržanie časových odstupov • edukácia o možných vedľajších účinkoch, kedy sa má pacient hlásiť u lekára, alebo liečbu ukončiť, • edukáciu o selfmonitoringu glykémii pri liečbe GLP-1 – obsluha glukometra, časovanie meraní. Podmienky úhrady výkonu: • dĺžka trvania výkonu je minimálne 20 minút Maximálna frekvencia vykazovania výkonu: • 2x za kalendárny rok Výkon nie je možné kombinovať s nasledovnými výkonmi: • 10c • 1B05011 • 1B05013 • 1B05014
1B05013	270	Edukácia pri diabete v súvislosti s prevenciou hypoglykémie Výkon zahŕňa nasledovné činnosti: Edukácia pacienta s opakovanými hypoglykémiami, s prekonanou ťažkou hypoglykémiou, s prekonanou ketoacidózou obsahuje: • rozbor možnej príčiny prekonanej komplikácie a zacielenie edukácie na opakovanie ťažkej hypoglykémie alebo ketoacidózy, • zopakovanie postupov liečby hyperglykémie a ketoacidózy. • edukáciu o príznakoch hypoglykémie a jej liečbe, • prevencia hypoglykémie, príčiny vzniku hypoglykémie, prvá pomoc pri hypoglykémii, • hypoglykémia ako rizikový faktor ďalších ochorení, hypoglykémia a vedenie motorového vozidla. Podmienky úhrady výkonu: • dĺžka trvania výkonu je minimálne 10 minút. Maximálna frekvencia vykazovania výkonu: • 1x za kalendárny štvrtrok Výkon nie je možné kombinovať s nasledovnými výkonmi: • 10c • 1B05012 • 1B05011 • 1B05014

1B05014	270	Edukácia pri diabete v súvislosti s prevenciou chronických komplikácií diabetu a ochorení zapríčinených diabetom Výkon zahŕňa nasledovné činnosti: A) Edukácia pacienta ohľadom akútnych a chronických komplikácií DM obsahuje: • edukáciu o postupe pri akútnej hyperglykémii - vylúčenie ketoacidózy - fyzický pohyb, dopichovanie inzulínu s prevenciou kumulovania dávok inzulínu, • edukáciu pri novovzniknutej diabetickej retinopatii, neuropatii, nefropatii, makroangiopatii - to znamená pri makrovaskulárnych komplikáciách diabetu ako infarkt srdca, cievna mozgová príhoda, • edukáciu pri potrebe hemodialyzačnej alebo transplantáčnej liečby, väčšej strate zraku až slepote, pri vzniknutej diabetickej nohe. a/alebo B) Edukácia pacienta s diabetickou nohou obsahuje: • pri prevencii - edukáciu o starostlivosti o dolné končatiny pravidelným samo-vyšetrením aj s využitím príslušných pomôcok, správny výber obuvi, vložiek, zdravotná pedikúra, • Pri vzniku defektu: kedy je potrebné ošetrovanie lekára pri vzniku defektu, edukácia o prísnej glykemickej kontrole. a/alebo C) Edukácia pacienta s dyslipidémiou obsahuje: • poruchy metabolizmu tukov, diferenciácia familiárnych foriem dyslipidémie, • súvislosť tukov s aterosklerózou a kardiovaskulárnymi ochoreniami, • spôsoby a ciele liečby hyperlipoproteinémie podľa stratifikácie kardiovaskulárneho rizika. a/alebo D) Edukácia pacienta s obezitou obsahuje: • edukáciu o dôsledkoch obezity na dĺžku života a na zdravotný stav pacienta, • zdôraznenie prínosu zníženia telesnej hmotnosti na zdravie pacienta, • základná edukácia o znížení telesnej hmotnosti, rozpis a príprava individualizovaného rozpisu pre daného pacienta. Podmienky úhrady výkonu: • dĺžka trvania výkonu je minimálne 10 minút. Maximálna frekvencia vykazovania výkonu: • 1x za kalendárny štvrtrok Výkon nie je možné kombinovať s nasledovnými výkonmi: • 10c • 1B05011 • 1B05012 • 1B05013
10c	180	Iné formy edukácie diabetika Výkon zahŕňa najmä nasledovné činnosti: A) Edukácia pacienta pri opakovaných kontrolách na ambulancii u pacienta liečeného inzulínom obsahuje: • edukáciu ohľadom pružného dávkovania inzulínu a o úprave dávok inzulínu podľa jedál. a/alebo B) Edukácia pri plánovanej gravidite a u gravidnej diabetickej pacientky obsahuje: • edukáciu o vzťahu diabetu a tehotenstva, • nastavenie cieľov kompenzácie pre obdobie počatia a gravidity u diabetičiek alebo pri gestačnom diabete, • fyziológia tehotenstva, riziká oscilácií glykémií a hypoglykémie,

		• edukáciu o hypoglykémii v tehotenstve Podmienky úhrady výkonu: • dĺžka trvania výkonu je minimálne 10 minút. Maximálna frekvencia vykazovania výkonu: • 1x za kalendárny štvrtrok Výkon nie je možné kombinovať s nasledovnými výkonmi: • 1B05011 • 1B05012 • 1B05013 • 1B05014
--	--	--

7. Cenou výkonu sa uhrádza nasledovný výkon:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena za výkon v €
629b	Skríningový antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou Obsahová náplň výkonu: Skríningový, rýchly antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou zahŕňa odber biologického materiálu na stanovenie antigénov SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou pomocou prístroja na odčítanie výsledku reakcie, vrátane použitia osobných ochranných pracovných prostriedkov a dezinfekcie. Zdravotný výkon vykonáva lekár alebo sestra, sestra špecialistka alebo iný zdravotnícky pracovník. Vyhodnotenie je súčasťou zdravotného výkonu. Výkon: - je indikovaný na základe klinickej (nie výlučne epidemiologickej) indikácie ošetrojúceho lekára, - uhrádza sa u symptomatického pacienta s klinickými príznakmi respiračného syndrómu, - vykazuje sa diagnózou U07.1 alebo U07.2, - sa uhrádza u jedného poistenca maximálne 2x za 30 dní, - bol zrealizovaný za pomoci certifikovaného antigénového testu. Odber pre účely výkonu sa vykonáva s použitím osobitných ochranných pracovných prostriedkov: - respirátor FFP2-3 prekrytý rúškom, - ochranný plastický tvárový štít alebo okuliare, - jednorazové rukavice. Zároveň sú splnené aj tieto podmienky: - zrealizuje sa dezinfekcia bezprostredného priestoru po odbere pre účely daných výkonov, - poskytovateľ v prípade pozitívne testovaného poistenca zabezpečil ďalší manažment starostlivosti o pacienta. - Výkony 629a a 629b nie je možné vzájomne kombinovať pri jednom vyšetrení pacienta.	10,20
H0006	Stratifikácia kardiovaskulárneho rizika Výkon sa uhrádza za nasledovných podmienok: - poskytovateľ vykonáva u poistencov stratifikáciu kardiovaskulárneho rizika systémom SCORE2 a SCORE2-OP, - maximálne 1x za kalendárny rok u jedného poistenca nad 40 rokov, - ak je vykázaný pri vyšetrení poistenca s diabetes mellitus 2.typu, a s kódom diagnózy, pre ktorú bola stratifikácia kardiovaskulárneho rizika u poistenca vykonaná, - výkon u daného poistenca v tom istom roku ešte nebol uhradený inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, - ak je s výkonom v dávke 753b Dátové rozhranie – Vykazovanie výkonov v ambulantnej zdravotnej starostlivosti určenom príslušným metodickým usmernením Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, v položke č. 13 – PRIPOČITATEĽNÁ POLOŽKA v závislosti od rizika alebo dosiahnutého skóre vykázaná pripočítateľná položka v tvare: • SKOR01 pri nízkom riziku, • SKOR02 pri strednom riziku, • SKOR03 pri vysokom riziku, • SKOR04 pri veľmi vysokom riziku, • SKOR05 pri extrémne vysokom riziku. pričom na 5. a 6. mieste položky je vyjadrenie dosiahnutého skóre, poskytovateľ súhlasí, aby zdravotná poisťovňa analyzovala údaje o dosiahnutom skóre jeho pacientov pre účely benchmarku poskytovateľov zdravotnej starostlivosti; o výsledkoch takejto analýzy zdravotná poisťovňa môže oboznámiť poskytovateľa. Podmienkou úhrady je vloženie vyhodnotenia výsledku vyšetrenia do systému eZdravie.	5,82

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 poistencovi s minimálne jedným rizikovým faktorom - podozrenie na ischemickú chorobu dolných končatín, artériová hypertenzia, abnormálne EKG, diabetes mellitus, obezita, fajčenie, vysoká hladina celkového cholesterolu, porucha metabolizmu lipidov, - nebude súčasne vykázaný v ambulancii všeobecnej ambulantnej starostlivosti. Podmienkou úhrady je vloženie vyhodnotenia výsledku vyšetrenia do systému eZdravie.	6,98
--------------	---	-------------

8. Pevnou sumou zdravotná poisťovňa uhrádza individuálne pripočítateľné položky (IPP) vykázané v dávke 753b určenej príslušným metodickým usmernením Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, v položke č. 13 – PRIPOČÍTATEĽNÁ POLOŽKA s kódom, v sume, k výkonom a v rámci odborností ŠAS v zmysle tabuľky tohto bodu:

Kód IPP	Suma (€)	K výkonu	Akceptované u odborností ŠAS
IPP1	3,71	60	050; 153;
IPP2	3,18	62	050; 153;
IPP3	2,12	63	050; 153;

9. V prípade, že poskytovateľ pri poskytovaní ambulantnej zdravotnej starostlivosti použije špecializovaný zdravotnícky materiál uvedený v Zozname ŠZM, zdravotná poisťovňa uhradí tento ŠZM ako pripočítateľnú položku k úhrade zdravotného výkonu do výšky obstarávacej ceny ŠZM, najviac však do výšky príslušnej maximálnej úhrady zdravotnej poisťovne za ŠZM uvedenej v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne pri súčasnom dodržaní všetkých ostatných príslušných podmienok úhrady ŠZM, ak nie je dojednané inak. Ak je obstarávacia cena ŠZM vyššia ako maximálna úhrada zdravotnej poisťovne za ŠZM ako pripočítateľnej položky uvedená v Zozname ŠZM zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne, je tento rozdiel zahrnutý do zdravotného výkonu, v súvislosti s ktorou bol ŠZM použitý. Týmto nie je dotknutá výška doplatku poistenca na úhradu ŠZM.

D. Špecializovaná ambulantná starostlivosť v odbore psychiatria, medicína drogových závislostí, gerontopsychiatria, detská psychiatria, neuropsychiatria, psychiatrická sexuológia, klinická psychológia a psychoterapia

1. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti:

Špecifikácia výkonov a podmienok úhrady	Cena bodu v €
Výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti (ďalej aj ako „ŠAS“) s výnimkou iných výkonov ŠAS špecifikovaných v tejto tabuľke.	0,0336
Výkony s kódmi 820, 821, 822, 825, 826, 841, 842, 845, 847, 867	0,0380

2. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné výkony telemedicíny za podmienok úhrady uvedených v tejto tabuľke:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
1b	Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty alebo telefonicky (160 bodov) Konzultácia s pacientom prostredníctvom elektronickej pošty (email), SMS alebo telefonicky obsahuje cielenú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly, vo vzťahu k jednému orgánovému systému, popis subjektívnych ťažkostí, diagnostický záver, poučenie o diéte a životospráve, v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplývajú z konzultácie ohľadom zdravotného stavu, prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára, poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie. Vykazovanie výkonu: - výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta, - zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii, - súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný čas poskytnutia zdravotného výkonu, popis zdravotného výkonu, prípadne dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne aj záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, - výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta,	0,035

	- vykazuje sa samostatne, najviac 1x za deň, - maximálna frekvencia 3x v kalendárnom mesiaci.	
1c*	Krízová psychoterapeutická intervencia alebo Individuálna psychoterapia alebo psychodiagnostický rozhovor s pacientom prostredníctvom telefonického rozhovoru alebo videohovoru Popis výkonu: 1. Krízová psychoterapeutická intervencia v trvaní najmenej 45 minút – obsahuje cielenú anamnézu/heteroanamnézu, popis subjektívnych ťažkostí, krízovú psychoterapeutickú intervenciu ako okamžité opatrenie pri akútnej psychickej dekompenzácií (napríklad pokus o samovraždu), diagnostický záver, poučenie o psychohygiene, v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára, poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie. alebo 2. Individuálna psychoterapia v trvaní najmenej 50 minút. alebo 3. Psychodiagnostický rozhovor so súčasným zisťovaním biografickej anamnézy na psychoterapeutické účely, s písomným záznamom vrátane rady pacientovi v trvaní najmenej 20 minút. Vykazovanie výkonu: - výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez osobnej prítomnosti pacienta, - zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii, - súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný čas poskytnutia zdravotného výkonu, popis zdravotného výkonu, prípadne dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, - výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta, - výkon sa vykazuje samostatne, najviac 1x za deň, - opakované vykávanie v jednom liečebnom prípade vyžaduje osobitné zdôvodnenie v zdravotnej dokumentácii.	0,035
11a	Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor), (210 bodov) Konzultácia s pacientom prostredníctvom doložiteľnej videokomunikácie (musí prebehnúť priamy videoprenos cez webovú aplikáciu alebo videohovor) v online prostredí v danom čase, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie, realizáciu fotografií pacienta / vyšetrovaného orgánu pre pridanie do zdravotnej dokumentácie a obsahuje cielenú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom alebo k psychickej poruche, zhodnotenie výsledkov, vypísanie receptov, prípadne vypísanie žiadaniek na ďalšie vyšetrenie, poučenie pacienta, diagnostický záver, určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára. Vykazovanie zdravotného výkonu: - výkon sa vykazuje ako komplexná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia, - súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný čas poskytnutia zdravotného výkonu, popis zdravotného výkonu, diagnostický záver, ak je potrebné dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, - vykazuje sa samostatne, najviac 1x deň.	0,035
70	Opätovné lekárske vystavenie receptov a (alebo) poukazov na základe požiadavky pacienta prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefónu (40 bodov) Popis výkonu: vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronickou formou pre lieky/zdravotné pomôcky/dietetické potraviny Vykazovanie výkonu: - výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta, - súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj z online prostredia, údaj, kedy bol recept a/alebo poukaz vypísaný a údaj o predpise lieku/zdravotnej pomôcky/dietetických potravín pacientovi prostredníctvom elektronických služieb, - výkon sa vzťahuje na jedného pacienta bez ohľadu na počet liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín, ktoré boli pacientovi predpísané, najviac 1x za deň, bez ohľadu na počet vystavených receptov a/alebo poukazov, - ak ide o elektronický predpis liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín typu opakovaný recept (preskripčný záznam s poznámkou „REPETATUR“) výkon sa vykazuje samostatne za každý vystavený recept a/alebo poukaz,	0,035

	- výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi, maximálna frekvencia: 3x v kalendárnom mesiaci.	
1b 1c 11a 70	Spoločné podmienky vykazovania a uhrádzania výkonov 1b, 1c, 11a a 70 Union zdravotná poisťovňa, a. s. výkony akceptuje len za predpokladu, že relevantnú medicínsku radu alebo konzultáciu je možné poskytnúť poisťencovi alebo jeho zákonnému zástupcovi telefonickou formou alebo formou videohovoru alebo inou elektronickou formou s ohľadom na zdravotný stav poistenca pri zachovaní správnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.. Telefonický rozhovor alebo videohovor alebo iná elektronická komunikácia medzi pacientom a lekárom musí bezprostredne súvisieť s problematikou diagnostickej alebo terapeutkej starostlivosti. Poskytovateľ v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z. vykoná zápis do zdravotnej dokumentácie daného poistenca o poskytnutí telefonickej rady poisťencovi Union ZP alebo jeho zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom poistenca v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z.. Výkony nie je možné vzájomne kombinovať a ani kombinovať s inými výkonmi. Zo strany poskytovateľa sú dodržané ostatné podmienky úhrady výkonov vyplývajúce z príslušných zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v platnom znení a všeobecne záväzných právnych predpisov. Nástroj použitý na videokonzultáciu spĺňa základné parametre bezpečnosti prenosu dát a ochrany osobných údajov podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov a nariadenia 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 (tzv. nariadenie GDPR). Prenos dát pri videohovore medzi pacientom a lekárom je zabezpečený takým spôsobom, že obsah videohovoru nie je dostupný ani prevádzkovateľovi nástroja, keď prevádzkovateľom nie je samotné zdravotnícke zariadenie; takého zabezpečenia je možné docieľiť tým, že hovor je po celú dobu šifrovaný a nie je distribuovaný cez ďalšie aplikačné servery. Nástroj pre registráciu pacienta nevyžaduje údaje, okrem tých, ktoré sú nevyhnutné pre samotné spustenie videohovoru.	0,035

* Len u odborností psychiatria, detská psychiatria, gerontopsychiatria a klinická psychológia.

3. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné výkony SVLZ poskytnuté na ambulancii ŠAS:

Špecifikácia výkonov	Cena bodu v €
Výkony SVLZ poskytnuté na ambulancii ŠAS, s výnimkou iných SVLZ výkonov špecifikovaných v tejto tabuľke.	0,01031

4. Príslušnou cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné výkony ŠAS:

Kód výkonu	Počet bodov	Špecifikácia podmienok úhrady
65	200	Výkon 65 je možné vykazovať s výkonom 820, 821, 822, 825, 826, 841, 842 a 845: a) u poistenca ťažko mobilného, imobilného, mentálne postihnutého, dementného, zrakového alebo sluchovo postihnutého, b) u detí do dňa ich 10. narodenín (vrátane tohto dňa). V prípadoch uvedených v písm. a) sa výkon 65 vykazuje s kódom daného postihnutia podľa MKCH.
67	200	Výkon 67 je možné vykazovať u detí do dňa ich 10. narodenín (vrátane tohto dňa) pri výkone odber krvi, injekcie alebo infúzie.
163	200	Obsahom zdravotného výkonu je realizácia testu na zistenie rizika kognitívneho deficitu určeného zdravotnou poisťovňou (ďalej len „test zdravotnej poisťovne“) alebo MOCA testu, určeného zdravotnou poisťovňou, ktorý/ktorého - sa môže vykonať u poisťencov vo veku nad 50 rokov maximálne 1x za dva kalendárne roky, - sa vykazuje s diagnózami v závislosti od výsledku testu: • negatívny výsledok testu: Z00.0 (všeobecné lekárske vyšetrenie) • pozitívny výsledok testu: Z03.2 (pozorovanie pri podozrení na duševnú poruchu a poruchu správania), - výstupom je celkové dosiahnuté skóre, - po vyplnení zostáva súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca. Výsledok testu lekár oznámi poisťencovi, poskytne mu informácie a v prípade pozitívneho výsledku zabezpečí ďalší manažment zdravotnej starostlivosti o poistenca. Ak je poskytovateľ zastupovaný združením fyzických a/alebo právnických osôb a zdravotná poisťovňa má zámer test zdravotnej poisťovne zmeniť, zdravotná poisťovňa sa zaväzuje vopred túto zmenu prekonzultovať so združením fyzických a/alebo právnických osôb, ktoré poskytovateľa zastupuje.
62b	900	Výšetrenie pacienta s potvrdeným ochorením COVID-19

		Diagnostické iniciálne alebo kontrolné vyšetrenie u pacienta s potvrdeným ochorením Covid 19 obsahuje cieľenú anamnézu, popis subjektívnych ťažkostí a objektívne fyzikálne vyšetrenie so zameraním na konkrétny symptóm, syndróm alebo diagnózu, zhodnotenie dostupných laboratórných, pomocných a konziliárnych vyšetrení, stanovenie diagnózy, vypísanie lekárskej správy, vypísanie lekárskeho predpisu, prípadne lekárskeho poukazu, vypísanie žiadaniek, indikácia potrebných laboratórných, pomocných alebo iných odborných vyšetrení, odporúčanie terapie a ďalšieho postupu, prípadne termínu najbližšej kontroly. Výkon: - vykazuje príslušný lekár špecialista v prípade, že bolo indikované odborné vyšetrenie v niektorom špecializačnom odbore u pacienta s ochorením COVID-19, so základnou diagnózou inou ako je U07.1, - sa vykonáva s použitím osobných ochranných pomôcok, - nie je možné súčasne vykazovať na úhradu do zdravotnej poisťovne s výkonom 67, - sa uhrádza maximálne 1x za deň u jedného poistenca s potvrdeným laboratórnym výsledkom (PCR test) alebo antigénovým testom na prítomnosť SARS-CoV-2 nie starším ako 14 dní v deň poskytnutia výkonu.
--	--	--

5. Cenou výkonu sa uhrádzajú nasledovné výkony:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena za výkon v €
629b	Skríningový antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou Obsahová náplň výkonu: Skríningový, rýchly antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou zahŕňa odber biologického materiálu na stanovenie antigénov SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou pomocou prístroja na odčítanie výsledku reakcie, vrátane použitia osobných ochranných pracovných prostriedkov a dezinfekcie. Zdravotný výkon vykonáva lekár alebo sestra, sestra špecialistka alebo iný zdravotnícky pracovník. Vyhodnotenie je súčasťou zdravotného výkonu. Výkon: - je indikovaný na základe klinickej (nie výlučne epidemiologickej) indikácie ošetrojúceho lekára, - uhrádza sa u symptomatického pacienta s klinickými príznakmi respiračného syndrómu, - vykazuje sa diagnózou U07.1 alebo U07.2, - sa uhrádza u jedného poistenca maximálne 2x za 30 dní, - bol zrealizovaný za pomoci certifikovaného antigénového testu. Odber pre účely výkonu sa vykonáva s použitím osobitných ochranných pracovných prostriedkov: - respirátor FFP2-3 prekrytý rúškom, - ochranný plastický tvárový štít alebo okuliare, - jednorazové rukavice. Zároveň sú splnené aj tieto podmienky: - zrealizuje sa dezinfekcia bezprostredného priestoru po odbere pre účely daných výkonov, - poskytovateľ v prípade pozitívne testovaného poistenca zabezpečil ďalší manažment starostlivosti o pacienta. Výkony 629a a 629b nie je možné vzájomne kombinovať pri jednom vyšetrení pacienta.	10,20

6. Pevnou sumou zdravotná poisťovňa uhrádza individuálne pripočítateľné položky (IPP) vykázané v dávke 753b určenej príslušným metodickým usmernením Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, v položke č. 13 – PRIPOČÍTATEĽNÁ POLOŽKA s kódom, v sume, k výkonom a v rámci odborností ŠAS v zmysle tabuľky tohto bodu:

Kód IPP	Suma (€)	K výkonu s kódom	Akceptované u odborností ŠAS
IPP1	3,71	820	005; 073; 074; 105; 223; 367

7. V prípade, že poskytovateľ pri poskytovaní ambulantnej zdravotnej starostlivosti použije špecializovaný zdravotnícky materiál uvedený v Zozname ŠZM, zdravotná poisťovňa uhradí tento ŠZM ako pripočítateľnú položku k úhrade zdravotného výkonu do výšky obstarávacej ceny ŠZM, najviac však do výšky príslušnej maximálnej úhrady zdravotnej poisťovne za ŠZM uvedenej v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne pri súčasnom dodržaní všetkých ostatných príslušných podmienok úhrady ŠZM, ak nie je dojednané inak. Ak je obstarávacia cena ŠZM vyššia ako maximálna úhrada zdravotnej poisťovne za ŠZM ako pripočítateľnej položky uvedená v Zozname ŠZM zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne, je tento rozdiel zahrnutý do zdravotného výkonu, v súvislosti s ktorou bol ŠZM použitý. Týmto nie je dotknutá výška doplatku poistenca na úhradu ŠZM.

V. Špecializovaná ambulantná starostlivosť v špecializačnom odbore zubné lekárstvo, detské zubné lekárstvo, maxilofaciálna chirurgia, čelustná ortopédia a v certifikovanej pracovnej činnosti dentoalveolárna chirurgia, choroby slizníc ústnej dutiny a mukogingiválna chirurgia (ďalej len „zubné lekárstvo“)

1. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
Výkony špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti v odbore zubné lekárstvo. Pre náročnosť ošetrovania poistencov s vrodenou vývojovou chybou čeľustí a tváre sa výška úhrady zdravotného výkonu O06 do dosiahnutia šiesteho roku veku a výška úhrady zdravotných výkonov O21 až O37 bez obmedzenia veku, násobí koeficientom H 1,3 . Zdravotné výkony preventívnych prehliadok D01, D02, D02a, D05 a D06 sa vykazujú s kódom choroby Z01.2.	0,143

2. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné výkony telemedicíny za podmienok úhrady uvedených v tejto tabuľke:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
1b	Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty alebo telefonicky (160 bodov) Konzultácia s pacientom prostredníctvom elektronickej pošty (email), SMS alebo telefonicky obsahuje cielenú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly, vo vzťahu k jednému orgánovému systému, popis subjektívnych ťažkostí, diagnostický záver, poučenie o diéte a životospráve, v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplývajú z konzultácie ohľadom zdravotného stavu, prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára, poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie. Vykazovanie výkonu: - výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta, - zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii, - súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný čas poskytnutia zdravotného výkonu, popis zdravotného výkonu, prípadne dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne aj záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, - výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta, - vykazuje sa samostatne, najviac 1x za deň, - maximálna frekvencia: 3x v kalendárnom mesiaci.	0,035
70	Opätovné lekárske vystavenie receptov a (alebo) poukazov na základe požiadavky pacienta prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefónu (40 bodov) Popis výkonu: vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronickou formou pre lieky/zdravotné pomôcky/dietetické potraviny Vykazovanie výkonu: - výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta, - súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj z online prostredia, údaj, kedy bol recept a/alebo poukaz vypísaný a údaj o predpise lieku/zdravotnej pomôcky/dietetických potravín pacientovi prostredníctvom elektronických služieb, - výkon sa vzťahuje na jedného pacienta bez ohľadu na počet liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín, ktoré boli pacientovi predpísané, najviac 1x za deň, bez ohľadu na počet vystavených receptov a/alebo poukazov, - ak ide o elektronický predpis liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín typu opakovaný recept (preskripčný záznam s poznámkou „REPETATUR“) výkon sa vykazuje samostatne za každý vystavený recept a/alebo poukaz, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi, maximálna frekvencia: 3x v kalendárnom mesiaci.	0,035
1b 70	Spoločné podmienky vykazovania a uhrádzania výkonov 1b a 70 Union zdravotná poisťovňa, a. s. výkony akceptuje len za predpokladu, že relevantnú medicínsku radu alebo konzultáciu je možné poskytnúť poistencovi alebo jeho zákonnému zástupcovi telefonickou formou alebo inou elektronickou formou s ohľadom na zdravotný stav poistenca pri zachovaní správnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.. Telefonický rozhovor alebo iná elektronická komunikácia medzi	0,035

	pacientom a lekárom musí bezprostredne súvisieť s problematikou diagnostickej alebo terapeutickje starostlivosti. Poskytovateľ v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z. vykoná zápis do zdravotnej dokumentácie daného poistenca o poskytnutí telefonickje rady poistencovi Union ZP alebo jeho zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom poistenca v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z.. Výkony nie je možné vzájomne kombinovať a ani kombinovať s inými výkonmi. Zo strany poskytovateľa sú dodržané ostatné podmienky úhrady výkonov vyplývajúce z príslušných zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v platnom znení a všeobecne záväzných právnych predpisov.	
--	---	--

3. Do úhrady za zdravotný výkon nie sú zahrnuté náklady na:

- a) zdravotnícke pomôcky skupiny „Z“ uvedené v Zozname zdravotníckych pomôcok na mieru; ktorý vydáva Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky opatrením,
- b) materiál pri výkone RTG snímok podľa bodu 4 tejto časti.

4. Pevnou cenou sa uhrádza materiál pri výkone RTG snímok za každú správne vykázanú a uznanú RTG snímku:

Špecifikácia podmienok úhrady	Cena v €
materiál* k výkonu D 52 sa vykazuje pod kódom RTGIO	0,27
materiál* k výkonu D 54 sa vykazuje pod kódom OPG	0,50

*Uhrádza sa poskytovateľovi, ktorý zdravotnej poisťovni predložil príslušné povolenie na používanie zdrojov ionizujúceho žiarenia.

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 poisťného kmeňa na celkovom počte poisťencov, 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:

- a) lieky zaradené v zozname kategorizovaných liekov a označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ a
- b) 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:

- a) poskytovanie zdravotnej starostlivosti na expektačnom lôžku s kontinuálnym monitorovaním základných vitálnych funkcií v trvaní minimálne 2 hodiny a menej ako 24 hodín,
- b) poistenec bezprostredne potom nebol prijatý do ústavnej zdravotnej starostlivosti a
- c) 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	0,0323

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 vykazujú v dátovom rozhraní pre ambulantnú zdravotnú starostlivosť (dávka 753b) a uhrádzajú cenou výkonu – jedného ošetrovacieho dňa za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a zdravotnou poisťovňou uznaný ošetrovací deň takto:

Kód výkonu	Druh zdravotníckeho zariadenia	Cena výkonu v €
8899	Stacionár v odbornosti psychiatria (opakovaná denná ambulantná starostlivosť)	60,00
8899	Stacionár v odbornosti detská psychiatria (opakovaná denná ambulantná starostlivosť)	X
8899	Stacionár v ostatných odbornostiach (opakovaná denná ambulantná starostlivosť)	19,00

2. Za ošetrovací deň sa považuje pobyt poistenca v stacionári 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 v príslušnej odbornosti alebo klinického psychológa v prípade stacionára v odbornosti psychiatria a detská psychiatria (spoločne aj „psychiatrický stacionár“), u ktorého je poistenec v starostlivosti (ďalej len „ošetrojúci lekár“).

4. Maximálny počet denných pobytov v stacionári u jedného poistenca v kalendárnom roku je 60, okrem psychiatrického stacionára. Maximálny počet denných pobytov v psychiatrickom stacionári u jedného poistenca v kalendárnom roku je 90. V mimoriadnych prípadoch denný pobyt poistenca v stacionári po vyčerpaní maximálneho počtu 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. V cene ošetrovacieho dňa sú zahrnuté všetky náklady, ktoré súvisia s poskytnutím zdravotnej starostlivosti poistencovi vrátane nákladov za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

6. Psychiatrický stacionár spĺňa požiadavky na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie podľa osobitného predpisu. Za splnenie predpokladov pre odbornú spôsobilosť na výkon certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia sa považuje aj zaradenie zdravotníckeho pracovníka do uvedenej certifikačnej prípravy najneskôr do 31. 03. 2023 za predpokladu prítomnosti garanta s ukončenou certifikačnou prípravou.

7. U každého poistenca sa pred začatím pobytu poistenca a po ukončení pobytu poistenca v psychiatrickom stacionári vykoná hodnotenie efektu liečby podľa štandardizovaného dotazníka CORE-OM. Vyplnené dotazníky sú súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca.

8. Zdravotná poisťovňa má právo požadovať vrátenie až 75% z úhrady za pobyt poistenca v psychiatrickom stacionári, ak

a) do 7 dní bol prijatý do ústavnej zdravotnej starostlivosti v odbornosti psychiatria, gerontopsychiatria, neuropsychiatria, medicína drogových závislostí alebo detská psychiatria (s výnimkou súdom nariadenej ochrannnej liečby ústavnou formou); to neplatí v prípade, že počas poskytovania ZS ošetrojúci zdravotnícky pracovník zistí zmenu zdravotného stavu pacienta, ktorá si vyžiada nadväzujúcu ústavnú zdravotnú starostlivosť; a/alebo

b) pomer psychoterapeutických aktivít u poistenca zodpovedajúcich výkonom s kódom 856, 855, 858, 870, 867, 868, 869, 3364, 3366 ku všetkým aktivitám počas pobytu v stacionári bol nižší ako 70%.

VIII. Jednodňová zdravotná starostlivosť

1. Ak v tejto časti nie je dojednané inak, poskytovateľ vykazuje výkony jednodňovej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „JZS“) a zdravotná poisťovňa ňou uznané výkony JZS uhrádza:

- a) v rozsahu zazmluvnených odborností JZS podľa prílohy č. 1, ktorá tvorí neoddeliteľnú súčasť tejto zmluvy,
- b) za podmienok vyplývajúcich zo zmluvy a za podmienok uvedených v dokumente „Cenník jednodňovej zdravotnej starostlivosti“ v znení platnom v čase poskytnutia výkonu JZS a zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne (ďalej len „Cenník JZS“),
- c) v príslušnej cene určenej v Cenníku JZS pre **klaster 4**, do ktorého je poskytovateľ zaradený.

2. Zmluvné strany vyhlasujú, že v čase uzavretia zmluvy alebo dodatku ktorej/ktorého súčasťou táto príloha je, sa oboznámili s obsahom Cenníka JZS. V prípade zmeny Cenníka JZS a/alebo zmeny zaradenia poskytovateľa do klastra podľa predchádzajúceho bodu tejto časti prílohy zdravotná poisťovňa o tom informuje poskytovateľa najneskôr 14 dní pred plánovaným dňom účinnosti takýchto zmien.

3. V cene výkonu JZS sú zahrnuté všetky náklady spojené s jeho vykonaním, t. z. komplexné vyšetrenie poistenca lekárom realizujúcim výkon, poskytnutie výkonu podľa zdravotnej indikácie, použitie zdravotníckych pomôcok (ak nie je ďalej uvedené inak), kompletná anestéziologická starostlivosť (pred, počas i po operácii), v indikovaných prípadoch aj histológia (odoslanie odobratého biologického materiálu, záznam o výsledku v zdravotnej dokumentácii, manažment pacienta v prípade pozitivity nálezu), všetka zdravotná starostlivosť v pooperačnom období súvisiaca s výkonom JZS, rady a poučenia poistenca pred jeho prepustením do domácej starostlivosti vrátane prvej následnej kontroly po prepustení.

4. V prípade, že poskytovateľ jednodňovej zdravotnej starostlivosti pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti použije nasledovný špeciálny zdravotnícky materiál (ďalej len „ŠZM“):

- a) prsníkový implantát v špecializačnom odbore plastická chirurgia,
- b) prsníkový expandér v špecializačnom odbore plastická chirurgia,
- c) prsníkový expandér – implantát v špecializačnom odbore plastická chirurgia,
- d) suburetrálna páska v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodníctvo a v špecializačnom odbore urológia,
- e) vnútroočná šošovka v špecializačnom odbore oftalmológia,

zdravotná poisťovňa ho uhradí ako pripočítateľnú položku k úhrade výkonu do výšky obstarávacej ceny ŠZM, najviac však do výšky príslušnej maximálnej úhrady zdravotnej poisťovne za ŠZM uvedenej v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne pri súčasnom dodržaní všetkých ostatných príslušných podmienok úhrady ŠZM. Ak je obstarávacia cena ŠZM vyššia ako maximálna úhrada zdravotnej poisťovne za ŠZM ako pripočítateľnej položky uvedenej 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 nie je dotknutá výška doplatku poistenca na úhradu ŠZM.

5. Poskytovateľ je povinný zabezpečiť histologické vyšetrenie biologického materiálu u výkonov, u ktorých je to indikované, zabezpečiť zaznamenanie výsledku histologického vyšetrenia do zdravotnej dokumentácie poistenca a zabezpečiť jeho sprístupnenie tomu poskytovateľovi, ktorý je príslušný na poskytovanie ďalšej potrebnej zdravotnej starostlivosti.

6. V prípade vzniku komplikácií v súvislosti s poskytnutím JZS, ktoré si vyžadujú následnú hospitalizáciu poistenca, zdravotná poisťovňa vykoná kontrolu vykázaných a uhradených výkonov a s výsledkom kontroly oboznámi písomne poskytovateľa. Ak sa vykonanou kontrolou preukáže, že ku komplikáciám vzniknutým u poistenca došlo z dôvodu nesprávnej indikácie alebo nesprávneho poskytnutia výkonov JZS, môže byť úhrada za poskytnutý výkon JZS v zmysle bodu 8.1. zmluvy považovaná za neoprávnenú.

IX. 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 €
Výkon 65 pri sťaženom výkone v rádiológii a v rádioterapii v prípadoch určených Katalógom zdravotných výkonov (200 bodov). Nad rámec Katalógu zdravotných výkonov je možné výkon 65 v rádiológii a v rádioterapii vykazovať aj u detí do dňa ich 10. narodenín (vrátane tohto dňa).	0,0073 €

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

A) Laboratórne vyšetrovacie metódy

1. Zmluvné strany sa dohodli, že poskytovateľ poskytujúci zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačných odboroch laboratórnej medicíny

- vybrané zdravotné výkony Zoznamu výkonov vykazuje pod novými kódmi a za podmienok uvedených v dokumente „Usmernenie k vykazovaniu výkonov podobných vyšetrení“,
- zdravotné výkony podľa Zoznamu výkonov vykazuje pri rešpektovaní podmienok uvedených v dokumente „Usmernenie k vykazovaniu laboratórnych výkonov“,
- pri vyšetrení onkomarkerov vykazuje len laboratórne zdravotné výkony, ktoré boli indikované za podmienok uvedených v dokumente „Onkomarkery“.

2. Dokumenty podľa predchádzajúceho bodu sú zverejnené na webovom sídle zdravotnej poisťovne www.union.sk. Zmluvné strany vyhlasujú, že im ich obsah je známy v čase uzavretia zmluvy alebo dodatku, ktorej/ktorého súčasťou táto príloha je.

3. Cenou bodu v rozmedzí **0,0045 € do 0,00633 €** sa uhrádzajú výkony SVLZ v špecializačných odboroch laboratórnej medicíny; výška ceny bodu závisí od splnenia motivačných kritérií uvedených nižšie:

- základná cena bodu **0,0045 €** (podmienkou je interný a externý systém kontroly kvality a zabezpečenie prepravy biologického materiálu) sa navýši o 0,00061 € 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	0,005720
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	Skriningové 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 vykázať maximálne 1x 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 vykázať maximálne 2x 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	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,

	konvenčnou metódou /kontrolné cytologické vyšetrenie/		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 2x za dvanásť mesiacov na jedno rodné číslo. Pri vyšetrení touto metódou si poskytovateľ súčasne nevykazuje u daného poistenca vyšetrenia realizované metódou "Liguid based cytology"
--	---	--	--

Kód výkonu	Názov výkonu	Úhrada v €	Podmienky vykazovania
9952	Cytologické vyšetrenie realizované metódou "Liguid based cytology"	11	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 1x za dvanásť mesiacov na jedno rodné číslo. Pri vyšetrení touto metódou si poskytovateľ súčasne nevykazuje u daného poistenca vyšetrenia realizované konvenčnou metódou.

Poznámka:

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

- **negatívny nález z oportúnneho skríningu**- kód choroby: Z01.4
- **negatívny nález z populačného skríningu**- 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.

Ďalšie podmienky úhrady za výkon 9952 sú nasledovné:

- V úhrade za výkon sú zahrnuté celkové náklady na realizáciu výkonu poskytovateľom vrátane odberového materiálu (viálky).
- Poskytovateľ sa zaväzuje, že bezodplatne dodá odberový materiál (viálku) indikujúcemu poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti na základe jeho objednávky. Indikujúcim poskytovateľom zdravotnej starostlivosti je iný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti - lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo alebo klinická onkológia alebo onkológia v gynekológii alebo pediatriká gynekológia alebo materno-fetálna medicína, ktorý indikuje daný výkon a realizuje odber biologického materiálu.
- Daný výkon bol indikovaný zdravotníckym pracovníkom v povolaní lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo alebo klinická onkológia alebo onkológia v gynekológii alebo pediatriká gynekológia alebo materno-fetálna medicína.
- Výkon sa uhrádza za podmienky, že pri výkone bol použitý odberový materiál (viálka), ktorú poskytovateľ dodal indikujúcemu poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti.
- V prípade, že indikujúci poskytovateľ zdravotnej starostlivosti v súvislosti s realizáciou výkonu vybral od poistenca úhradu (poplatok alebo iné plnenie), zdravotná poisťovňa má nárok znížiť úhradu za daný výkon na úroveň 6,20 € za každý takýto prípad.
- K realizovanému výkonu metódou LBC Union ZP uhradí poskytovateľovi len opodstatnene indikované doplnkové výkony (napr. výkon za účelom typizácie HPV). V tomto prípade si poskytovateľ nevyžiada od indikujúceho poskytovateľa dodatočný odber biologického materiálu.

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

- 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 0,011700 €** 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	X
Konvenčné RTG - okrem vybraných skiagrafických výkonov	-	0,008000	0,008000
Konvenčné RTG – vybrané skiagrafické výkony	RTG prístroj analógový	0,008700	N42231023501 N42231023505 N42231023510 0,011700
	RTG prístroj s nepriamou digitalizáciou a so systémom PACS	0,009500	
	RTG prístroj s priamou digitalizáciou a so systémom PACS	0,010600	
	RTG prístroj s priamou digitalizáciou, so systémom PACS a s vybavením na elektronické zdieľanie RTG snímok s iným poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti	0,011700	
Ultrasonografia	-	0,008100	0,008100
Mamografia	Poskytovateľ, ktorý poskytuje menej ako 3 000 vyšetrení za jeden kalendárny rok	0,008800	0,009600
	Poskytovateľ, ktorý poskytuje minimálne 3 000 vyšetrení za jeden kalendárny rok	0,009600	
počítačová tomografia	CT prístroj do 16 MSCT	0,003515	0,004300
	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	0,005100
	MR prístroj 0,25 T pre viac orgánovú diagnostiku	0,003900	
	MR prístroj 0,3 T - 1,0 T	0,004200	
	MR prístroj 3T a vyššie	0,005100	

2. V prípade, že poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zariadení SVLZ použije špeciálny zdravotnícky materiál (ďalej len „ŠZM“) uvedený v Zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov v zmysle zákona č. 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „Zoznam ŠZM“) a preskripčným obmedzením viazaný na špecializačný odbor rádiológia, zdravotná poisťovňa uhradí tento ŠZM ako pripočítateľnú položku k úhrade výkonu do výšky obstarávacej ceny ŠZM, najviac však do výšky príslušnej maximálnej úhrady zdravotnej poisťovne za ŠZM uvedenej v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne pri súčasnom dodržaní všetkých ostatných príslušných podmienok úhrady ŠZM, ak nie je dojednané inak. Ak je obstarávacia cena ŠZM vyššia ako maximálna úhrada zdravotnej poisťovne za ŠZM ako pripočítateľnej položky uvedenej 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 uchovávanie 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	0,01063
Výkony FBLR s kódmi 509a, 512, 513, 514a, 516, 518, 522, 523a, 530, 531, 532, 533a, 540, 541, 542	0,01712

2. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi **výkony súvisiace s respiračnou fyzioterapiou poistenca s post-covidovým syndrómom** za podmienok dohodnutých v tomto bode:

- Cena výkonov sa určí ako súčin príslušného počtu bodov podľa tabuľky tohto bodu a zmluvnej ceny bodu.
- Sú splnené ostatné podmienky úhrady výkonov špecifikované v nasledovnej tabuľke:

Kód výkonu	Počet bodov	Názov výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Zmluvná cena bodu v €
3F00091	450	Respiračná fyzioterapia individuálna.	Výkony sa vykazujú s nasledovnými kódmi chorôb U08.0, U08.9, U09.0, U09.9.	0,01712
3F00092	360	Respiračná fyzioterapia skupinová.	Evalvácia post-covidového pacienta sa vykazuje pod kódom výkonu 505.	
3F00093	450	Respiračná fyzioterapia s inhaláciou kyslíka.	Poskytovateľ postupuje v súlade so Štandardným postupom - Odporúčania pre pľúcnu rehabilitáciu a respiračnú fyzioterapiu post COVID-19 pacientov	

X. Priamo hradené výkony pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti

1. Finančná úhrada za každý medicínsky indikovaný, poskytovateľom správne vykázaný a zdravotnou poisťovňou uznaný zdravotný výkon podľa podmienok uvedených v tabuľkách tejto časti prílohy predstavuje:

Kód	Názov	Realizujúci PZS	Indikujúci PZS	Kód Diagnózy	Periodicita	Kritéria pre úhradu z VZP	Výkony posudzované vopred / doložiť žiadanku k základnej dávke	Úhrada v €
9507	Stanovenie špecifického IFN-gama pre stanovenie latentnej infekcie TBC v cene je zahrnutá aj cena odberovej súpravy; pracoviská SVLZ vykonávajúce diagnostiku latentnej TBC výkonom 9507 poskytnú indikujúcemu pneumológovi odberové súpravy resp. zaistia odber materiálu	040	003; 156	Z03.0; Z20.1	4x za kal.rok	Vestník MZSR, čiasta 12-18, z 28.5.2010, č.02338-150/2010-OZSO, OU MZSR o šťadardizácii diagnostiky, disp. a liečby latentnej TBC, najmä u pacientov liečených biologickou liečbou		30
9558	Laktózová intolerancia - analýza variantov génu LCT (T-13910C, A-22018G)	062	048;154; 062.	E73.0, E74.9	1xZ	patologické výsledky laktózového tolerančného testu alebo pozitívneho H2 dychového testu.	Doložiť žiadanku vrátane údajov uvedených v Kritériach pre úhradu z VZP	39

Kód výkonu	Názov výkonu	diagnózy	indikujúce odbornosti	maximálna frekvencia	iné podmienky úhrady	úhrada v €
9503	Vyšetrenie PCR na stanovenie RNA HCV kvantitatívne	B18.2	002,216,048, 020	štyrikrát za dvanásť mesiacov	vyšetrenie v nadväznosti len pri pozitívnom výsledku pri kóde 9552	100
9504	Genotypizácia RNA	B18.2	002,216,048, 020	štyrikrát za dvanásť mesiacov		192
9506	Konfirmácia anti HCV s použitím western blot ELISA	B18.2	002,216,048, 020	štyrikrát za dvanásť mesiacov	vyšetrenie sa vykonáva pri spornom /hraničnom /výsledku na potvrdenie pozitivity resp.negativity	65
9526	Základné skúšky pri DMP v moči				Vyказuje sa na pracovisku klinickej biochémie alebo lekárskej genetiky.	3,82
9551	Stereorádiachirurgický výkon pomocou lineárneho urýchľovača				Výkon sa vykazuje na odbornosti 043	1 673
9552	Vyšetrenie PCR na stanovenie RNA HCV kvalitatívne	B18.2	002,216,048, 020	štyrikrát za dvanásť mesiacov		60

9558a	Fruktózová intolerancia /mutácie N334KK,A149P,A174D,del4E4/	E74.1	062,007	jedenkrát za život		40
5D87007	Vyšetrenie metódou RT- PCR na dôkaz SARS-CoV-2	U07.1, U07.2, U07.3, U07.4,U08, U08.0, U08.9, U09,U09.0, U09.1, U09.9, U10,U10.0, U10.9		1 x za 30 kalendárnych dní	Výkon bol indikovaný a poskytnutý v súlade s príslušnými usmerneniami Ministerstva zdravotníctva SR pre vyšetrenie na prítomnosť SARS-CoV-2 a príslušným štandardnými diagnosticko-terapeutickými postupmi. V prípade, že sa vyžaduje indikácia lekára, poskytovateľ vykáže výkon aj s uvedením kódu indikujúceho lekára. Zároveň poskytovateľ musí disponovať elektronickým alebo papierovým odporúčením (najmä tzv. žiadanka) indikujúceho lekára na poskytnutie PCR vyšetrenia na dôkaz SARS-CoV-2. Laboratórium musí výsledok vydať kvantitatívnu formou vrátane exaktného definovania Ct nálož. V úhrade za výkon sú zahrnuté aj náklady na odberový materiál. Zdravotná poisťovňa výkon uhradí, len ak sú súčasne splnené zákonné podmienky úhrady výkonu z verejného zdravotného poistenia. V prípade, že sa poskytovateľ dohodne s inou alebo s inými zdravotnými poisťovňami na znížení úhrady za tento výkon pod úroveň úhrady Union ZP, je povinný bezodkladne podpísať dodatok k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s Union ZP za účelom zníženia úhrady za daný výkon minimálne na úroveň úhrady inej zdravotnej poisťovne s najnižšou úhradou za daný výkon.	26
4C08006	Optická koherentná tomografia (OCT) predného segmentu oka		015, 336	1x na jedno oko za 12 mesiacov	Optická koherentná tomografia (OCT) - laserové bezkontaktné vyšetrenie mikroštruktúr predného segmentu oka.Výkon sa poskytuje bez doplatku poistenca pre účely diagnostiky a manažmentu ochorení rohovky, šošovky, glaukómu a pooperačných stavov.Výkon sa vykazuje na každé oko zvlášť, ak sú vyšetrované obe oči. Kombinácia tohto výkonu s inými výkonmi OCT uvedenými v tejto tabuľke musí byť medicínsky zdôvodnená v zdravotnej dokumentácii pacienta.	20
4C10023	Optická koherentná tomografia terča zrkovitého nervu		015, 336	1x na jedno oko za 12 mesiacov	Laserová optická koherentná tomografia (OCT) - bezkontaktné vyšetrenie mikroštruktúr zrkovitého nervu.Výkon sa poskytuje bez doplatku poistenca pre účely diagnostiky a manažmentu ochorení zrkovitého nervu, glaukómu, neurologických ochorení. Výkon sa vykazuje na každé oko zvlášť, ak sú vyšetrované obe oči. Kombinácia tohto výkonu s inými výkonmi OCT uvedenými v tejto tabuľke musí byť medicínsky zdôvodnená v zdravotnej dokumentácii pacienta.	20
4C10024	Optická koherentná tomografia sietnice		015, 336	1x na jedno oko za 12 mesiacov, ak nie je dojednané inak	Laserová optická koherentná tomografia (OCT) – bezkontaktné vyšetrenie mikroštruktúr sietnice.Výkon sa poskytuje bez doplatku poistenca pre účely diagnostiky a manažmentu ochorení sietnice, cievnatky, glaukómu, neurologických ochorení. Výkon sa vykazuje na každé oko zvlášť, ak sú vyšetrované obe oči. Kombinácia tohto výkonu s inými výkonmi OCT uvedenými v tejto tabuľke musí byť	20

					medicínsky zdôvodnená v zdravotnej dokumentácii pacienta. Častejšie ako 1x na jedno oko za 12 mesiacov zdravotná poisťovňa uhradí výkon z dôvodu: intravitreálnej aplikácie liečiv alebo z dôvodu posúdenia potreby intravitreálnej aplikácie liečiv resp. monitoringu takejto liečby. Zdravotná poisťovňa môže zaviesť a oznámiť poskytovateľovi maximálnu frekvenciu uhrádzania výkonu aj v prípadoch uvedených v písmene a) alebo b), ak v týchto prípadoch bude v aktuálnom roku poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti vykázaná (angio)optická koherentná tomografia sietnice u viac ako 15% takto vyšetrených pacientov častejšie ako 4x na jedno oko. V prípade vyšetrenia z dôvodu monitoringu pri posudzovaní potreby intravitreálnej aplikácie liečiv sa vyžaduje záznam v zdravotnej dokumentácii.	
4C10041	Angio - optická koherentná tomografia sietnice		015, 336	1x na jedno oko za 12 mesiacov, ak nie je dojednané inak	Bezkontaktné zobrazenie cievneho riečiska sietnicového a choroidálneho, bez použitia kontrastnej látky, pomocou neinvazívneho 3D zobrazenia krvného prietoku, pri ochoreniach sietnice a cievnatky. Výkon sa poskytuje bez doplatku poistenca pre účely diagnostiky a manažmentu ochorení sietnice-diabetická retinopatia, vekom podmienená degenerácia makuly, oklúzie ciev sietnice a cievne abnormality. Výkon sa vykazuje na každé oko zvlášť, ak sú vyšetrované obe oči. Kombinácia tohto výkonu s inými výkonmi OCT uvedenými v tejto tabuľke musí byť medicínsky zdôvodnená v zdravotnej dokumentácii pacienta. Častejšie ako 1x na jedno oko za 12 mesiacov zdravotná poisťovňa uhradí výkon z dôvodu: intravitreálnej aplikácie liečiv alebo z dôvodu posúdenia potreby intravitreálnej aplikácie liečiv resp. monitoringu takejto liečby. Zdravotná poisťovňa môže zaviesť a oznámiť poskytovateľovi maximálnu frekvenciu uhrádzania výkonu aj v prípadoch uvedených v písmene a) alebo b), ak v týchto prípadoch bude v aktuálnom roku poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti vykázaná (angio)optická koherentná tomografia sietnice u viac ako 15% takto vyšetrených pacientov častejšie ako 4x na jedno oko. V prípade vyšetrenia z dôvodu monitoringu pri posudzovaní potreby intravitreálnej aplikácie liečiv sa vyžaduje záznam v zdravotnej dokumentácii.	30
4C10042	Angio - optická koherentná tomografia zrakového nervu		015, 336	1x na jedno oko za 12 mesiacov	Bezkontaktné zobrazenie cievneho riečiska zrakového nervu bez použitia kontrastnej látky, pomocou neinvazívneho 3D zobrazenia krvného prietoku, pri ochoreniach zrakového nervu, glaukóme. Výkon sa poskytuje bez doplatku poistenca pre účely diagnostiky a manažmentu ochorení zrakového nervu, glaukómu, neurologických ochorení. Výkon sa poskytuje pre účely diagnostiky a manažmentu ochorení zrakového nervu, glaukómu, neurologických ochorení. Výkon sa vykazuje na každé oko zvlášť, ak sú vyšetrované obe oči. Kombinácia tohto výkonu s inými výkonmi OCT uvedenými v tejto tabuľke musí byť medicínsky zdôvodnená v zdravotnej dokumentácii pacienta.	30

2. Zdravotná poisťovňa čiastočne uhrádza každý medicínsky indikovaný, poskytovateľom správne vykázaný a zdravotnou poisťovňou uznaný zdravotný výkon podľa podmienok uvedených v tabuľke tohto bodu predstavuje:

Kód výkonu	Názov výkonu	diagnozy	indikujúce odbornosti	maximálna frekvencia	iné podmienky úhrady	úhrada v €
Y0008	Vyšetrenie pigmentových lézií digitálnym dermatoskopom pre včasný záchyt malígneho melanómu	L81.9	018	Dva výkony za kalendárny rok	Poskytovateľ zabezpečuje v indikovaných prípadoch ďalší manažment zdravotnej starostlivosti pacienta (extirpácia alebo jej zabezpečenie u iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti) Podmienky pre materiálno-technické vybavenie ambulancie: prístroj digitálny dermatoskop; Obsah vyšetrenia: vyšetrenie kože a indikované dermatoskopické vyšetrenie suspektných kožných lézií; vyhodnotenie vyšetrenia podľa klasifikácie ABCDE; diagnostický záver; archivácia nálezu; Nepovolená kombinácia s výkonom 60, 62 a 63; Odporúčaná dĺžka trvania vyšetrenia je 30 min; Poskytnutie vyšetrenia je bez doplatku poistenca	40

3. Zdravotné výkony vykazované s kódmi Y0008sa nezahŕňajú do globálneho rozpočtu.

4. Zdravotná poisťovňa vyhlasuje, že revízny lekár zdravotnej poisťovne udelil predchádzajúci súhlas podľa § 42 ods. 5 a 6 zákona č. 577/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov s úhradou výkonov uvedených v Časti – Priamo hradené výkony pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti [okrem výkonov uvedených v písm. c) tohto bodu] 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

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

5. Súčasťou každého výkonu uvedeného v Časti – Priamo hradené výkony pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej aj ako „PHV“) je aj hodnotenie, interpretácia, dokumentácia a archivácia výsledkov vyšetrení a záverečná správa.

6. Pod jednotlivými PHV sa rozumie skupina viacerých výkonov SVLZ v špecializačnom odbore lekárska genetika, patológia, mikrobiológia, a imunológia vykazovaných pod spoločným kódom. Cena za PHV, ktoré tvoria jednu skupinu sa uhrádza ako celok a nekombinuje sa s laboratórnymi výkonmi II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ). Indikovanie, poskytovanie a vykazovanie týchto PHV musí byť uskutočnené v súlade s aj podmienkami uvedenými v tejto časti prílohy.

7. Pri všetkých výkonoch 7231* uvádzať diagnózu na žiadanke aj slovne. Pre diagnostiku zriedkavého ochorenia mimo ochorení uvedených v tabuľke, kde diagnostika vyžaduje vyšetrenie viac ako 10 exónov (od kategórie 7231C), podlieha predchádzajúcemu súhlasu zdravotnej poisťovne.

8. Uvedené guidelines (NCCN, MZSR,) akceptujeme podľa aktuálne platnej verzie v čase vyšetrenia.

XI. Finančný rozsah

Zmluvné strany sa pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti v zariadeniach SVLZ podľa tejto prílohy dohodli na finančnom objeme vo výške **60 642,- eur** na obdobie jednotlivých kalendárnych mesiacov plynúcich v období od 1.5.2025 do 30.6.2025, vo výške **363 851,- eur** na kalendárny polrok od 1.7.2025 do 31.12.2025 a vo výške **727 702, eur** na obdobie jednotlivých kalendárnych rokov plynúcich od 1.1.2026. Ustanovenia tejto časti prílohy sa vzťahujú aj na priamo hradené výkony pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ak sú predmetom tejto zmluvy. Do finančného objemu na kalendárne obdobie podľa tejto časti sa zahŕňajú všetky poskytovateľom vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané výkony SVLZ podľa tejto prílohy. Po prečerpaní finančného objemu sa výška úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť vypočíta ako súčin výšky úhrady zdravotnej starostlivosti, na ktorú sa finančný objem vzťahuje a koeficientu 0,1. V prípade nevyčerpania dohodnutého finančného objemu sa nevyčerpaná časť finančného objemu neprenáša do nasledujúceho dohodnutého obdobia.

XII. Špecializovaná ambulantná starostlivosť v odbornostiach pilotovaných v projekte „Implementácia nového zoznamu zdravotných výkonov

1. Zmluvné strany sa dohodli, že poskytovateľ zapojený do pilotného projektu „Implementácia nového zoznamu zdravotných výkonov“ (ďalej len „projekt“) v období od 01.07.2025 do 31.12.2025 postupuje pri vykazovaní špecializovanej zdravotnej starostlivosti v pilotovaných odbornostiach uvedených v tabuľke bodu 2 písm. a) podľa tejto osobitnej časti. Počas uvedeného obdobia sa pre vykazovanie špecializovanej zdravotnej starostlivosti v pilotovaných odbornostiach neuplatňuje Časť - Špecializovaná ambulantná starostlivosť v príslušnom špecializačnom odbore.

2. Zdravotná poisťovňa v uvedenom období poskytovateľovi zapojenému do projektu uhradí špecializovanú zdravotnú starostlivosť formou mesačného paušálu vo výške 10 054 € v súhrne za všetky pilotované odbornosti za nasledovných podmienok:

a) Poskytovateľ v uvedenom období vykazuje zdravotnú starostlivosť v pilotovanej odbornosti pod novými kódmi zdravotných výkonov špecializovanej zdravotnej starostlivosti, zverejnených na webovom sídle Ministerstva zdravotníctva SR a v súlade s uvedenými indikačnými kritériami výkonov v danej odbornosti, s výnimkou EÚ poistencov, občanov Ukrajiny, ľudí bez domova a ľudí s nepodanou prihláškou, pri ktorých poskytovateľ vykazuje zdravotnú starostlivosť pod pôvodnými kódmi zdravotných výkonov. V prípade potreby poskytovateľ zasiela zdravotnej poisťovni opravné dávky.

Kód pilotovanej odbornosti	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena výkonu v €	Výška paušálnej úhrady v €
001	Výkon špecializovanej zdravotnej starostlivosti	1,00	915
003	Výkon špecializovanej zdravotnej starostlivosti	1,00	3 443
004	Výkon špecializovanej zdravotnej starostlivosti	1,00	3 170
018	Výkon špecializovanej zdravotnej starostlivosti	1,00	2 196
060	Výkon špecializovanej zdravotnej starostlivosti	1,00	330

b) Poskytovateľ sa zaväzuje, že v uvedenom období vyvinie maximálne úsilie na to, aby počet ošetrovaných poistencov v pilotovanej odbornosti neklesol o viac ako 25% oproti predchádzajúcemu obdobiu.

c) Pre účely zberu ďalších súvisiacich dát projektu poskytovateľ prostredníctvom webového formulára Ministerstva zdravotníctva SR poskytuje údaje v štruktúre, v akej budú Ministerstvom zdravotníctva SR požadované.

d) Podmienkou úhrady je splnenie povinnosti podľa predchádzajúceho bodu a zápis a vloženie vyhodnotenia výsledku vyšetrenia do systému eZdravie.

e) Do paušálu sa nezapočítavajú náklady na lieky uvedené v Zozname kategorizovaných liekov, uverejňovanom Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky na svojom webovom sídle označené v stĺpci spôsob úhrady písmenom „A“ a „AS“, náklady na zdravotnícke pomôcky vrátane ŠZM a zdravotné výkony za EÚ poistencov, občanov Ukrajiny, ľudí bez domova a ľudí s nepodanou prihláškou.

3. Poskytovateľ sa zaväzuje plniť všetky uvedené podmienky projektu podľa písm. a), b), c) a d) bodu 1 vo všetkých pilotovaných odbornostiach počas doby jeho trvania. V prípade, ak poskytovateľ bez uvedenia objektívnych dôvodov nesplní podmienky projektu, zdravotná poisťovňa môže od poskytovateľa požadovať vrátenie motivačnej zložky za každý mesiac, v ktorom poskytovateľ porušil podmienky projektu. Ak poskytovateľ, ktorý pilotuje viacero odborností, nesplní uvedené podmienky v niektorej z pilotovaných odborností, vzťahuje sa uvedené na výšku motivačnej zložky príslušajúcej k pilotovanej odbornosti v tabuľke podľa písm. a).

4. Po uplynutí uvedeného obdobia poskytovateľ vykazuje zdravotnú starostlivosť v súlade s pôvodne platnými zmluvnými podmienkami.

Príloha č. 2b
k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Podmienky úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti

I. Ústavná zdravotná starostlivosť

1. Zdravotná starostlivosť poskytovaná poistencovi v ústavnej zdravotnej starostlivosti, poskytovateľom správne vykázaná a zdravotnou poisťovňou uznaná sa, s výnimkou zdravotnej starostlivosti hradenej podľa účinnej prílohy č. 2c zmluvy a s výnimkou osobitne hradených výkonov uvedených ďalej v tejto prílohe, uhrádza nasledovne:

cenou za ukončenú hospitalizáciu

kód -	odbornosť	výška úhrady v €	Podmienky úhrady za hospitalizáciu poistenca
001-101	Vnútorné lekárstvo	821	
196-101	JIS interná	821	
001-102	Vnútorné lekárstvo -oddelenie dlhodobých chorých	1031	hospitalizácia trvá minimálne 21 dní
002	Infektológia	811	
003-101	Pneumológia a ftizeológia	801	
003-102	Pneumológia a ftizeológia	1133	hospitalizovaný poistenec s onkologickou chorobou podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení
004	Neurológia	852	
201	JIS neurologická	852	
005	Psychiatria	1264	
009	Gynekológia a pôrodníctvo	826	
010-101	Chirurgia	1220	
202 101	JIS chirurgická	1220	
010 -102	Miniinvazívna chirurgia a endoskopia	1220	
011	Ortopédia	911	
012	Urológia	871	
013	Úrazová chirurgia	1188	
613	JIS úrazová	1188	
014	Otorinolaryngológia	851	
015	Oftalmológia	731	
018	Dermatovenerológia	623	
019-101 019-102	Klinická onkológia	1801	
025	Anestéziológia a intenzívna medicína	5831	Hospitalizácia poistenca, ktorého zdravotný stav vyžadoval nepretržitú intenzívnu starostlivosť najvyššieho alebo vyššieho stupňa pri zlyhaní alebo zlyhávaní jednej alebo viacerých životných funkcií a orgánových systémov, podporu jednej alebo viacerých základných životných funkcií počas najmenej 24 hodín hospitalizácie na oddelení, nepretržité neinvazívne, ev. invazívne monitorovanie všetkých životných funkcií, vrátane záznamu, opakované sledovanie rozšírených hematologických a biochemických parametrov, opakované intervencie pre poruchu funkcie orgánových systémov alebo vnútorného prostredia. Za prístrojové udržiavanie životných funkcií sa nepovažuje krátkodobá umelá pľúcna ventilácia poistenca po anestézii. Pri posudzovaní odôvodnenosti hospitalizácie poistenca bude poisťovňa pristupovať vždy individuálne a ako pomocné kritérium uplatňovať TISS skórovací systém (Therapeutic Intervention Scoring System) a pri poruchách vedomia poistenca GCS (Glasgow Coma Scale)
031	Hematológia a transfuziológia	2751	

631	JIS hematologická	2751	
019-103	Hematológia a transfuziológia	3283	hospitalizovaný poistenec s onkologickou chorobou podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení, ktorému je poskytovaná cytostatická alebo rádioterapeutická liečba
037	Neurochirurgia	1776	
637	JIS neurochirurgická	1776	
038-101	Plastická chirurgia	641	
038-102	Mikrochirurgické replantačné centrum	4987	
046	Algeziológia	776	
051	Neonatológia	683	
707	JISN jednotka intenzívnej starostlivosti onovorodencov	683	hospitalizovaný poistenec spĺňa indikácie na hospitalizáciu podľa Konceptie zdravotnej starostlivosti v odbore neonatológia
203	JIRS - jednotka intenzívnej starostlivosti o novorodencov a jednotka resuscitačnej starostlivosti o novorodencov	2101	
708	JVSN - jednotka vysokošpecializovanej starostlivosti o novorodencov	3003	
068-101	Cievna chirurgia	1101	operačné výkony na karotických artériách, hrudnej a brušnej aorte, hornej a dolnej dutej žile, by-passové operácie na periférnych vetvách artériového cievneho riečiska, tromboektómie a embolektómie
306-101	Klinické pracovné lekárstvo a klinická toxikológia	623	
319-102	Onkológia v chirurgii	1263	hospitalizovaný poistenec spĺňa indikácie na operačné riešenie choroby s diagnózou C podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení
319-101	Onkológia v chirurgii	4001	hospitalizácia za účelom vykonania roboticky asistovanej onkourologickej a onkogynekologickej operácie. Cena za ukončenú hospitalizáciu zahŕňa všetky náklady spojené s operačným výkonom (lieky, zdravotnícke pomôcky, krv a krvné výrobky, operačný výkon, hospitalizáciu). Podmienkou úhrady operácie z verejného zdravotného poistenia je predchádzajúci písomný súhlas zdravotnej poisťovne udelený na základe písomnej žiadosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti

cenou ošetrovacieho dňa

kód -	odbornosť	výška úhrady v €	Podmienky úhrady za hospitalizáciu poistenca
005-102	psychiatria	60	ošetrojúci lekár môže v osobitne odôvodnených prípadoch rozhodnúť o povolení terapeutickú priepustku poistencovi, o čom urobí záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca

2. Na účely tejto prílohy sa za ukončenú hospitalizáciu považuje pobyt poistenca na lôžku u poskytovateľa v trvaní dlhšom ako 24 hodín.

3. Za ukončenú hospitalizáciu sa považuje aj pobyt poistenca na lôžku oddelenia:

- anestéziológia a intenzívnej medicíny v trvaní kratšom ako 24 hodín (ak ďalej nie je uvedené inak)
- gynekológia a pôrodnictva v trvaní kratšom ako 24 hodín, ak rodička svojvoľne opustila v deň pôrodu zdravotnícke zariadenie
- ktorejkoľvek odbornosti ak hospitalizácia nebola dlhšia ako 24 hodín v dôsledku úmrtia poistenca.

Všetky takéto prípady poskytovateľ vykazuje samostatnou dávkou a fakturuje samostatnou faktúrou za obdobie ukončeného kalendárneho mesiaca a zdravotná poisťovňa ho poskytovateľovi uhradí vo výške 50 % z ceny za ukončenú hospitalizáciu na príslušnom oddelení.

Pobyt poistenca zdravotnej poisťovne na lôžku v trvaní kratšom ako 24 hodín, ktorý nespĺňa podmienky uvedené v písmenách a) až c) tohto bodu poskytovateľ zdravotnej poisťovni vykazuje a účtuje ako výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti.

4. Cena za ukončenú hospitalizáciu zahŕňa všetky náklady, ktoré súvisia s poskytnutím zdravotnej starostlivosti hospitalizovanému poistencovi poisťovne u poskytovateľa vrátane pobytu sprievodcu poistenca, okrem nákladov na:

- špeciálne zdravotnícke materiály používané v rámci ústavnej zdravotnej starostlivosti v rozsahu uvedenom v príslušnej časti tejto prílohy
- výkony finančne náročnej zdravotnej starostlivosti uvedené ďalej v tejto prílohe

- c) transfúzne lieky, tkanivá a bunky poskytované pri transplantáciách, materské mlieko a iné zdravotné výkony, lieky a zdravotnícke pomôcky, pokiaľ to vyplýva z rozhodnutia Ministerstva zdravotníctva SR o regulácii cien výrobkov, služieb a výkonov v oblasti zdravotníctva.
5. 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 priepustky. 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.
6. V cene ošetrovacieho dňa sú zahrnuté všetky náklady, ktoré súvisia s poskytnutím zdravotnej starostlivosti hospitalizovanému poistencovi poisťovne u poskytovateľa vrátane pobytu sprievodcu poistenca a nákladov za poskytovanie zdravotnej starostlivosti spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek v špecializačnom odbore fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia.
7. Poskytovateľ môže zdravotnej poisťovni samostatnou faktúrou vykázat mimoriadne finančne náročnú zdravotnú starostlivosť, ak liečba predstavuje jedinou terapeutickú alternatívu a náklady poskytovateľa na lieky a zdravotnícke pomôcky, ktoré sú zahrnuté do úhrady hospitalizácie, presiahnu dvojnásobok súčtu ceny ukončenej hospitalizácie (uvedenej v bode 1 časti I tejto prílohy) a príplatku k ukončenej hospitalizácii (príplatek sa berie do úvahy vo výške uvedenej v tejto časti tejto prílohy), ak má poskytovateľ na tento príplatek nárok. Poskytovateľ po ukončení hospitalizácie predloží zdravotnej poisťovni na schválenie individuálnu kalkuláciu ekonomicky oprávnených a preukázateľných nákladov na lieky a zdravotnícke pomôcky spoločne s kópiami ich nadobúdacích dokladov od dodávateľa zdravotníckych pomôcok. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi mimoriadne finančne náročnú zdravotnú starostlivosť vo výške schválenej revíznym lekárom zdravotnej poisťovne ako pripočítateľnú položku k ukončenej hospitalizácii.
8. Zdravotná poisťovňa pri preklade jej poistenca z jedného oddelenia na druhé oddelenie poskytovateľa uhradí zmluvne dohodnutú cenu za ukončenú hospitalizáciu na každom oddelení len v medicínsky odôvodnených prípadoch; pri preklade sa deň ukončenia hospitalizácie na jednom oddelení rovná dňu začiatku hospitalizácie poistenca na ďalšom oddelení poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. V prípade, že je poistenec počas jedného pobytu u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti viackrát hospitalizovaný na oddelení v tom istom špecializačnom odbore, zdravotná poisťovňa uhradí zmluvne dohodnutú cenu za ukončenú hospitalizáciu na oddelení v príslušnom špecializačnom odbore len raz.
9. Poskytovateľ je oprávnený odmietnuť poistencovi zdravotnej poisťovne poskytnutie ústavnej zdravotnej starostlivosti iba v prípade, ak zdravotný stav poistenca nevyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín.
10. Úhrada za výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti a výkony spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek poskytnuté počas hospitalizácie je zahrnutá v úhrade za hospitalizáciu.
11. Ak je poistenec hospitalizovaný za účelom plánovaného poskytnutia operačného výkonu a tento nie je z akýchkoľvek dôvodov vykonaný, zdravotná poisťovňa neuhradí cenu ukončenej hospitalizácie. Poskytovateľ je oprávnený vykázat v dávke ambulantnej starostlivosti rovnakej odbornosti poskytnutie výkonu s kódom 60a.
12. Ak hospitalizácia poistenca na oddelení dlhodobo chorých trvá kratšie ako 21 dní, takýto prípad poskytovateľ vykazuje samostatnou dávkou a fakturuje samostatnou faktúrou označenou textom „Osobitná úhrada 50“. Zdravotná poisťovňa túto poskytnutú zdravotnú starostlivosť uhradí vo výške 50 % z ceny za ukončenú hospitalizáciu na príslušnom oddelení.
13. V prípade hospitalizácie poistenca na jednotke intenzívnej starostlivosti, pokiaľ tejto zdravotnej starostlivosti predchádzala hospitalizácia na základnom oddelení poskytovateľa a/alebo po hospitalizácii na jednotke intenzívnej starostlivosti pokračuje hospitalizácia na základnom oddelení poskytovateľa, patrí poskytovateľovi úhrada za hospitalizáciu na základnom oddelení poskytovateľa uvedená v bode 1 tejto časti prílohy. Pokiaľ bol poistenec hospitalizovaný len na jednotke intenzívnej starostlivosti, patrí poskytovateľovi úhrada pre príslušnú jednotku intenzívnej starostlivosti vo výške uvedenej v bode 1 tejto časti prílohy.
14. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi hospitalizáciu na lôžku oddelenia anestéziológie a intenzívnej medicíny v prípade pobytu poistenca na lôžku supľujúceho starostlivosti jednotky intenzívnej starostlivosti vo výške 6% z ceny na oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny. Takéto prípady poskytovateľ vykazuje samostatnou dávkou, ku ktorej pripája zoznam poistencov, ktorým bola poskytnutá zdravotná starostlivosť vrátane ich rodných čísiel a fakturuje ich samostatnou faktúrou označenou textom „Osobitná úhrada OAIM“.
15. Zdravotná poisťovňa nehradí poskytovateľovi pobyt na lôžku oddelenia anestéziológie a intenzívnej medicíny v prípade prijatia kontinuálne kardiopulmonálne a cerebrálne resuscitovaného poistenca, ktorý do hodiny od momentu prijatia zomrie; poskytovateľ v takomto prípade vykáže výkony poskytnuté počas resuscitácie spolu s pripočítateľnými položkami v dávkach ambulantnej starostlivosti.

II. Úhrada špeciálnych zdravotníckych materiálov v rámci ústavnej zdravotnej starostlivosti

1. V prípade, že poskytovateľ pri poskytovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti, s výnimkou ústavnej zdravotnej starostlivosti hradenej podľa účinnej prílohy č. 2c zmluvy, použije špeciálny zdravotnícky materiál (ďalej aj ako „ŠZM“) uvedený v Zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov v zmysle zákona č. 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej aj ako „Zoznam ŠZM“), odôvodňuje použitie ŠZM písomne v zdravotnej dokumentácii poistenca a ŠZM, ktoré:
- a) vyžadujú súhlas zdravotnej poisťovne, poskytovateľ vykazuje samostatnou faktúrou za všetkých jej poistencov, u ktorých boli ŠZM v príslušnom zúčtovacom období použité; povinnou prílohou faktúry sú kópie nadobúdacích dokladov schválených ŠZM a kópie lekárskeho prepúšťacieho správ poistencov,
 - b) nevyžadujú súhlas zdravotnej poisťovne, poskytovateľ dokladuje kópiami ich nadobúdacích dokladov, ak si ich zdravotná poisťovňa vyžiada.
2. V prípade, že poskytovateľ pri poskytovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti, s výnimkou ústavnej zdravotnej starostlivosti hradenej podľa účinnej prílohy č. 2c k zmluve, použije ŠZM uvedený v Zozname ŠZM, zdravotná poisťovňa uhradí tento ŠZM ako pripočítateľnú položku k úhrade hospitalizácie do výšky obstarávacej ceny ŠZM, najviac však do

výšky príslušnej maximálnej úhrady zdravotnej poisťovne za ŠZM uvedenej v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne pri súčasnom dodržaní všetkých ostatných príslušných podmienok úhrady ŠZM, ak nie je dojednané inak. Ak je obstarávacia cena ŠZM vyššia ako maximálna úhrada zdravotnej poisťovne za ŠZM ako pripočítateľnej položky uvedená v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne, je tento rozdiel zahrnutý do úhrady hospitalizácie, v súvislosti s ktorou bol ŠZM použitý. Týmto bodom nie je dotknutá výška doplatku poistenca na úhradu ŠZM.

3. Ak je podľa platného Zoznamu ŠZM podmienkou úhrady zdravotníckej pomôcky aj predchádzajúci súhlas zdravotnej poisťovne, zdravotná poisťovňa o udelení tohto súhlasu rozhoduje na základe predchádzajúcej písomnej žiadosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o úhradu zdravotníckej pomôcky pre konkrétneho poistenca, pokiaľ ďalej nie je uvedené inak. V prípade, že ide o použitie zdravotníckej pomôcky v súvislosti s poskytnutím neodkladnej zdravotnej starostlivosti poistencovi, poskytovateľ môže požiadať o súhlas zdravotnej poisťovne dodatočne, najneskôr však do troch pracovných dní od poskytnutia zdravotníckej pomôcky poistencovi. Súhlas zdravotnej poisťovne s úhradou zdravotníckej pomôcky je platný jeden rok od jeho udelenia.

III. Osobitne hradené výkony

1. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi zdravotnú starostlivosť spočívajúcu vo výkonoch uvedených v tabuľke nižšie za podmienok ustanovených v tejto časti prílohy.

Kód výkonu	Názov výkonu	Povolená odbornosť	Výška úhrady OHV v €	Podmienky vykazovania
H5560	Diagnosticko terapeutický výkon v ústavnej zdravotnej starostlivosti - ukončená hospitalizácia z dôvodu potreby pozorovania zdravotného stavu a/ alebo diagnostického vyšetrenia a/alebo podania lieku/liekov poistencovi počas jeho hospitalizácie v trvaní od 24 hodín do 72 hodín na príslušnom oddelení	odbornosti oddelení hradených cenou ukončenej hospitalizácie	475	

2. V cene výkonu sú zahrnuté všetky náklady spojené s jeho vykonaním, t.z. komplexné vyšetrenie poistenca lekárom realizujúcim výkon, poskytnutie výkonu podľa zdravotnej indikácie, použitie zdravotníckych pomôcok a špeciálnych zdravotníckych materiálov, kompletná anestéziologická starostlivosť (pred, počas i po operácii), v indikovaných prípadoch aj histológia (odoslanie odobratého biologického materiálu, záznam o výsledku v zdravotnej dokumentácii, manažment pacienta v prípade pozitivity nálezu), všetka zdravotná starostlivosť a služby súvisiace s poskytnutím zdravotnej starostlivosti, rady a poučenia poistenca pred jeho prepustením do domácej starostlivosti.

3. Poskytovateľ vykazuje tieto výkony, ak zdravotný stav poistenca a/alebo iná kontraindikácia vyžadovala nepretržitý pobyt poistenca na lôžku v trvaní dlhšie ako 24 hodín, v dátovom rozhraní pre ústavnú zdravotnú starostlivosť v cene uvedenej v tabuľke bodu 1 tejto časti v stĺpci s označením „Výška úhrady OHV v €“ (ďalej len „osobitne hradené výkony“) ako pripočítateľnú položku k ukončenej hospitalizácii s nulovou hodnotou.

4. Osobitne hradené výkony je možné preklasifikovať na úhradu za ukončenú hospitalizáciu na základe písomnej žiadosti poskytovateľa, ktorá je prílohou faktúry za poskytovanie zdravotnej starostlivosti, ak u poistenca vznikli komplikácie, ktoré vyžadujú pobyt na OAIM či JIS dlhší ako 24 hodín, alebo hospitalizáciu dlhšiu ako 96 hodín, kde je zároveň poskytovaná liečba, ktorá vyžaduje podanie liekov v celkovej sume viac ako 50% z ceny úhrady za osobitne hradený výkon.

5. V prípade ak poskytovateľ vykáže k úhrade pri jednom operačnom zákroku viac ako jeden osobitne hradený výkon, zdravotná poisťovňa takéto vykázanie posúdi a v prípade akceptovania môže poskytnutú zdravotnú starostlivosť uhradiť v cene ukončenej hospitalizácie na príslušnom oddelení.

IV. Ceny výkonov finančne náročnej zdravotnej starostlivosti

1. Zdravotná poisťovňa uhradí výkony finančne náročnej zdravotnej starostlivosti uvedené nižšie, s výnimkou ústavnej zdravotnej starostlivosti hradenej podľa účinnej prílohy č. 2c zmluvy, len za toho poistenca, ktorý je v čase poskytnutia výkonov finančne náročnej zdravotnej starostlivosti jej poistencom.

2. Podmienkou úhrady výkonov finančne náročnej zdravotnej starostlivosti uvedených nižšie je predchádzajúci písomný súhlas zdravotnej poisťovne; v prípade, že ide o poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti poistencovi, poskytovateľ žiada o súhlas zdravotnej poisťovne dodatočne, najneskôr však do troch pracovných dní po poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti.

3. Súhlas zdravotnej poisťovne na poskytnutie výkonov finančne náročnej zdravotnej starostlivosti je platný jeden rok; po uplynutí tohto súhlasu poskytovateľ požiada písomne zdravotnú poisťovňu o nový súhlas.

4. Poskytovateľ po poskytnutí výkonov finančne náročnej zdravotnej starostlivosti predloží zdravotnej poisťovni vyúčtovanie nákladov súvisiacich bezprostredne s ich poskytnutím s podrobnou kalkuláciou jednotlivých nákladov, kópie nadobúdacích dokladov alebo faktúr od veľkodistribútora (len za položky v hodnote nad 100€) a kópiu prepúšťacej správy poistenca. Zdravotná poisťovňa posúdi predložené doklady, prehodnotí predloženú kalkuláciu a rozhodne o výške úhrady výkonov finančne náročnej zdravotnej starostlivosti do 30 dní odo dňa doručenia kompletných dokladov.

5. Poskytovateľ na základe rozhodnutia zdravotnej poisťovne o výške úhrady výkonov finančne náročnej zdravotnej starostlivosti účtuje zdravotnej poisťovni výkony finančne náročnej zdravotnej starostlivosti samostatnou faktúrou za príslušný kalendárny mesiac.

6. Zdravotná poisťovňa uhrádza poskytovateľovi za splnenia podmienok podľa predchádzajúcich bodov tejto prílohy výkony finančne náročnej zdravotnej starostlivosti uvedené nižšie v cene, ktorá zodpovedá skutočným nákladom na poskytnutie výkonov finančne náročnej liečby, najviac však do výšky maximálnej úhrady uvedenej nižšie.

Kód	Názov výkonu	Maximálna úhrada v EUR	Poskytujúce pracoviská *
	Transplantácia krvotvorných buniek:		
90001	Autológna, u dospelých a mladistvých od 15–18 r. veku s dg leukémia, so spracovaním štepu na kolóne	29.875	1,12,7,3,16,15
90002	Autológna, u dospelých a mladistvých od 15–18 r. veku s dg leukémia, bez spracovania štepu na kolóne	19.087	1,12,7,3,16,15,2
90003	Autológna, u dospelých a mladistvých od 15–18 r. veku s dg lymfóm, solidné tumory, aplastické anémie, so spracovaním štepu na kolóne	25.393	1,12,7,3,16,15,2
90004	Autológna, u dospelých a mladistvých od 15–18 r. veku s dg lymfóm, solidné tumory, aplastické anémie, bez spracovania štepu na kolóne	14.605	1,12,7,3,16,15,2
90005	Autológna, u detí do 15 r. veku s dg leukémia, so spracovaním štepu na kolóne	26.223	1
90006	Autológna, u detí do 15 r. veku s dg leukémia, bez spracovania štepu na kolóne	15.435	1
90007	Autológna, u detí do 15 r. veku s dg lymfóm, solidné tumory, so spracovaním štepu na kolóne	21.576	1
90008	Autológna, u detí do 15 r. veku s dg lymfóm, solidné tumory, bez spracovania štepu na kolóne	10.788	1
90009	Allogénna príbuzenská s myeloablatívnym režimom u dospelých a mladistvých od 15–18 r. veku, so spracovaním štepu na kolóne	52.446	1,12,7,3
90010	Allogénna príbuzenská s myeloablatívnym režimom u dospelých a mladistvých od 15–18 r. veku, bez spracovania štepu na kolóne	41.658	1,12,7,3
90011	Allogénna príbuzenská s myeloablatívnym režimom u detí do 15 r. veku, so spracovaním štepu na kolóne	40.165	1
90012	Allogénna príbuzenská s myeloablatívnym režimom u detí do 15 r. veku, bez spracovania štepu na kolóne	29.211	1
90013	Nepríbuzenská	individuálna kalkulácia, max. 99.582	1,12
	Transplantácia orgánov:		
90101	Transplantácia obličiek	4.481	11,3,16,15
90201	Transplantácia srdca	15.933	8
90301	Transplantácia pečene	individuálna kalkulácia, max. 79.665	1,11,3
90401	Transplantácia pankreasu	individuálna kalkulácia, max. 8.298	11,3
90501	Transplantácia pľúc	individuálna kalkulácia, max. 132.776	13
90601	Transplantácia rohovky – náklady súvisiace s odberom rohovky	647	1,12,14,4,6,3,16,5,10,15,2
	Odber orgánov:		
100101	Oblička z multiorgánového odberu	1.002	11,3,16,15
100102	Pečeň z multiorgánového odberu	1.447	1,11,3, 16
100103	Pankreas (s odberom pečene) z multiorgánového odberu	511	11,3, 16
100104	Pankreas (bez odberu pečene) z multiorgánového odberu	1.955	11,3, 16
100105	Srdce z multiorgánového odberu	634	8, 16
100106	Oblička z izolovaného odberu - kadaverózneho	1.285	11,3,16,15
100107	Oblička z izolovaného odberu - príbuzenského	1.726	11,3,16,15
100201	Liečba popálenín nad 20% povrchu tela	5.975	13,9,2
	Imunoadsorpcia:		
90100	Imunoadsorpcia pri indikáciách: Transplantačná medicína, Trombocytopenická purpura, Hemofília A a B s inhibítormi, Myastenia gravis, alebo Pemphigus vulgaris	3.000	3, 11, 15, 16

***Zoznam poskytujúcich pracovísk:**

1. Detská fakultná nemocnica s poliklinikou Bratislava
2. Fakultná nemocnica s poliklinikou J. A. Reimana Prešov
3. Fakultná nemocnica s poliklinikou F. D. Roosevelta
4. Fakultná nemocnica s poliklinikou Trnava
5. Fakultná nemocnica s poliklinikou Žilina
6. Fakultná nemocnica Trenčín
7. Národný onkologický ústav Bratislava
8. Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a. s. (vrátane DKC)
9. Nemocnica Košice-Šaca a. s. 1. súkromná nemocnica
10. Nemocnica Poprad, a.s.
11. Univerzitná nemocnica Bratislava pracovisko Kramáre
12. Univerzitná nemocnica Bratislava, pracovisko Petržalka
13. Univerzitná nemocnica Bratislava, pracovisko Ružinov
14. Univerzitná nemocnica Bratislava, pracovisko Staré mesto
15. Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice
16. Univerzitná nemocnica Martin

Príloha č. 2c
k Zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti podľa klasifikačného systému
diagnosticko-terapeutických skupín

I. Základné ustanovenia

1. Zdravotná poisťovňa podľa klasifikačného systému diagnosticko-terapeutických skupín (ďalej aj ako „systém DRG“) uhrádza poskytovateľovi v rámci hospitalizačného prípadu úhradu za zdravotnou poisťovňou uznanú ústavnú zdravotnú starostlivosť, do ktorej bol poistenec prijatý počas účinnosti tejto prílohy.
2. Klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín je medicínsko-ekonomický klasifikačný systém, ktorý na základe chorôb, zdravotných výkonov, dátumu narodenia poistenca, veku poistenca v rokoch alebo podľa veku poistenca v dňoch, podľa hmotnosti poistenca, ak ide o poistenca mladšieho ako 1 rok, pohlavia, druhu, dôvodu prijatia a dátumu prijatia poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti, dôvodu prepustenia a dátumu prepustenia z ústavnej zdravotnej starostlivosti, dĺžky ošetrovacej doby zadanej v dňoch, dĺžky umelej pľúcnej ventilácie u poistenca zadanej v hodinách, lokalizácie choroby a zdravotného výkonu a dátumu vykonania zdravotného výkonu poistencovi umožňuje zaradiť jednotlivé hospitalizačné prípady do ekonomicky a klinicky homogénnych diagnosticko-terapeutických skupín, ktorým spravidla prislúcha relatívna váha definovaná v katalógu prípadových paušálov. Podrobnosti zaradenia hospitalizačného prípadu do príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupiny určuje definičná príručka. Zaradenie do hospitalizačného prípadu do príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupiny sa vykonáva prostredníctvom počítačového programu zdravotnej poisťovne (tzv. grouper).
3. Na účely tejto prílohy sa za hospitalizáciu považuje poskytovanie spravidla ústavnej zdravotnej starostlivosti poistencovi u poskytovateľa na oddelení s DRG relevantnou odbornosťou od dátumu jeho prijatia na hospitalizáciu až do dátumu prepustenia z hospitalizácie. Podľa tejto prílohy sa neuhrádza zdravotná starostlivosť spočívajúca vo výkonoch uvedených v prílohe č. 2a k zmluve, ktoré za podmienok uvedených v príslušnej časti prílohy č. 2a k zmluve uhrádzajú ako výkony jednodňovej zdravotnej starostlivosti.
4. Hospitalizačný prípad je spravidla ústavná zdravotná starostlivosť poskytnutá poistencovi počas hospitalizácie na oddeleniach s DRG relevantnou odbornosťou, od dátumu jeho prijatia na hospitalizáciu až do dátumu prepustenia z hospitalizácie. Ak poskytovateľ prevádzkuje viacero samostatných zdravotníckych zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „samostatné ústavné zariadenie“), považuje sa hospitalizačný prípad za ukončený prepustením poistenca zo samostatného ústavného zariadenia; na účely tohto bodu sú samostatné ústavné zariadenia definované v časti V tejto prílohy k zmluve.
5. Oddelenie s DRG relevantnou odbornosťou je oddelenie iné ako oddelenie s DRG nerelevantnou odbornosťou. Oddelenie s DRG nerelevantnou odbornosťou je 005 – psychiatria, 073 – medicína drogových závislostí, 074 – gerontopsychiatria, 095 – dlhodobá intenzívna starostlivosť, 105 – detská psychiatria, 223 – neuropsychiatria, 709 – JIS psychiatrická, 193 – ústavná ošetrovateľská starostlivosť, 620 – ústavná hospicová starostlivosť, 252 – ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii, 568 – starostlivosť o drogovu závislosť, 578 – drogové závislosti, 144 – klinická psychológia, 241 – psychoterapia.
6. Ošetrovacia doba je počet dní medicínsky opodstatneného pobytu poistenca u poskytovateľa na oddeleniach s DRG relevantnou odbornosťou v súvislosti s poskytovaním ústavnej zdravotnej starostlivosti, pričom do tohto počtu dní sa nezapočítava deň prijatia poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti; deň prijatia poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti sa započítava do ošetrovacej doby, ak ide o hospitalizáciu trvajúcu menej ako 24 hodín.
7. Základná sadzba je suma v absolútnej hodnote, ktorá je uhrádzaná podľa systému DRG za jednotlivý hospitalizačný prípad s relatívnou váhou rovnou 1,0000.

II. Úhrada za hospitalizačný prípad

1. Výška základnej sadzby je stanovená pre príslušný kalendárny rok Centrom pre klasifikačný systém (ďalej len „CKS“).
2. Výška úhrady za hospitalizačný prípad sa vypočíta ako súčin základnej sadzby a príslušnej relatívnej váhy určenej podľa katalógu prípadových paušálov v závislosti od správneho zaradenia hospitalizačného prípadu do príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupiny a od dĺžky ošetrovacej doby a podľa ostatných podmienok vyplývajúcich zo zmluvy. Za správne zaradenie hospitalizačného prípadu do príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupiny sa považuje zaradenie vykázaného hospitalizačného prípadu do diagnosticko-terapeutickej skupiny podľa definičnej príručky. Výška úhrady za všetky hospitalizačné prípady ukončené v príslušnom kalendárnom mesiaci (SumHP) zohľadňuje okrem ostatných podmienok vyplývajúcich zo zmluvy aj medziročnú zmenu relevantných skutočností (napr. schválený štátny rozpočet, všeobecne záväzný právny predpis upravujúci tzv. programové rozpočtovanie) neznámych v čase výpočtu základnej sadzby podľa dokumentu uvedeného v čl. IV bod 1 písm. c) tejto prílohy. SumHP sa vypočíta podľa nasledovného vzorca:

$$\text{SumHP} = \frac{(\text{ZSa} * \Sigma \text{ERV})}{\text{MRZ}}$$

MRZ je pre kalendárny rok 2025 vo výške 1. Ak sa zmluvné strany nedohodnú na zmene MRZ pre obdobie nasledujúce po kalendárnom roku 2025, použije sa v nasledovnom kalendárnom roku (a v každom ďalšom, pre ktorý sa zmluvné strany nedohodnú na zmene) hodnota uvedená v predchádzajúcej vete.

3. Ak nie je dojednané inak, úhrada za hospitalizačný prípad zahŕňa úhradu za všetku zdravotnú starostlivosť, špeciálny zdravotnícky materiál alebo služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti:
 - a) poskytnuté poistencovi poskytovateľom alebo akýmkoľvek iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti počas trvania hospitalizácie,
 - b) poskytnutú poistencovi poskytovateľom alebo iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v deň prijatia na hospitalizáciu, ako aj v deň prepustenia z hospitalizácie (s výnimkou liekov a zdravotníckych pomôcok, na ktoré bol vystavený predpis, resp. lekársky poukaz v deň prepustenia poistenca z hospitalizácie), ak súvisí s hospitalizáciou;
 - c) poskytnutú poistencovi kedykoľvek po prepustení z hospitalizácie poskytovateľom alebo akýmkoľvek iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ak bola indikovaná počas trvania hospitalizácie podľa písm. s) bodu 4.6. zmluvy;

ako aj všetky náklady, ktoré poskytovateľ vynaložil pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti poistencovi počas hospitalizácie. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností sa zmluvné strany dohodli, že v úhrade za hospitalizačný prípad je zahrnutá aj úhrada za zdravotnú starostlivosť uvedenú v prílohe č. 2a k zmluve, ak sú na to splnené podmienky podľa tejto prílohy k zmluve.

4. Ak nie je dojednané inak, úhrada za všetku ambulantnú zdravotnú starostlivosť, vrátane zdravotnej starostlivosti poskytovanej zariadením spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, uvedené na odporúčenie podľa bodu písm. s) bodu 4.6. zmluvy poskytovateľom alebo iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v deň začiatku hospitalizácie, ako aj kedykoľvek počas hospitalizácie, bez uvedeného ID hospitalizačného prípadu, bude automaticky započítaná do úhrady za hospitalizačný prípad, pokiaľ poskytovateľ nepreukáže, že táto zdravotná starostlivosť resp. služba súvisiaca s poskytovaním zdravotnej starostlivosti nesúvisí s hospitalizačným prípadom. V prípade, ak na odporúčanie podľa písm. s) bodu 4.6. zmluvy nebude uvedený dátum odporúčenia, zdravotná poisťovňa zdravotnú starostlivosť a/alebo službu súvisiacu s poskytovaním zdravotnej starostlivosti neuhradí a požiada poskytovateľa a/alebo iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o jeho doplnenie.
5. Úhrada za hospitalizačný prípad nezahŕňa úhradu za pripočítateľné položky k hospitalizačným prípadom uvedené v prílohách dokumentu uvedeného v čl. IV bod 1 písm. b) tejto prílohy (ďalej len „Katalóg prípadových paušálov“) a výkony záchrannej zdravotnej služby poskytnuté poskytovateľom alebo iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.
6. Zdravotná poisťovňa uhrádza zdravotné výkony poskytnuté poistencovi zariadením spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“), ktoré podľa ustanovení tejto prílohy mali byť zahrnuté v úhrade za hospitalizačný prípad, poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti prevádzkujúcemu zariadenie SVLZ, pričom zdravotná poisťovňa má voči poskytovateľovi právo na refundáciu nákladov podľa bodu 8 tejto časti prílohy.
7. Zdravotná poisťovňa je oprávnená žiadať od poskytovateľa refundáciu nákladov na úhradu zdravotnej starostlivosti, špeciálneho zdravotníckeho materiálu, liekov a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktoré zdravotná poisťovňa uhradila nad rámec hospitalizačného prípadu poskytovateľovi alebo inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti a súčasne podľa ustanovení tejto prílohy mali byť zahrnuté v úhrade za hospitalizačný prípad a/alebo za pripočítateľnú položku k hospitalizačnému prípadu. Zmluvné strany sa dohodli na započítaní pohľadávky zdravotnej poisťovne podľa bezprostredne predchádzajúcej vety s pohľadávkou alebo pohľadávkami poskytovateľa na úhradu zdravotnej starostlivosti voči zdravotnej poisťovni.
8. Na účely určenia výšky refundácie podľa bezprostredne predchádzajúceho bodu sa vychádza z výšky úhrady za zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktoré má zdravotná poisťovňa zmluvne dojednané s poskytovateľom alebo iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v čase poskytnutia zdravotnej

starostlivosti, resp. služby súvisiacej s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, resp. z nadobúdacej ceny špeciálneho zdravotníckeho materiálu.

9. Pre diagnosticko-terapeutické skupiny, ktoré v katalógu prípadových paušálov nemajú určenú relatívnu váhu, sa pri úhrade zdravotnej starostlivosti podľa systému DRG použijú hodnoty uvedené v nasledovnej tabuľke:

DRG	Segment	Popis	Relatívne váhy (RV)	Stredná hodnota ošetrovacej doby	Zníženie RV pri OD kratšej ako dolná hranica		Zvýšenie RV pri OD dlhšej ako horná hranica		Zníženie RV pri externom preložení
					Dolná hranica OD	Relatívne váhy / deň	Horná hranica OD	Relatívne váhy / deň	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A02Z	OP	Transplantácia obličky a pankreasu	10,3089	26,8	9	0,8302	44	0,2899	
A03A	OP	Transplantácia pľúc s UPV > 179 hodín	45,9645	72,5	24	1,6491	90	0,5459	
A03B	OP	Transplantácia pľúc bez UPV > 179 hodín	14,2527	27	9	1,2300	44	0,4100	
A18Z	OP	UPV > 999 hodín a transplantácia pečene, pľúc, srdca alebo transplantácia kmeňových krvotvorných buniek	24,7167	77			94	0,1592	
A63Z	M	Evalučná hospitalizácia pred transplantáciou pľúc alebo srdca-pľúc	2,5747	14,1	5	0,4303	25	0,1752	0,1428
A66Z	M	Evalučná hospitalizácia pred inými transplantáciami orgánov	1,1844	5,2	2	0,4867	13	0,1884	0,1578
B44A	I	Komplexná včasná rehabilitačná geriatrická liečba pri určitých funkčných obmedzeniach, ťažké motorické funkčné obmedzenia, s neurologickou komplexnou liečbou akútnej CMP	3,676	29,5	0		44	0,0866	0,1197
B44B	I	Komplexná včasná rehabilitačná geriatrická liečba pri určitých funkčných obmedzeniach, ťažké motorické funkčné obmedzenia, bez neurologickej komplexnej liečby akútnej CMP	2,3452	22,5	0		35	0,0722	0,0988
B44C	I	Komplexná včasná rehabilitačná geriatrická liečba pri určitých funkčných obmedzeniach, bez ťažkého motorického funkčného obmedzenia, s neurologickou komplexnou liečbou akútnej CMP	2,8208	25,1	0		36	0,0783	0,1075
B44D	I	Komplexná včasná rehabilitačná geriatrická liečba pri určitých funkčných obmedzeniach, bez ťažkého motorického funkčného obmedzenia, bez neurologickej komplexnej liečby akútnej CMP	1,793	20,8	0		32	0,0598	0,0816
C10A	OP	Výkony na okohybných svaloch so zvýšenou náročnosťou	0,8248	2,9	2	0,2499	4	0,0932	0,0985
D33Z	OP	OP výkony vo viacerých sedeniach pri ochoreniach a poruchách ucha, nosu, úst a krku	6,6395	34	11	0,3631	51	0,0822	0,1141
D60A	M	Zhubné nádory ucha, nosa, úst a krku, viac ako jeden ošetrovací deň, s veľmi ťažkými alebo ťažkými CC, s endobronchiálnou kryobiopsiou a/rigidnou endoskopiou	0,9346	5,7	0		14	0,1359	0,0974
ED3Z	OP	Brachyterapia alebo terapia otvoreným rádionuklidom pri ochoreniach a poruchách dýchacích orgánov, viac ako jeden ošetrovací deň	0,4064	5			22	0,0548	0,0653
F18B	OP	Revízia kardiostimulátora alebo kardiovertera / defibrilátora (AICD) bez výmeny agregátu, vek < 16 rokov alebo s veľmi ťažkými CC, bez komplexného výkonu	2,107	7,5	3	0,5065	15	0,1418	0,1788
K04B	OP	Veľké výkony pri obezite bez komplexného výkonu	2,1419	5,2	2	0,3235	8	0,0866	0,1039
L42A	I	Extrakorporálna litotripsia pri močových kameňoch s auxiliárnymi opatreniami alebo pri para-/tetraplegii	0,8353	4,6	2	0,3334	9	0,1056	0,1238
L73Z	M	Ochmutie močového mechúra, viac ako jeden ošetrovací deň	0,7063	4,9	0		11	0,0977	0,1160
M88Z	OP	Komplikovaná konštelácia s operačným výkonom pri ochoreniach a poruchách mužských pohlavných orgánov	5,0323	16,7	6	0,5904	31	0,2124	0,2004
N01A	OP	Parovová eviscerácia u ženy a radikálna vulvektómia alebo určitá lymfadenektómia s veľmi ťažkými CC, s komplexným výkonom alebo komplikujúca konštelácia	7,0474	24,3	8	0,5063	39	0,2165	0,1600
N01B	OP	Parovová eviscerácia u ženy a radikálna vulvektómia alebo určitá lymfadenektómia s veľmi ťažkými CC, bez komplexného výkonu, bez komplikujúcej konštelácie s multiviscerálnym výkonom	6,0222	18,9	6	0,5469	32	0,1218	0,1653
N09A	OP	Brachyterapia pri ochoreniach a poruchách ženských pohlavných orgánov, jeden ošetrovací deň	0,232	1					0,0394
U40Z	I	Komplexná včasná rehabilitačná geriatrická liečba pri psychických poruchách	1,6536	19,6	0		29	0,0584	0,0794
V40Z	I	Kvalifikovaná odvykacia kúra	0,9427	10,9	0		15	0,0601	0,0785
Z64A	M	Iné faktory, ktoré ovplyvňujú zdravotný stav a následná starostlivosť po ukončenej liečbe s komplexnou rádiodiagnostikou	1,2414	2,4	2	0,6207	4	0,3620	0,3650
		ostatné skupiny	1,0149						

10. Ak poskytovateľ predpokladá trvanie hospitalizačného prípadu dlhšie ako 2 mesiace, informuje o tejto skutočnosti zdravotnú poisťovňu najneskôr do 2 mesiacov od začiatku takéhoto hospitalizačného prípadu a dohodne so zdravotnou poisťovňou individuálny spôsob úhrady za hospitalizáciu.

11. Ak poskytovateľ počas hospitalizácie, použil lieky a/alebo zdravotnícke pomôcky, ktoré na svoje náklady obstarala zdravotná poisťovňa, má zdravotná poisťovňa voči poskytovateľovi právo na refundáciu týchto nákladov. Zmluvné strany sa dohodli na započítaní pohľadávky zdravotnej poisťovne podľa predchádzajúcej vety tohto bodu s pohľadávkou alebo pohľadávkami poskytovateľa na úhradu zdravotnej starostlivosti voči zdravotnej poisťovni.

III. Prípochítateľné položky

1. V prípade, že poskytovateľ pri poskytovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti pri dodržaní všetkých preskripčných a indikačných obmedzení, množstevných a finančných limitoch, prípadne iných podmienok podľa príslušných právnych predpisov alebo tejto zmluvy použije zdravotnícky materiál, poskytne liek a/alebo výkon, ktorý je v súlade s prílohami Katalógu prípadových paušálov možné považovať za pripočítateľnú položku k hospitalizačnému prípadu, vykáže ju na úhradu zdravotnej poisťovni v súlade s Katalógom prípadových paušálov a dokumentom s názvom „Pripočítateľné položky DRG“ zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne.

2. Ak je v Katalógu prípadových paušálov a dokumente „Pripočítateľné položky DRG“ uvedená cena, zdravotná poisťovňa uhradí pripočítateľnú položku k hospitalizačnému prípadu podľa podmienok uvedených v týchto dokumentoch. Poskytovateľ je povinný zdravotnej poisťovni splnenie podmienok uvedených v dokumente „Pripočítateľné položky DRG“ zdravotnej poisťovni preukázať. Ak je obstarávací cena pripočítateľnej položky vyššia ako cena uvedená v dokumentoch podľa predchádzajúcej vety, je tento rozdiel zahrnutý do úhrady hospitalizačného prípadu, v súvislosti s ktorým bola pripočítateľná položka vykázaná. Poskytovateľ dokladuje obstarávaciu cenu kópiami nadobúdacích dokladov, ak si ich zdravotná poisťovňa vyžiada.

3. Ak nie je v Katalógu prípadových paušálov ani v dokumente „Pripočítateľné položky DRG“ uvedená cena, poskytovateľ vopred požiada zdravotnú poisťovňu o jej dohodnutie. Súčasťou žiadosti o dohodnutie ceny je predloženie nadobúdacích dokladov ku konkrétnej pripočítateľnej položke a prípadne ďalších dokladov, ktoré bude zdravotná poisťovňa vyžadovať (napríklad referenčnú cenu lieku, certifikát k prístrojovému vybaveniu, vlastníctvo prístroja, prípadne iné). Ak ide o použitie pripočítateľnej položky, ktorá nemá stanovenú alebo dohodnutú cenu v súvislosti s poskytnutím neodkladnej zdravotnej

starostlivosti poistencovi, poskytovateľ môže požiadať o schválenie ceny pripočítateľnej položky aj dodatočne, najneskôr však do piatich pracovných dní od poskytnutia tejto zdravotnej starostlivosti poistencovi.

4. Ak zdravotná poisťovňa zistí, že obstarávacia cena pripočítateľnej položky, ktorá bola dohodnutá podľa bodu 3 tohto článku, je nižšia ako cena uvedená v dokumente „Pripočítateľné položky DRG“, zdravotná poisťovňa z vlastného podnetu opätovne pristúpi k prehodnoteniu jej ceny podľa bodu 3 tohto článku.

5. Pre jednotlivé pripočítateľné položky je relevantná cena uvedená v dokumente „Pripočítateľné položky DRG“ uverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne, ak sa zmluvné strany počas dohadovania ceny podľa bodu 3 nedohodli inak. Ak je dokument „Pripočítateľné položky DRG“ aktualizovaný podľa bodu 3 alebo podľa bodu 4, účinnosť nadobúda dňom uverejnenia na webovom sídle zdravotnej poisťovne alebo dňom platnosti, ktorý je uvedený v samotnom dokumente.

IV. Spoločné a prechodné ustanovenia

1. Centrum pre klasifikačný systém (ďalej aj ako „CKS“) podľa príslušného ustanovenia zákona č. 581/2004 Z. z. zverejní na nasledujúci kalendárny rok:

- a) definičnú príručku,
- b) katalóg prípadových paušálov,
- c) metodiku výpočtu základnej sadzby a zoznam základných sadzieb,
- d) zoznam zdravotných výkonov pre klasifikačný systém,
- e) pravidiel kódovania chorôb a zdravotných výkonov,
- f) pravidiel pre výpočet prípadových paušálov a pravidiel pre zlučovanie hospitalizačných prípadov, (ďalej spoločne aj ako „DRG dokumenty“)

2. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností platí, že pod pravidlami pre výpočet prípadových paušálov a zlučovanie hospitalizačných prípadov podľa písm. f) bodu 1 tejto časti prílohy sa rozumie príslušný právny predpis upravujúci zúčtovanie hospitalizačných prípadov v systéme úhrad podľa DRG v platnom znení. Pri zlučovaní hospitalizačných prípadov sa postupuje najmä podľa tohto dokumentu a príslušného právneho predpisu upravujúceho spracovanie a vykazovanie zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou v platnom znení.

3. Ak nie je v zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti dojednané inak, podľa DRG dokumentov, ktoré CKS ako posledné zverejní na nasledujúci kalendárny rok, zmluvné strany postupujú pri úhrade zdravotnej starostlivosti podľa systému DRG počas celého nasledujúceho kalendárneho roka. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností sa zmluvné strany dohodli, že na hospitalizačný prípad sa aplikujú súvisiace dokumenty vzťahujúce sa na kalendárny rok, v ktorom došlo k prijatiu poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti, resp. k prijatiu do ústavnej starostlivosti pri prvom zo zlučovaných hospitalizačných prípadov.

4. Ak CKS najneskôr do všeobecne záväzným právnym predpisom ustanovenej lehoty na vydanie príslušných dokumentov pre nasledujúci kalendárny rok nevydá dokumenty podľa písm. a) až f) bodu 1 tejto časti prílohy alebo niektorý z týchto dokumentov, resp. na základe zmeny zákona stratí túto právomoc bez toho, aby ju na základe zákona nadobudol iný orgán verejnej moci, vydá tieto dokumenty pre účel uvedený v bode 1 tejto časti prílohy zdravotná poisťovňa a zverejní ich na svojom webovom sídle, pokiaľ uvedené neodporuje všeobecne záväzným právnym predpisom.

5. Účinnosť tejto prílohy sa pozastavuje na obdobie, počas ktorého nie je platné osvedčenie o zhode počítačového programu zdravotnej poisťovne používaného na zaraďovanie hospitalizačných prípadov do diagnosticko-terapeutických skupín. Osvedčením o zhode počítačového programu sa rozumie podľa zákona č. 581/2004 Z. z. vydané osvedčenie zhody počítačového programu s definičnou príručkou.

V. DRG skupiny vyňaté z globálneho rozpočtu

1. Zmluvné strany sa dohodli, že globálny rozpočet sa nevzťahuje na hospitalizačné prípady zaradené do DRG skupín, ktorých kódy vyplývajúce z platného Katalógu prípadových paušálov sú uvedené v tabuľke tohto bodu, a k nim vykázané pripočítateľné položky:

DRG skupiny bez určenia finančného rozsahu:	DRG skupiny zahrnuté do finančného objemu:
O01A, O01B, O01C, O01D, O01E, O01F, O01G, O01H, O02A, O02B, O60A, O60B, O60C, O60D, P66A, P66B, P66C, P66D, P67A, P67B, P67C, P67D.	F01A, F01B, F01C, F01D, F01E, F01F, F01G, F02A, F02B, F50A, F50B, F50C, F50D, F98Z, G16A, G16B, G17A, G17B, I04Z, I05Z, I36Z, I43A, I43B, I44A, I44B, I44C, I46A, I46B, I47A, I47B, J07A, J07B, J23Z, J25Z, K06A, K06B, K06C, N02A, N02B, N02C, N03A, N03B

2.Zmluvné strany sa dohodli na finančnom objeme pre DRG skupiny zahrnuté do finančného objemu a pripočítateľné položky k nim vo výške **67 163,- eur** na jednotlivých kalendárnych mesiacoch plynúcich v období od 1.5.2025 do 30.6.2025, vo výške **402 978,- eur** na kalendárny polrok od 1.7.2025 do 31.12.2025 a vo výške **805 956,- eur** na obdobie jednotlivých kalendárnych rokov plynúcich od 1.1.2026. Po prečerpaní finančného objemu sa výška úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť vypočíta ako súčin výšky úhrady zdravotnej starostlivosti, na ktorú sa finančný objem vzťahuje a koeficientu 0,1. V prípade nevyčerpania dohodnutého finančného objemu sa nevyčerpaná časť finančného objemu neprenáša do nasledujúceho dohodnutého obdobia.

Príloha č. 3
k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Zdravotnou poisťovňou schválené zdravotné výkony

Zdravotnou poisťovňou schválené zdravotné výkony, ktoré je poskytovateľ oprávnený vykonávať prístrojovým vybavením nad rámec stanoveného minimálneho materiálno-technického vybavenia zdravotníckeho zariadenia ambulantnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „prístrojové vybavenie“), vzhľadom na dosiahnutú špecializáciu, resp. certifikovanú pracovnú činnosť a prístrojové vybavenie vlastní alebo má v prenájme.

Kód odbornosti	Schválené výkony (vyplní zdravotná poisťovňa)

Príloha č. 4
k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Zdravotnou poisťovňou zazmluvnené programy

1. Zdravotná starostlivosť, na ktorú sa vzťahuje zákon č. 540/2021 Z. z., poskytnutá poistencovi, poskytovateľom správne vykázaná a zdravotnou poisťovňou uznaná sa uhrádza v rozsahu nasledovných programov:
- a) povinné programy

Číslo programu	Názov programu	Úroveň programu	Poznámka
02	Traumatologický program	program I. úrovne	Vysvetlivka 2
02	Traumatologický program	program II. úrovne	
02	Traumatologický program	program III. úrovne	
02	Traumatologický program	program IV. úrovne	
03	Neurochirurgický program	program III. úrovne	
03	Neurochirurgický program	program IV. úrovne	
04	Oftalmologický program	program III. úrovne	
04	Oftalmologický program	program IV. úrovne	
05	Otorinolaryngologický program	program I. úrovne	
05	Otorinolaryngologický program	program III. úrovne	
05	Otorinolaryngologický program	program IV. úrovne	
06	Program stomato-maxilo-faciálnej chirurgie	program III. úrovne	
08	Program brušnej chirurgie	program I. úrovne	
08	Program brušnej chirurgie	program II. úrovne	
08	Program brušnej chirurgie	program III. úrovne	
08	Program brušnej chirurgie	program IV. úrovne	
09	Urologický program	program I. úrovne	
09	Urologický program	program II. úrovne	
09	Urologický program	program III. úrovne	
09	Urologický program	program IV. úrovne	
10	Gynekologický program	program I. úrovne	
10	Gynekologický program	program II. úrovne	
10	Gynekologický program	program III. úrovne	
10	Gynekologický program	program IV. úrovne	
11	Pôrodnický program	program I. úrovne	
11	Pôrodnický program	program II. úrovne	
11	Pôrodnický program	program III. úrovne	
11	Pôrodnický program	program IV. úrovne	
12	Spondylochirurgický program	program III. úrovne	
13	Muskuloskeletálny program	program II. úrovne	
13	Muskuloskeletálny program	program III. úrovne	
13	Muskuloskeletálny program	program IV. úrovne	
14	Program chirurgie kože, podkožia a prsníka	program I. úrovne	
14	Program chirurgie kože, podkožia a prsníka	program II. úrovne	
14	Program chirurgie kože, podkožia a prsníka	program III. úrovne	
15	Program plastickej chirurgie	program I. úrovne	
15	Program plastickej chirurgie	program II. úrovne	
15	Program plastickej chirurgie	program III. úrovne	
16	Popáleninový program	program II. úrovne	
16	Popáleninový program	program III. úrovne	

17	Program pre orgánové transplantácie	program II. úrovne	
17	Program pre orgánové transplantácie	program IV. úrovne	
18	Kardiochirurgický program	program IV. úrovne	
19	Program cievnej chirurgie	program I. úrovne	
19	Program cievnej chirurgie	program III. úrovne	
19	Program cievnej chirurgie	program IV. úrovne	
20	Program intervenčnej kardiológie	program III. úrovne	
20	Program intervenčnej kardiológie	program IV. úrovne	
21	Program intervenčnej arytmológie	program III. úrovne	
21	Program intervenčnej arytmológie	program IV. úrovne	
23	Program vaskulárnych intervencií	program III. úrovne	
23	Program vaskulárnych intervencií	program IV. úrovne	
24	Program nevaskulárnych intervencií	program II. úrovne	
24	Program nevaskulárnych intervencií	program III. úrovne	
25	Program internej medicíny	program II. úrovne	
25	Program internej medicíny	program III. úrovne	
25	Program internej medicíny	program IV. úrovne	
26	Neinvazívny kardiovaskulárny program	program II. úrovne	
26	Neinvazívny kardiovaskulárny program	program III. úrovne	
26	Neinvazívny kardiovaskulárny program	program IV. úrovne	
27	Program pneumológie a ftizeológie	program II. úrovne	
27	Program pneumológie a ftizeológie	program III. úrovne	
27	Program pneumológie a ftizeológie	program IV. úrovne	
28	Program gastroenterológie a hepatológie	program I. úrovne	
28	Program gastroenterológie a hepatológie	program II. úrovne	
28	Program gastroenterológie a hepatológie	program III. úrovne	
28	Program gastroenterológie a hepatológie	program IV. úrovne	
29	Program endokrinológie, diabetológie a metabolických porúch	program II. úrovne	
29	Program endokrinológie, diabetológie a metabolických porúch	program III. úrovne	
29	Program endokrinológie, diabetológie a metabolických porúch	program IV. úrovne	
30	Nefrologický program	program I. úrovne	
30	Nefrologický program	program II. úrovne	
30	Nefrologický program	program III. úrovne	
30	Nefrologický program	program IV. úrovne	
31	Reumatologický program	program II. úrovne	
31	Reumatologický program	program III. úrovne	
32	Program hematológie a transfuziológie	program II. úrovne	
32	Program hematológie a transfuziológie	program III. úrovne	
32	Program hematológie a transfuziológie	program IV. úrovne	
33	Infektologický program	program II. úrovne	
33	Infektologický program	program III. úrovne	
34	Dermatovenerologický program	program III. úrovne	
34	Dermatovenerologický program	program IV. úrovne	Vysvetlivka 2
35	Program klinickej imunológie a alergológie	program II. úrovne	
35	Program klinickej imunológie a alergológie	program III. úrovne	

35	Program klinickej imunológie a alergológie	program IV. úrovne	
37	Neurologický program	program II. úrovne	
37	Neurologický program	program III. úrovne	
38	Psychiatrický program	program II. úrovne	
38	Psychiatrický program	program IV. úrovne	
40	Program klinickej onkológie	program II. úrovne	
40	Program klinickej onkológie	program III. úrovne	
40	Program klinickej onkológie	program IV. úrovne	
41	Program radiačnej onkológie	program III. úrovne	
43	Program paliatívnej medicíny	program III. úrovne	
48	Neonatologický program	program II. úrovne	
49	Program intenzívnej starostlivosti v neonatológii	program II. úrovne	Vysvetlivka 2
49	Program intenzívnej starostlivosti v neonatológii	program III. úrovne	
49	Program intenzívnej starostlivosti v neonatológii	program IV. úrovne	
51	Program detskej chirurgie	program I. úrovne	
51	Program detskej chirurgie	program II. úrovne	
51	Program detskej chirurgie	program III. úrovne	
51	Program detskej chirurgie	program IV. úrovne	
62	Program detskej oftalmológie	program I. úrovne	
62	Program detskej oftalmológie	program III. úrovne	
62	Program detskej oftalmológie	program IV. úrovne	
63	Program nemocničnej pediatrie	program II. úrovne	
63	Program nemocničnej pediatrie	program III. úrovne	
63	Program nemocničnej pediatrie	program IV. úrovne	
64	Program pediatrickej kardiológie	program II. úrovne	
64	Program pediatrickej kardiológie	program III. úrovne	
65	Program pediatrickej pneumológie a ftizeológie	program II. úrovne	
65	Program pediatrickej pneumológie a ftizeológie	program III. úrovne	
65	Program pediatrickej pneumológie a ftizeológie	program IV. úrovne	
66	Program pediatrickej gastroenterológie, hepatológie a porúch výživy	program II. úrovne	
66	Program pediatrickej gastroenterológie, hepatológie a porúch výživy	program III. úrovne	
66	Program pediatrickej gastroenterológie, hepatológie a porúch výživy	program IV. úrovne	
67	Program pediatrickej endokrinológie, diabetológie a vrodených chýb metabolizmu	program II. úrovne	
67	Program pediatrickej endokrinológie, diabetológie a vrodených chýb metabolizmu	program III. úrovne	
68	Program pediatrickej nefrológie	program II. úrovne	
68	Program pediatrickej nefrológie	program III. úrovne	
68	Program pediatrickej nefrológie	program IV. úrovne	
69	Program pediatrickej reumatológie	program III. úrovne	
69	Program pediatrickej reumatológie	program IV. úrovne	
70	Program pediatrickej hematológie a onkológie	program II. úrovne	
70	Program pediatrickej hematológie a onkológie	program III. úrovne	
70	Program pediatrickej hematológie a onkológie	program IV. úrovne	
71	Program pediatrickej infektológie	program II. úrovne	
71	Program pediatrickej infektológie	program III. úrovne	

72	Program pediatrickej imunológie a alergológie	program II. úrovne	
72	Program pediatrickej imunológie a alergológie	program III. úrovne	
73	Program pediatrickej neurológie	program I. úrovne	
73	Program pediatrickej neurológie	program II. úrovne	
73	Program pediatrickej neurológie	program III. úrovne	
73	Program pediatrickej neurológie	program IV. úrovne	
76	Program paliatívnej medicíny pre deti	program IV. úrovne	
01*	Program urgentnej medicíny	program I. úrovne	Vysvetlivka 1
01*	Program urgentnej medicíny	program II. úrovne	Vysvetlivka 1
01*	Program urgentnej medicíny	program III. úrovne	Vysvetlivka 1
01*	Program urgentnej medicíny	program IV. úrovne	Vysvetlivka 1
02*	Program pre perioperačnú medicínu	program I. úrovne	Vysvetlivka 1
02*	Program pre perioperačnú medicínu	program II. úrovne	Vysvetlivka 1
02*	Program pre perioperačnú medicínu	program III. úrovne	Vysvetlivka 1
02*	Program pre perioperačnú medicínu	program IV. úrovne	Vysvetlivka 1

b) doplnkové programy

Číslo programu	Názov programu	Úroveň programu	Poznámka
06	Program stomato-maxilo-faciálnej chirurgie	program IV. úrovne	
07	Program hrudníkovej chirurgie	program III. úrovne	
07	Program hrudníkovej chirurgie	program IV. úrovne	
15	Program plastickej chirurgie	program IV. úrovne	
15	Program plastickej chirurgie	program V. úrovne	
17	Program pre orgánové transplantácie	program V. úrovne	
28	Program gastroenterológie a hepatológie	program V. úrovne	
31	Reumatologický program	program V. úrovne	

c) nepovinné programy

Číslo programu	Názov programu	Úroveň programu	Poznámka
1	Program anestéziológie a intenzívnej medicíny	program I. úrovne	
1	Program anestéziológie a intenzívnej medicíny	program II. úrovne	
1	Program anestéziológie a intenzívnej medicíny	program III. úrovne	
1	Program anestéziológie a intenzívnej medicíny	program IV. úrovne	
4	Oftalmologický program	program I. úrovne	
4	Oftalmologický program	program II. úrovne	
5	Otorinolaryngologický program	program II. úrovne	
6	Program stomato-maxilo-faciálnej chirurgie	program V. úrovne	
12	Spondylochirurgický program	program IV. úrovne	
13	Muskuloskeletálny program	program I. úrovne	
22	Program intervenčnej neurorádiológie	program III. úrovne	
22	Program intervenčnej neurorádiológie	program IV. úrovne	
34	Dermatovenerologický program	program II. úrovne	
36	Program pre pracovné lekárstvo a toxikológiu	program IV. úrovne	
38	Psychiatrický program	program I. úrovne	
44	Onkochirurgický program	program II. úrovne	
44	Onkochirurgický program	program III. úrovne	

44	Onkochirurgický program	program IV. úrovne	
45	Program algeziológie	program III. úrovne	
45	Program algeziológie	program IV. úrovne	
46	Program pre doliečovaciu starostlivosť	program I. úrovne	Vysvetlivka 3
47	Program pre rehabilitačnú starostlivosť	program I. úrovne	Vysvetlivka 3
47	Program pre rehabilitačnú starostlivosť	program II. úrovne	Vysvetlivka 3
50	Program pediatrickej anesteziológie a intenzívnej medicíny	program II. úrovne	
50	Program pediatrickej anesteziológie a intenzívnej medicíny	program III. úrovne	
50	Program pediatrickej anesteziológie a intenzívnej medicíny	program IV. úrovne	
52	Traumatologický program pre deti	program II. úrovne	
52	Traumatologický program pre deti	program III. úrovne	
52	Traumatologický program pre deti	program IV. úrovne	
52	Traumatologický program pre deti	program V. úrovne	
53	Otorinolaryngologický program pre deti	program I. úrovne	
53	Otorinolaryngologický program pre deti	program II. úrovne	
53	Otorinolaryngologický program pre deti	program III. úrovne	
53	Otorinolaryngologický program pre deti	program IV. úrovne	
54	Program stomato-maxilo-faciálnej chirurgie pre deti	program III. úrovne	
54	Program stomato-maxilo-faciálnej chirurgie pre deti	program IV. úrovne	
54	Program stomato-maxilo-faciálnej chirurgie pre deti	program V. úrovne	
55	Spondylochirurgický program pre deti	program III. úrovne	
55	Spondylochirurgický program pre deti	program IV. úrovne	
56	Muskuloskeletálny program pre deti	program I. úrovne	
56	Muskuloskeletálny program pre deti	program II. úrovne	
56	Muskuloskeletálny program pre deti	program III. úrovne	
56	Muskuloskeletálny program pre deti	program IV. úrovne	
56	Muskuloskeletálny program pre deti	program V. úrovne	
57	Program plastickej chirurgie pre deti	program I. úrovne	
57	Program plastickej chirurgie pre deti	program II. úrovne	
57	Program plastickej chirurgie pre deti	program III. úrovne	
57	Program plastickej chirurgie pre deti	program IV. úrovne	
57	Program plastickej chirurgie pre deti	program V. úrovne	
58	Program pre orgánové transplantácie u detí	program II. úrovne	
58	Program pre orgánové transplantácie u detí	program IV. úrovne	
58	Program pre orgánové transplantácie u detí	program V. úrovne	
59	Urologický program pre deti	program I. úrovne	
59	Urologický program pre deti	program II. úrovne	
59	Urologický program pre deti	program III. úrovne	
59	Urologický program pre deti	program IV. úrovne	
60	Gynekologický program pre deti	program I. úrovne	
60	Gynekologický program pre deti	program II. úrovne	
60	Gynekologický program pre deti	program III. úrovne	
60	Gynekologický program pre deti	program IV. úrovne	
61	Dermatovenereologický program pre deti	program IV. úrovne	
98	Analytický dočasný medicínsky program	program I. úrovne	
99	Program pre nezaradené hospitalizačné prípady	program I. úrovne	

Vysvetlivky:	
1	Program bol zrušený vyhláškou MZ SR č. 531/2023 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a nie je možné v rámci neho vykazovať zdravotnú starostlivosť.
2	Daná úroveň programu nie je v súlade s programovým profilom určeným v prílohe č. 1 k vyhláške MZ SR č. 531/2023 o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a nie je možné v rámci nej vykazovať zdravotnú starostlivosť.
3	Program nahradil pôvodný program pre rehabilitačnú a doliečovaciu starostlivosť.
*	Číslovanie zrušených programov je uvedené podľa neplatnej vyhlášky MZ SR č. 316/2022 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti.

2. Ak je poskytovateľ v postavení hlavnej nemocnice, nevykazuje na úhradu do zdravotnej poisťovne ústavnú a jednodňovú zdravotnú starostlivosť v rámci tých povinných programov, ktoré podľa zmluvy o spolupráci s partnerskou nemocnicou vykonáva iba partnerská nemocnica.
3. Programy uvedené v tejto prílohe sa zazmluvňujú s platnosťou do konca kalendárneho roku 2025. Ak pre nasledujúci kalendárny rok nedôjde k dohode medzi poskytovateľom a zdravotnou poisťovňou ohľadom zazmluvnených programov, za obdobie pred začiatkom účinnosti takejto dohody zdravotná poisťovňa uhradza poskytovateľovi len zdravotnú starostlivosť v rámci povinných a doplnkových programov schválených pre nasledujúci kalendárny rok právoplatným rozhodnutím Ministerstva zdravotníctva SR.
4. Ak poskytovateľ neprevádzkuje žiadny taký druh zdravotníckeho zariadenia, na ktorý sa vzťahuje zákon č. 540/2021 Z. z., táto príloha k zmluve sa nevypĺňa.