

Všeobecné zmluvné podmienky

pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ošetrovateľskej starostlivosti, lekárenskej starostlivosti a optiky

Obsah

Kapitola A Všeobecné ustanovenia	2
Časť I Úvodné ustanovenia	2
Časť II Kritéria na uzatváranie zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti	2
Časť III Práva a povinnosti zmluvných strán	2
Časť IV Spôsob úhrady a finančný rozsah	8
Časť V Splatnosť úhrady zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti a platobné podmienky	11
Časť VI Spôsob úhrady za lekárenskú starostlivosť a platobné podmienky	12
Časť VII Spôsob úhrady optických zdravotníckych pomôcok a platobné podmienky	16
Časť VIII Kontrolná činnosť	17
Časť IX Následky porušenia niektorých povinností	19
Časť X Doručovanie	20
Časť XI Trvanie, zmena a zánik zmluvy	20
Časť XII Protikorupčná doložka	21
Časť XIII Záverečné ustanovenia	21
Kapitola B Podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	23
Časť – Všeobecné ustanovenia k výkonom telemedicíny	23
Časť - Všeobecná ambulantná starostlivosť pre dospelých	25
Časť - Všeobecná ambulantná starostlivosť pre deti a dorast	32
Časť – Ambulantná pohotovostná služba	36
Časť – Zubno-lekárska pohotovostná služba	37
Časť - Špecializovaná ambulantná starostlivosť v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodníctvo	38
Časť - Špecializovaná ambulantná starostlivosť v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodníctvo, reprodukčná medicína, materno-fetálna medicína, ultrazvuk v gynekológii a pôrodníctve, mamológia a v certifikovanej pracovnej činnosti mamodiagnostika v gynekológii	40
Časť - Výkony asistovanej reprodukcie	42
Časť - Špecializovaná ambulantná starostlivosť	45
Časť - Špecializovaná ambulantná starostlivosť v špecializačnom odbore zubné lekárstvo, detské zubné lekárstvo, maxilofaciálna chirurgia, čeľusná ortopédia a v certifikovanej pracovnej činnosti dentoalveolárna chirurgia, choroby slizníc ústnej dutiny a mukogingiválna chirurgia (ďalej len „zubné lekárstvo“)	54
Časť – Mobilné odberové miesto	54
Časť - Jednodňová zdravotná starostlivosť	55
Časť - Podmienky úhrady jednodňovej zdravotnej starostlivosti podľa klasifikačného systému diagnosticko-terapeutických skupín (systém DRG)	56
Časť - Zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek	59
Časť – Priamo hradené výkony pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti	64
Časť – Mobilný hospic	65
Časť - Domáca ošetrovateľská starostlivosť	67
Časť - Pôrodná asistencia	68
Časť – Stacionár	71
Časť - Stacionár - dialyzačné stredisko (mimotelová eliminačná liečba)	71
Časť - Záchranná zdravotná služba	72
Časť - Urgentný príjem	72
Časť – Preprava	74
Kapitola C Podmienky úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti	76
Časť - Podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti podľa klasifikačného systému diagnosticko-terapeutických skupín (systém DRG)	76
Časť - Ústavná zdravotná starostlivosť hradená systémom nonDRG	80
Časť - Osobitne hradené výkony	86
Časť - Úhrada špeciálnych zdravotníckych materiálov v rámci ústavnej zdravotnej starostlivosti hradenej systémom nonDRG	86
Časť - Ceny výkonov finančne náročnej zdravotnej starostlivosti	87

Kapitola A Všeobecné ustanovenia

Časť I Úvodné ustanovenia

Všeobecné zmluvné podmienky (ďalej aj ako „VZP“) upravujú niektoré práva a povinnosti medzi Union zdravotnou poisťovňou, a.s. so sídlom Karadžičova 10, 814 53 Bratislava, IČO: 36284831, zapísaná v Obchodnom registri Mestského súdu Bratislava III, oddiel: Sa, vložka číslo: 3832/B (ďalej len „zdravotná poisťovňa“) a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, poskytovateľom služieb súvisiacich so zabezpečením starostlivosti o poistencov, zariadením sociálnych služieb a zariadením sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately, agentúrou domácej ošetrovateľskej služby a poskytovateľom lekárenskej starostlivosti (ďalej len „poskytovateľ“, alebo aj ako „poskytovateľ zdravotnej starostlivosti“ alebo „poskytovateľ lekárenskej starostlivosti“ alebo „poskytovateľ ošetrovateľskej starostlivosti“ alebo „zariadenie sociálnej pomoci“ alebo „ADOS“ alebo aj ako „verejná lekáreň“ alebo „nemocničná lekáreň“ alebo „výdajňa so zhotovením zdravotníckych pomôcok na mieru“ alebo „optika“) vyplývajúce zo zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení sociálnej pomoci, lekárenskej starostlivosti a zo zmluvy o poskytovaní a úhrade optických zdravotníckych pomôcok.

Zmluva sa riadi príslušnými ustanoveniami všeobecne záväzných právnych predpisov uvedenými v Čl. 3 VZP, zmluvne dohodnutými podmienkami vrátane všetkých jej príloh. Všetky súčasti Zmluvy sú pre zmluvné strany záväzné. Odlišné dojednania vyplývajúce zo Zmluvy majú prednosť pred VZP. Ustanovenia Zmluvy a VZP nevzťahujúce sa na poskytovaný a zmluvný druh zdravotnej starostlivosti sa neuplatnia.

Časť 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:

- 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,
- 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,
- 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,
- 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,
- 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.

Časť III Práva a povinnosti zmluvných strán

3.1. Zmluvné strany:

a) 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 (ďalej len „zákon č. 576/2004 Z. z.“),
- 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 (ďalej len „zákon č. 577/2004 Z. z.“),
- 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 (ďalej len „zákon č. 578/2004 Z. z.“),

- zákon č. 579/2004 Z. z. o záchrannnej zdravotnej službe a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 579/2004 Z. z.“),
 - 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 (ďalej len „zákon č. 580/2004 Z. z.“),
 - 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 (ďalej len „zákon č. 538/2005 Z. z.“),
 - zákon č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len zákon č. 362/2011 Z. z.“),
 - 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 (ďalej len „zákon č. 363/2011 Z. z.“),
 - zákonom č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 305/2005 Z. z.“),
 - zákonom č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 448/2008 Z. z.“),
 - zákon č. 513/1991 Zb. Obchodný zákonník v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 513/1991 Zb.“),
 - zákon NR SR č. 18/1996 Z. z. o cenách v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 18/1996 Z. z.“),
 - 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.“),
 - zákon č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 18/2018 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, vždy v účinnom znení.
- b) 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., 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.
- c) sa zaväzujú pri spracovávaní osobných údajov postupovať v súlade s nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) č. 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES a v súlade so zákonom č. 18/2018 Z. z.. 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.
- d) môžu postupy neupravené zmluvou a VZP 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 svojím 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.

3.2. Zdravotná poisťovňa:

a) úhrada zdravotnú starostlivosť poistencom EÚ nasledovne:

- aa) 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 poisťovňou zdravotnej poisťovne; 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 uhrádza v rozsahu poskytnutých zdravotných výkonov.

- ab) poisťencovi poistenému v Európskej únii (ďalej len „EÚ“), ktorý sa preukáže európskym preukazom zdravotného poistenia, sa poskytuje zdravotná starostlivosť v rozsahu potrebnej starostlivosti; poskytnutá potrebná zdravotná starostlivosť sa uhrádza za rovnakých podmienok ako pre poisťencov zdravotnej poisťovne,
- ac) poisťencovi poistenému v EÚ, ktorý sa preukáže preukazom poistenca Union zdravotnej poisťovne, a.s. s označením „EÚ“ sa poskytuje zdravotná starostlivosť, ktorá zahŕňa aj preventívne prehliadky podľa platných všeobecne záväzných právnych predpisov; poskytnutá zdravotná starostlivosť podľa tohto bodu sa uhrádza v rovnakom rozsahu a za rovnakých podmienok ako pre poisťencov zdravotnej poisťovne,
- b) je povinná uhradiť poskytovateľovi zdravotnú starostlivosť/ošetrovateľskú starostlivosť/lekárenskú starostlivosť/službu súvisiacu so zabezpečením starostlivosti o poisťencov uhrádzanú na základe verejného zdravotného poistenia, poskytnutú jej poisťovňou, v súlade s uvedenou zmluvou a v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi v cene, rozsahu a lehote splatnosti dohodnutej v uvedenej zmluve.
- c) je povinná uhradiť poskytovateľovi lekárskej starostlivosti plne alebo čiastočne uhrádzané lieky, zdravotnícke pomôcky, dietetické potraviny a výkony očkovania na základe verejného zdravotného poistenia, ktoré boli poskytnuté jej poisťovňou v súlade s uvedenou zmluvou a v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi a za ďalších podmienok dohodnutých v uvedenej zmluve.
- d) sa zaväzuje, že všetky zmeny vo výkonnosti týkajúce sa revízií pravidiel poskytovaných výkonov zdravotnej starostlivosti, okrem tých, ktoré vyplývajú zo všeobecne záväzných právnych predpisov, oznámi poskytovateľovi najmenej dva mesiace pred plánovaným vykonaním zmeny.

3.3. Poskytovateľ má právo na úhradu zdravotnej starostlivosti/ošetrovateľskej starostlivosti/lekárskej starostlivosti služby súvisiacej so zabezpečením starostlivosti o poisťencov, poskytnutej poisťencovi v súlade so zmluvou a s predpismi uvedenými v bode 3.1. VZP v zmluvne dohodnutej lehote splatnosti. Poskytovateľ zodpovedá za úplnosť, správnosť a pravdivosť vykazovaných údajov o poskytnutej zdravotnej starostlivosti/ošetrovateľskej starostlivosti/lekárskej starostlivosti/služby súvisiacej so zabezpečením starostlivosti o poisťencov.

3.4. 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 poisťencovi potrebnú zdravotnú starostlivosť
- d) ak povaha zdravotného stavu poistenca už ďalej nevyžaduje poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti v špecializovanom ústave, avšak je potrebná ďalšia zdravotná starostlivosť u iného poskytovateľa.

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

3.6. Poskytovateľ je povinný:

- a) v lehote desiatich kalendárnych dní od zmeny základných identifikačných údajov, najneskôr však v termíne najbližšej fakturácie poskytnutej zdravotnej starostlivosti/ošetrovateľskej starostlivosti/lekárskej 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, druhu a miesta poskytovania sociálnych služieb, 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. Poskytovateľ lekárskej starostlivosti je povinný zdravotnej poisťovni doručiť aj každé rozhodnutie vo veci podľa § 8 ods. 3, § 9, §10 a § 11 zákon č. 362/2011 Z. z., vydané orgánom príslušným na vydanie povolenia a to bez zbytočného odkladu po nadobudnutí jeho právoplatnosti; poskytovateľ je povinný zdravotnej poisťovni písomne oznámiť všetky zmeny, ktoré je podľa § 8 ods. 1 zákon č. 362/2011 Z. z. povinný oznámiť orgánu príslušnému na vydanie povolenia a to bez zbytočného odkladu po ich oznámení tomuto orgánu.

- b) 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 starostlivosti/ošetrovateľskej starostlivosti/lekárskej starostlivosti; zmena rozsahu zdravotnej starostlivosti/ošetrovateľskej starostlivosti/lekárskej starostlivosti podľa prílohy č. 1 je možná len písomným dodatkom k zmluve podľa bodu 11.4. VZP alebo uzavretím novej zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti/ošetrovateľskej starostlivosti/lekárskej starostlivosti,
- c) 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,
- d) 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/ošetrovateľskej starostlivosti/lekárskej 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/ošetrovateľskej starostlivosti/lekárskej starostlivosti, ktoré realizoval pred nadobudnutím právoplatnosti rozhodnutia o dočasnom pozastavení povolenia a kedy spĺňal všetky zákonné podmienky na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia,
- e) 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,
- f) overiť si pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti/ošetrovateľskej starostlivosti/lekárskej starostlivosti poisťný vzťah poistenca k zdravotnej poisťovni a rozsah nároku poistenca na úhradu zdravotnej starostlivosti/ošetrovateľskej starostlivosti/lekárskej starostlivosti z verejného zdravotného poistenia s ohľadom na § 9 ods. 2 zákona č. 580/2004 Z. z.; ak poistenec pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti/ošetrovateľskej starostlivosti/lekárskej starostlivosti nemá preukaz poistenca, alebo ak existuje dôvodná pochybnosť o jeho poisťnom vzťahu k zdravotnej poisťovni, má poskytovateľ možnosť overiť si poisťný 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/ošetrovateľskej starostlivosti/lekárskej starostlivosti z verejného zdravotného poistenia na webovom sídle zdravotnej poisťovne; poskytovateľ pri vykazovaní zdravotnej starostlivosti/ošetrovateľskej starostlivosti/lekárskej starostlivosti na úhradu zdravotnej poisťovni postupuje podľa príslušného všeobecne záväzného právneho predpisu,
- g) poskytovať poistencom zdravotnej poisťovne zdravotnú starostlivosť/ošetrovateľskú starostlivosť/lekárskú starostlivosť na dostupnej úrovni čo do kvality, rozsahu aj štruktúry, ktorú možno požadovať od poskytovateľa vzhľadom na predpisy uvedené v bode 3.1. VZP,
- h) vykazovať poskytnutú zdravotnú starostlivosť/ošetrovateľskú starostlivosť/lekárskú starostlivosť v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi a vykonávacími predpismi vlády SR, Ministerstva zdravotníctva SR, ktorými sa vydáva Zoznam chorôb, pri ktorých sa zdravotné výkony čiastočne uhrádzajú alebo sa neuhrádzajú na základe verejného zdravotného poistenia, Katalóg zdravotných výkonov, ktorými sa ustanovuje zoznam zdravotných výkonov pre klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín, ktorým sa ustanovujú pravidlá kódovania chorôb a pravidlá 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, **v súlade s revíznymi pravidlami** 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/ošetrovateľskú starostlivosť podľa tohto písmena aj v prípade, že zdravotná starostlivosť/ošetrovateľská starostlivosť je uhrádzaná formou paušálnej úhrady. Pri paušálnej úhrade za urgentný príjem, poskytovateľ vykazuje poskytnutú zdravotnú starostlivosť podľa tohto písmena s nulovou hodnotou,
- i) vykazovať zdravotnú starostlivosť/ošetrovateľskú starostlivosť/lekárskú starostlivosť na úhradu zdravotnej poisťovni pravdivo a správne; zdravotná starostlivosť/ošetrovateľská starostlivosť/lekárská starostlivosť je vykázaná nepravdivo, ak poskytovateľ vykázal zdravotnej poisťovni na úhradu zdravotnú starostlivosť/ošetrovateľskú starostlivosť/lekárskú starostlivosť, ktorú preukázateľne neposkytol alebo ju preukázateľne neposkytol v takom rozsahu, ako ju vykázal; zdravotná starostlivosť/ošetrovateľská starostlivosť/lekárská starostlivosť je vykázaná nesprávne, ak poskytovateľ vykázal poskytnutú zdravotnú starostlivosť zdravotnej poisťovni v rozpore so zmluvou a/alebo predpisom/predpismi uvedenými v bode 3.1. VZP,
- j) nevykazovať zdravotnej poisťovni na úhradu také zdravotné výkony a s nimi súvisiace vyšetrenia poistenca, ktoré sú indikované v súvislosti s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou/ošetrovateľskou starostlivosťou/lekárskou starostlivosťou, ktorá nie je uhrádzaná na základe verejného zdravotného poistenia,
- k) oznamovať zdravotnej poisťovni k poslednému dňu v kalendárnom mesiaci na tlačive predpísanom Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou každé poskytnutie zdravotnej starostlivosti/ošetrovateľskej starostlivosti poistencovi v dôsledku preukázaného porušenia liečebného režimu alebo užívania alkoholu alebo inej návykovej látky, ako aj úrazy alebo iné poškodenie zdravia poistenca, v súvislosti s ktorými poskytol poistencovi zdravotnú starostlivosť/ošetrovateľskú 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/ ošetrovateľskej starostlivosti povinný oznamovať všetky bez výnimky,

- l) 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,
- m) ak nie je v kapitole B VZP dohodnuté inak, pri poskytovaní zdravotných výkonov v zariadeniach ambulantnej zdravotnej starostlivosti prístrojovým vybavením, ktoré je nad rámec minimálneho materiálno-technického vybavenia stanoveného príslušným všeobecne záväzným právnym predpisom, predložiť zdravotnej poisťovni kópiu dokladu o vlastníctve alebo inom oprávnení využívať prístroj, certifikát k prístroju a v ambulanciách zubného lekárstva predložiť zdravotnej poisťovni kópiu povolenia na používanie zdrojov ionizujúceho žiarenia pri lekárskom ožiarení. Poskytovateľ je povinný 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, zdravotná poisťovňa oznamuje poskytovateľovi formou akceptačného listu.
- n) viesť zdravotnú dokumentáciu v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi tak, aby obsahovala pravdivý a úplný prehľad o poskytnutej zdravotnej starostlivosti/ošetrovateľskej starostlivosti a aby údaje v zdravotnej dokumentácii boli čitateľné,
- o) pri vystavovaní odporúčania na poskytnutie špecializovanej zdravotnej starostlivosti a ústavnej starostlivosti uhrádzanej zo zdrojov verejného zdravotného poistenia, v odporúčaní uviesť epikrízu, priebeh ochorenia, výsledky doteraz vykonaných vyšetrení, ktoré súvisia s ochorením (tak, ako boli vykonané), odôvodnenie odoslania poistenca a požiadavku na vyšetrenie poistenca; na poskytnutie výkonov SVLZ vystaví žiadamku s kódom choroby adekvátnym k indikovaným parametrom,
- p) ak prevádzkuje ambulanciu dopravnej zdravotnej služby, zabezpečiť v prípade potreby ďalšiu osobu v pracovnoprávnom vzťahu, ktorá poskytne asistenciu vopred nahlásenému imobilnému prepravovanému na základe žiadanky v prípade, ak vodič sám nemôže poskytnúť asistenciu prepravovanému vzhľadom na jeho zdravotný stav,
- q) indikovať a predpisovať 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.; 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 č. 362/2011 Z. z., predpisujúci lekár je povinný predpísať humánnu liečivú látku s obsahom tohto liečiva uvedením názvu liečiva za dodržania podmienok ustanovených v § 119 ods. 5 zákona č. 362/2011 Z. z.. 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 č. 362/2011 Z. z..

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 očkovačieho lieku podľa tohto bodu.

- r) vykazovať lieky a zdravotnícke pomôcky, ktoré mu obstarala a dodala zdravotná poisťovňa, 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 pripočítateľná položka v platnom Katalógu prípadových paušálov, zdravotná poisťovňa postupuje podľa § 88 ods. 7 a nasl. zákona č. 363/2011 Z. z.
- s) 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,

3.7. Poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti je povinný aj:

- a) 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,
- b) pravdivo, korektne a neskreslene informovať poistencov o podmienkach poskytovania zdravotnej starostlivosti poistencom a úhrady tejto zdravotnej starostlivosti zdravotnou poisťovňou,
- c) 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 odporúčaní (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,

- d) 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).

3.8. Poskytovateľ ošetrovateľskej starostlivosti je povinný aj:

- a) poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť prostredníctvom zdravotníckych pracovníkov, z ktorých najmenej jedna je sestra odlišná od osoby uvedenej v písmene b), a ktorí spĺňajú podmienky na výkon zdravotníckeho povolania § 31 zákona č. 578/2004 Z. z..
- b) určiť osobu zodpovednú za poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá spĺňa požiadavky podľa príslušného právneho predpisu (ďalej len „zodpovedná osoba“),
- c) poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť v súlade so štandardnými diagnostickými postupmi a štandardnými terapeutickými postupmi,
- d) viesť ošetrovateľskú dokumentáciu o zdravotnom stave poistenca podľa odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o vedení zdravotnej dokumentácie,
- e) zabezpečiť, že počas poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti poistencom zdravotnej poisťovne podľa zmluvy, nebude starostlivosť, ktorá je predmetom zmluvy zároveň poskytovaná iným poskytovateľom ošetrovateľskej starostlivosti.

3.9. Poskytovateľ lekárskej starostlivosti:

- a) prevádzkuje zariadenie lekárskej starostlivosti alebo výdajňu zdravotníckych pomôcok so zhotovením zdravotníckych pomôcok na mieru v súlade so zákonom č. 362/2011 Z. z. a ďalšími súvisiacimi všeobecne záväznými právnymi predpismi,
- b) poskytuje lekársku starostlivosť osobne alebo prostredníctvom osôb, ktoré sú v pracovnoprávnom alebo obdobnom pracovnom vzťahu s poskytovateľom a zodpovedá za to, že títo spĺňajú všetky podmienky na poskytovanie lekárskej starostlivosti; tým nie je dotknuté ustanovenie § 5 ods. 2 zákona č. 362/2011 Z. z.,
- c) dodržiava podmienky na zabezpečovanie kvality, účinnosti a bezpečnosti liekov a zdravotníckych pomôcok,
- d) vydá liek, zdravotnícku pomôcku, zdravotnícku pomôcku na mieru a dietetickú potravinu len na lekárske predpisy, výpisy z lekárskeho predpisu a lekárske poukazy, ktoré spĺňajú náležitosti podľa zákona č. 362/2011 Z. z..
- a) poskytuje lekársku starostlivosť - očkovanie osoby, ktorá dovŕšila vek 18 rokov, proti chrípke (ďalej len „očkovanie“) na základe splnenia povinnosti oznámenia podľa § 21 ods. 14 zákona č. 362/2011 Z. z. a po celú dobu výkonu očkovania plní povinnosti podľa § 23 ods. 15 zákona č. 362/2011 Z. z..

3.10. Poskytovateľ, ktorý prevádzkuje výdajňu so zhotovením zdravotníckych pomôcok na mieru:

- a) pred začatím zhotovovania zdravotníckej pomôcky na mieru, ktorá má v cenníku uvedenú individuálnu kalkuláciu a jej výsledná cena je vyššia ako najvyššia cena zdravotníckej pomôcky na mieru v rámci podskupiny, predloží zdravotnej poisťovni návrh výslednej ceny na schválenie; v prípade, že v rámci podskupiny majú v cenníku všetky zdravotnícke pomôcky na mieru uvedenú individuálnu kalkuláciu ceny, schváleniu výslednej ceny zdravotnou poisťovňou podlieha každá jedna zdravotnícka pomôcka,
- b) v prípade zhotovenia, úpravy alebo opravy individuálnych protéz horných a dolných končatín okrem postupu podľa písmena a) predloží spolu so zúčtovacími dokladmi zdravotnej poisťovni kópie čiarových alebo QR kódov jednotlivých komponentov tvoriacich materiálové náklady týchto zdravotníckych pomôcok, pokiaľ k uvedeným komponentom, či materiálom čiarové alebo QR kódy existujú,
- c) v prípade zhotovenia ortéz nebandážneho typu je povinný vyhotoviť ich fotodokumentáciu a v elektronickej podobe fotodokumentáciu na vyžiadanie zdravotnej poisťovni predloží zdravotnej poisťovni,
- d) vyhotoví Písomný doklad o prevzatí zdravotníckej pomôcky na mieru poistencom, ktorej maximálna cena je viac ako 500 €. Protokol musí obsahovať meno, priezvisko a rodné číslo poistenca, interný kód zdravotníckej pomôcky na mieru (podľa Cenníka maximálnych cien zdravotníckych pomôcok na mieru zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne), meno ortopedického technika – zhotoviteľa zdravotníckej pomôcky na mieru; Písomný doklad o prevzatí zdravotníckej pomôcky na mieru poistencom musí byť na základe vyžiadania zdravotnej poisťovne predložený zdravotnej poisťovni,
- e) v prípade poskytnutia zdravotníckej pomôcky na mieru počas poskytovania zdravotnej starostlivosti poistencovi v zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti (ÚZS), vyhotoví Písomný doklad o prevzatí zdravotníckej pomôcky na mieru poistencom, ak jej maximálna cena je viac ako 500 €,
- f) označí zdravotnícku pomôcku, ktorej charakter to umožňuje, takým spôsobom, aby bola zabezpečená jednoznačná identifikácia danej pomôcky a jej výrobcu,

- g) v prípade úhrady doplatku poistenca za zdravotnícku pomôcku na mieru a úhrady poplatku za služby súvisiace s poskytovaním lekárenskej starostlivosti vystaví poistencovi pokladničný doklad, ktorý obsahuje názov poskytovateľa, názov príslušnej zdravotníckej pomôcky na mieru, vydané množstvo, výšku úhrady poistencom a dátum vystavenia,
- h) má voči zdravotnej poisťovni právo na úhradu nevyhnutne vynaložených nákladov v súvislosti so zhotovením a neprevzatím zdravotníckej pomôcky na mieru poistencom podľa bodu 6.24. VZP,
- i) môže na základe písomnej žiadosti poistenca z dôvodu jeho zdravotného stavu alebo sociálnej odkázanosti odobrať miery, odskúšať a odovzdať individuálnu ortopedickoprotetickú zdravotnícku pomôcku v domácom alebo inom prostredí podľa požiadavky poistenca, ak to povaha zdravotníckej pomôcky dovoľuje,
- j) na mernom mieste zriadenom podľa vyhlášky MZ SR č. 129/2012 Z. z. o požiadavkách na správnu lekárenskú prax odoberá miery, vykonáva skúšky a vydáva výhradne ortopedickoprotetické zdravotnícke pomôcky na mieru.

3.11. Poskytovateľ - očná optika:

- a) zabezpečuje výdaj zdravotníckych pomôcok odborne spôsobilými osobami podľa zákona č. 362/2011 Z. z.,
- b) zabezpečuje požiadavky na materiálne a priestorové vybavenie očných optík po celú dobu vykonávania činnosti spojenej so zaobchádzaním so zdravotníckymi pomôckami,
- c) zabezpečuje dodržiavanie podmienok zachovania kvality, účinnosti a bezpečnosti pri zaobchádzaní so zdravotníckymi pomôckami zamestnancami očnej optiky,
- d) v prípade úhrady doplatku poistenca za zdravotnícku pomôcku zabezpečí vystavenie pokladničného dokladu, ktorý obsahuje názov očnej optiky, názov zdravotníckej pomôcky, vydané množstvo, jednotkovú cenu, celkovú cenu s daňou z pridanej hodnoty (ak je platca DPH), výšku úhrady poistencom a dátum vydania,
- e) vydá zdravotnícku pomôcku len na lekársky poukaz, ktorý spĺňa náležitosti podľa zákona č. 362/2011 Z. z.,
- f) odovzdá zdravotnej poisťovni lekárske poukazy triedené na lekárske poukazy na optické zdravotnícke pomôcky a optické zdravotnícke na mieru s obmedzením úhrady zdravotnej poisťovne na jej predchádzajúci súhlas a na lekárske poukazy na optické zdravotnícke pomôcky a optické zdravotnícke pomôcky na mieru bez obmedzenia úhrady zdravotnou poisťovňou,
- g) v súlade s ustanoveniami Občianskeho zákonníka počas záručnej doby zabezpečuje záručnú opravu zdravotníckych pomôcok,
- h) zdravotnej poisťovni bez zbytočného odkladu doručí rozhodnutie o dočasnom pozastavení, zrušení alebo zániku živnostenského oprávnenia.

3.12. Poskytovateľ sa oboznámi a zaväzuje sa dodržiavať:

- a) 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. V prípade zmeny alebo doplnenia Všeobecných podmienok zdravotná poisťovňa spravidla elektronickou poštou informuje poskytovateľa najneskôr 15 dní pred plánovaným dňom o účinnosti takejto zmeny alebo doplnenia.
- b) Všeobecné zmluvné podmienky, ktoré sú zverejnené na webovom sídle zdravotnej poisťovne www.union.sk a s ktorými poskytovateľ súhlasil.

Časť IV Spôsob úhrady a finančný rozsah

4.1. 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 kapitole B VZP určené iné bodové ohodnotenie, a príslušnej (výslednej) ceny bodu dohodnutej v prílohe č. 2 pre daný výkon, ak nie je dojednané inak; 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 prílohe č. 2 zmluvy, predstavuje výšku úhrady za výkon, ak nie je dojednané inak.
- 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.

4.2. Ak je ako spôsob úhrady zdravotnej starostlivosti určená kapitácia, zdravotná poisťovňa ju uhrádza za

nasledovných podmienok:

- a) Kapitácia je mesačná paušálna úhrada, ktorú zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti za jedného poistenca (ďalej aj ako „kapitovaný poistenc“), s ktorým má poskytovateľ podľa § 12 zákona č. 576/2004 Z. z. uzavretú platnú a účinnú dohodu o poskytovaní všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo primárnej špecializovanej gynekologickej ambulantnej starostlivosti (ďalej len „dohoda“).
- b) Poskytovateľ môže odmietnuť návrh na uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti len z dôvodov uvedených v § 12 zákona č. 576/2004 Z. z.
- c) Poskytovateľ v súlade s § 12 zákona č. 576/2004 Z. z. údaje z dohody zapisuje do registra dohôd o poskytovaní zdravotnej starostlivosti vedeného Národným centrom zdravotníckych informácií (ďalej len „register dohôd“).
- d) Pre účely úhrady kapitácie sú pre zdravotnú poisťovňu rozhodujúce údaje zapísané v registri dohôd.
- e) Kapitácia zahŕňa náklady na všetku zdravotnú starostlivosť poskytnutú kapitovanému poistencovi za daný kalendárny mesiac, ak ďalej nie je dojednané inak.
- f) Ak poskytovateľ nemal uzavretú platnú a účinnú dohodu s poistencom po dobu celého kalendárneho mesiaca, zdravotná poisťovňa má právo krátiť kapitáciu za tie dni kalendárneho mesiaca, za ktoré nebola uzavretá dohoda.

4.3. 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.

4.4. Zdravotná starostlivosť poskytnutá poistencovi v ústavnej zdravotnej starostlivosti sa uhrádza podľa klasifikačného systému diagnosticko-terapeutických skupín (ďalej aj ako „systém DRG“). V prípade, ak má poskytovateľ odbornosti, ktoré nie sú DRG relevantné alebo DRG relevantné odbornosti, na ktorých sa tak zmluvné strany dohodli, sú hradené cenou ukončenej hospitalizácie, cenou mesačného paušálu alebo cenou ošetrovacieho dňa (ďalej aj ako „systém nonDRG“) podľa prílohy č. 3 k zmluve. Podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti systémom DRG a systémom nonDRG sú uvedené v kapitole C.

4.5. V prípade, ak sa zmluvné strany dohodli, že zdravotná starostlivosť bude uhrádzaná formou finančného objemu, zdravotná poisťovňa ju uhrádza (okrem poistencov EÚ) za nasledovných podmienok:

- a) Finančný objem je spôsob úhrady zdravotnej starostlivosti poskytnutý na vopred dohodnuté časové obdobie. Finančný objem môže byť zmluvnými stranami dohodnutý na obdobie kalendárneho mesiaca, štvrtroka, polroka, trištvrtroka alebo kalendárneho roka. Výška úhrady a obdobie, za ktoré sa poskytnutá zdravotná starostlivosť uhrádza formou finančného objemu je dohodnutá v prílohe č. 1 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti/ošetrovateľskej starostlivosti.
- b) Ak nie je v zmluve dohodnuté inak, 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. Po prečerpaní finančného objemu pre ústavnú zdravotnú starostlivosť (typ FO-U) sa výška úhrady zdravotnej starostlivosti násobí koeficientom 0,6. V prípade nevyčerpania dohodnutého finančného objemu sa nevyčerpaná časť finančného objemu neprenáša do nasledujúceho dohodnutého obdobia.
- c) Zmluvné strany sa dohodli na platnosti finančného objemu podľa bodu aj pre obdobie predĺženej účinnosti prílohy č. 2 a č. 3 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa bodu 11.3.VZP.
- d) Do finančného objemu pre ŠAS sa zahŕňajú všetky poskytovateľom vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané výkony ŠAS vrátane výkonov SVLZ. okrem zdravotných výkonov preventívnych prehliadok s kódom 760sp, 760sn, 760pp, 760pn, 763sp, 763sn, 763pp a 763pn a 763p v špecializačnom odbore gastroenterológia, s kódom 158 v špecializačnom odbore urológia, zdravotných výkonov v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo, reprodukčná medicína, materno-fetálna medicína, ultrazvuk v gynekológii a pôrodnictve, mamológia, v certifikovanej pracovnej činnosti mamodiagnostika v gynekológii a zdravotných výkonov v kategórii zubný lekár v prípade, že poskytovateľ poskytuje daný druh zdravotnej starostlivosti. Do finančného objemu sa nezapočítava ani úhrada za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v ambulancii ústavnej pohotovostnej služby a centrálneho príjmu.
- e) Do finančného objemu pre JZS sa zahŕňajú všetky poskytovateľom vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony JZS okrem úhrady zdravotníckych pomôcok k výkonom JZS podľa Kapitoly B k VZP.
- f) Do finančného objemu pre zariadenia SVLZ sa zahŕňajú všetky poskytovateľom vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané výkony SVLZ. Ustanovenia tejto časti sa vzťahujú aj na priamo hradené výkony pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ak sú predmetom zmluvy.
- g) Do finančného objemu pre ADOS sa zahŕňajú všetky poskytovateľom vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané výkony DOS. Do finančného objemu sa nezahŕňajú zdravotné výkony pôrodnej asistencie s kódom Y0024, Y0025, Y0039, 25 a 11a v prípade, že poskytovateľ poskytuje daný druh zdravotnej starostlivosti.
- h) Do finančného objemu pre stacionár sa zahŕňa poskytovateľom vykázaná a zdravotnou poisťovňou uznaná zdravotná starostlivosť poskytnutá v stacionári.
- i) Do finančného objemu pre dopravu sa zahŕňajú všetky poskytovateľom vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané prepravy okrem typu prepravy DZSZ, ktoré sa uhrádzajú dohodnutou cenou za jeden kilometer prepravy podľa podmienok úhrady uvedených v kapitole C.
- j) Ak nie je ďalej uvedené inak, do finančného objemu pre poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti sa zahŕňa celá poskytnutá zdravotná starostlivosť poistencovi v ústavnej zdravotnej starostlivosti. V prípade úhrady hospitalizačných prípadov zaradených do DRG skupín sa pripočítateľné položky k hospitalizačným prípadom uvedené v prílohách dokumentu Katalóg prípadových paušálov zahŕňajú do finančného objemu. V prípade uplatnenia systému nonDRG pri úhrade ZS cenou ukončenej hospitalizácie sa pripočítateľné položky hradia nad rámec

finančného objemu. Zmluvné strany sa môžu dohodnúť, že finančný objem sa nevzťahuje na hospitalizačné prípady zaradené do DRG skupín, ktorých kódy vyplývajú z platného Katalógu prípadových paušálov a k nim vykázané pripočítateľné položky, uvedené v prílohe č. 1 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

- k) Do finančného objemu pre zariadenia sociálnej pomoci sa započítavajú náklady na všetky výkony poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti uvedené v prílohe č. 2 zmluvy.

4.6. V prípade, ak sa zmluvné strany dohodli, že zdravotná starostlivosť bude uhrádzaná formou globálneho rozpočtu, zdravotná poisťovňa ju uhrádza za nasledovných podmienok:

- a) Globálny rozpočet je paušálny spôsob úhrady za všetku vykázanú a zdravotnou poisťovňou uznanú zdravotnú starostlivosť poskytnutú na pracoviskách a v rozsahu podľa prílohy č. 1 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a špeciálny zdravotnícky materiál v príslušnom kalendárnom mesiaci poistencom zdravotnej poisťovne (okrem poistencov EÚ) najviac do výšky celkovej mesačnej úhrady. Ak nie je dojednané inak, zdravotná starostlivosť, na ktorú sa podľa tohto bodu globálny rozpočet nevzťahuje, sa uhrádza formou finančného objemu alebo bez určenia finančného rozsahu a v cenách uvedených v príslušných prílohách.“
- b) V prípade úhrady hospitalizačných prípadov zaradených do DRG skupín sa pripočítateľné položky k hospitalizačným prípadom uvedené v prílohách dokumentu Katalóg prípadových paušálov zahŕňajú do globálneho rozpočtu. V prípade uplatnenia systému nonDRG pri úhrade ZS cenou ukončenej hospitalizácie sa pripočítateľné položky hradia nad rámec globálneho rozpočtu. Zmluvné strany sa môžu dohodnúť, že globálny rozpočet sa nevzťahuje na hospitalizačné prípady zaradené do DRG skupín, ktorých kódy vyplývajú z platného Katalógu prípadových paušálov a k nim vykázané pripočítateľné položky, uvedené v prílohe č. 1 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.
- c) 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.
- d) 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.
- e) 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 VZP 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.
- f) Druhá veta tohto bodu písm. e) VZP sa nepoužije, ak by bez uplatnenia vzorca uvedeného v Kapitole C VZP časti Podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti podľa klasifikačného systému diagnosticko-terapeutických skupín 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. Uvedené sa nevzťahuje na poskytovateľov dopravnej zdravotnej služby.
- g) Prvá veta tohto bodu písm. e) VZP 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.
- h) Každá zo zmluvných strán na písomnú výzvu druhej zmluvnej strany pristúpi k rokovaniu o uzavretí dodatku ku zmluve alebo novej zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktorou sa upraví globálny rozpočet, ak:
- ha) 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,
- hb) dôjde k legislatívnej a/alebo inej právne záväznej regulačnej úprave zdravotníckej autority majúcej vplyv na rozsah a úhradu poskytnutej zdravotnej starostlivosti,
- hc) poskytovateľ poruší povinnosť podľa bodu 3.7. písm. b) a/alebo 3.4. VZP alebo ak hrozí porušenie čo i len jednej z týchto povinností, alebo

hd) 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.

4.7. Ustanovenia častí V a VIII VZP sa vykladajú a aplikujú tak, aby bol naplnený účel časti IV VZP. Ustanovenie bodov 9.1., 9.3 a 9.4. VZP sa v prípade zdravotnej starostlivosti hradenej globálnym rozpočtom nepoužívajú.

Časť V Splatnosť úhrady zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti a platobné podmienky

5.1. Poskytovateľ zdravotnej poisťovni predkladá účtovný doklad – faktúru (ďalej len „faktúra“) za poskytnutú zdravotnú starostlivosť/ošetrovateľskú 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 10.2. VZP a to v členení podľa druhu zmluvne dohodnutých druhov poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

5.2. Ak nie je pre osobitné prípady uvedené vo VZP alebo v 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. V a VIII VZP 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.

5.3. Povinnou prílohou faktúry za poskytovanie zdravotnej starostlivosti a ošetrovateľskej starostlivosti sú elektronicky spracované dávky obsahujúce zoznam poskytnutých zdravotných výkonov, a to vykázané poskytovateľom zdravotnej poisťovni v zmysle príslušných právnych predpisov a v dátovom rozhraní určenom metodickým usmernením o spracúvaní a vykázaní zdravotníckych výkonov elektronickou formou v platnom znení vydaným Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

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

- a) poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti, povinnou prílohou pri prvom vykázaní ošetrovateľskej starostlivosti za konkrétneho poistenca je aj kópia Návrhu zodpovednej osoby na indikáciu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti osobe umiestnenej v zariadení sociálnych služieb a v zariadení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately.
- b) 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,
- c) 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.

5.5. Zdravotná poisťovňa vykoná kontrolu formálnej správnosti doručenej faktúry; pod kontrolou formálnej správnosti zmluvné strany rozumejú kontrolu formálnych náležitostí doručenej faktúry a jej príloh podľa bodu 5.3. tejto časti. Ak zdravotná poisťovňa zistí, že faktúra nie je v zmysle predchádzajúcej vety formálne správna, vráti 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 5.6. tejto časti a lehota splatnosti dohodnutá v bode 5.11. tejto časti, odo dňa doručenia formálne správnej faktúry do zdravotnej poisťovne.

5.6. 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, ako aj kontrolu oprávnenosti ich úhrady Zdravotná poisťovňa najmä preverí, či osoby, ktorým poskytovateľ v zúčtovacom období zdravotnú starostlivosť/ošetrovateľskú starostlivosť poskytol, boli v čase poskytnutia zdravotnej starostlivosti/ošetrovateľskej starostlivosti poistencami zdravotnej poisťovne, alebo osobami, ktorým mohla byť poskytnutá zdravotná starostlivosť/ošetrovateľská starostlivosť hradená zdravotnou poisťovňou. Zdravotná poisťovňa ďalej vykoná kontrolu, či zdravotná starostlivosť/ošetrovateľská starostlivosť bola vykázaná v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi a s touto zmluvou.

5.7. Pokiaľ podľa zdravotnej poisťovne sú vo faktúre uvedené nesprávne, nepravdivé alebo neúplné údaje alebo sú vykázané v rozpore s touto zmluvou, spracuje tieto zistenia do elektronického chybového protokolu¹⁾ (ďalej len „protokol sporných dokladov“). Oprávnenie zdravotnej poisťovne vykonať u poskytovateľa kontrolu všetkých údajov uvedených vo faktúre v súlade s časťou VI VZP 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 zasiela poskytovateľovi aj súhrnný prehľad výsledku spracovania zdravotných výkonov/ošetrovacích dní (lekársky protokol) a zdravotnou poisťovňou vystavený opravný účtovný doklad (dobropis alebo ľarchopis) na sumu vo výške rozdielu medzi poskytovateľom fakturovanou sumou a sumou uznanou 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

¹⁾ Podľa Metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou č. 3/2012 v platnom znení.

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.

5.8. 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 doručенý zdravotnou poisťovňou podľa bodu 5.7. VZP. Doručením formálne a vecne správneho opravného účtovného dokladu zdravotnej poisťovni sa faktúra považuje za vecne správnu. Tým nie je dotknuté právo poskytovateľa na postup podľa bodu 5.9. VZP.

5.9. Ak poskytovateľ napriek zaslaní opravného účtovného dokladu podľa bodu 5.8. VZP nesúhlasí so skutočnosťami uvedenými v protokole sporných dokladov, má právo ich reklamovať a písomne odôvodniť vykázanie neuznaných zdravotných výkonov/ošetrovacích dní zdravotnej poisťovni do 10-ich dní od doručenia lekárskeho protokolu/súhrnného prehľadu. 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/ošetrovacích dní alebo ich časti, poskytovateľ vystaví samostatnú faktúru len na akceptované reklamované zdravotné výkony/ošetrovacie dni 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/ošetrovateľská starostlivosť. Toto nemá vplyv na skutočnosti uvedené v bode 5.11. VZP.

5.10. Ak zdravotná poisťovňa neakceptuje reklamáciu poskytovateľa podľa bodu 5.9. VZP, 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/súhrnného prehľadu. 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/ošetrovacích dní alebo len ich časti poskytovateľ vystaví samostatnú faktúru na zdravotné výkony/ošetrovacie dni v rozsahu rokovaním akceptovanej reklamácie nehradených zdravotných výkonov/ošetrovacích dní. Prílohou tejto faktúry je elektronicky spracovaná dávka na dátovom médiu podľa platných dátových rozhraní v rozsahu rokovaním akceptovanej reklamácie. Faktúra je vystavená za obdobie, v ktorom bola poskytnutá reklamovaná zdravotná starostlivosť/ošetrovateľská starostlivosť. Toto nemá vplyv na skutočnosti uvedené v bode 5.11. VZP.

5.11. Zmluvné strany sa dohodli, že splatnosť formálne a vecne správnej faktúry je 30 dní odo dňa jej doručenia do zdravotnej poisťovne, najskôr však splatnosť začína plynúť prvým dňom nasledujúcim po skončení zúčtovacieho obdobia, za ktoré sa faktúra predkladá. V prípade doručenia vecne nesprávnej faktúry, podľa bodu 5.5. VZP sa faktúra považuje za formálne a vecne správnu až doručením formálne a vecne správneho a poskytovateľom potvrdeného 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.

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

5.13. 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 10.2. VZP. Poskytovateľ zodpovedá za správnosť, pravdivosť a úplnosť vykazovaných údajov.

5.14. Ak v prípade zdravotnej starostlivosti hradenej 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 časťou VIII VZP.

5.15. 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.

Časť VI Spôsob úhrady za lekárenskú starostlivosť a platobné podmienky

6.1. Lekárska starostlivosť 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“) pre účel tejto zmluvy zahŕňa:

- a) zabezpečovanie, uchovávanie, prípravu, kontrolu, a výdaj liekov,
- b) zabezpečovanie, uchovávanie a výdaj zdravotníckych pomôcok,
- c) zabezpečovanie a výdaj dietetických potravín,
- d) poskytovanie odborných informácií a rád o liekoch, zdravotníckych pomôckach a dietetických potravinách, potrebných na kvalitné poskytovanie zdravotnej starostlivosti podľa bezpečnej a racionálnej liekovej terapie,
- e) výdaj liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín verejnosti nemocničnou lekárnou, ak má zriadené oddelenie výdaja liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín verejnosti,
- f) očkovanie osoby, ktorá dovŕšila vek 18 rokov, proti chrípke (ďalej len „očkovanie“),

- g) zabezpečovanie, uchovávanie, opravu, úpravu a výdaj zdravotníckych pomôcok na základe lekárskeho poukazu výdajňou zdravotníckych pomôcok,
- h) individuálne zhotovovanie, opravu, úpravu a výdaj zdravotníckych pomôcok na mieru na základe lekárskeho poukazu výdajňou zdravotníckych pomôcok,
- i) poskytovanie odborných informácií a rád o zdravotníckych pomôckach a zdravotníckych pomôckach na mieru potrebných na kvalitné poskytovanie zdravotnej starostlivosti podľa bezpečnej a racionálnej liekovej terapie.

6.2. Pri výdaji a úhrade liekov, zdravotníckych pomôcok, zdravotníckych pomôcok na mieru a dietetických potravín sa výška úhrady zdravotnou poisťovňou, výška úhrady pacienta a podmienky úhrady vydaných liekov, zdravotníckych pomôcok, zdravotníckych pomôcok na mieru a dietetických potravín riadia zákonom č. 363/2011 Z. z..

6.3. Zdravotná poisťovňa na základe verejného zdravotného poistenia:

- a) plne alebo čiastočne uhrádza lekárni lieky, zdravotnícke pomôcky alebo dietetické potraviny poskytované v rámci ambulantnej starostlivosti alebo lekárenskej starostlivosti zaradené v zozname kategorizovaných liekov, v zozname kategorizovaných zdravotníckych pomôcok alebo zozname kategorizovaných dietetických potravín, ktoré sú predpísané a použité v súlade s preskripčnými obmedzeniami, indikačnými obmedzeniami a obmedzeniami úhrady zdravotnej poisťovne na jej predchádzajúci súhlas, u zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín aj s množstvovými a finančnými limitmi, uvedenými v týchto zoznamoch (§ 3 ods. 2, § 26 ods. 3 a § 55 ods. 2 zákona č. 363/2011 Z. z..
- b) v rámci ambulantnej starostlivosti alebo lekárenskej starostlivosti plne uhrádza lieky pripravované vo verejnej alebo v nemocničnej lekárni podľa predpisu lekára určené na výdaj vo verejnej alebo v nemocničnej lekárni, v ktorej boli pripravené (ďalej len „individuálne pripravovaný liek“), okrem individuálne pripravovaných liekov, na ktorých prípravu sa používajú hromadne vyrábané lieky neuhrádzané alebo čiastočne uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia; individuálne pripravované lieky, na ktorých prípravu sa použijú hromadne vyrábané lieky neuhrádzané alebo čiastočne uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia, sa uhrádzajú v takom rozsahu, v akom sú na základe verejného zdravotného poistenia uhrádzané zložky použité na ich prípravu. Hromadne vyrábané lieky použité na prípravu individuálne pripravovaných liekov sa na základe verejného zdravotného poistenia uhrádzajú len pri použití v indikáciách, ktoré sú v súlade so súhrnom charakteristických vlastností lieku (§ 3 ods. 3. zákona č. 363/2011 Z. z.).
- c) uhradí výdajni so zhotovením zdravotníckych pomôcok na mieru výšku úhrady zdravotníckej pomôcky určenú v stĺpci „ÚZP“ v zozname kategorizovaných zdravotníckych pomôcok, platnom v deň výdaja zdravotníckej pomôcky poistencovi,
- d) uhradí výdajni so zhotovením zdravotníckych pomôcok na mieru dohodnutú výšku úhrady zdravotníckej pomôcky na mieru podľa Cenníka maximálnych cien zdravotníckych pomôcok na mieru (ďalej len „cenník“), zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne, najviac však v maximálnej výške „úhrady zdravotnou poisťovňou“, ak je určená v stĺpci „ÚZP“ v zozname zdravotníckych pomôcok na mieru; poskytovateľ návrh cenníka v dohodnutej výške úhrady podľa bodu 6.6. doplnený o príslušnú výšku DPH u každej zdravotníckej pomôcky na mieru predloží zdravotnej poisťovni v elektronickej podobe.
- e) je povinná uhradiť výdajni so zhotovením zdravotníckych pomôcok na mieru plne alebo čiastočne uhrádzané zdravotnícke pomôcky a zdravotnícke pomôcky na mieru, ktoré boli poskytnuté jej poistencom v súlade s touto zmluvou a v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi a za ďalších podmienok dohodnutých v tejto zmluve.

6.4. Zoznam kategorizovaných liekov, zoznam kategorizovaných zdravotníckych pomôcok, zoznam zdravotníckych pomôcok na mieru a zoznam kategorizovaných dietetických potravín zverejňuje Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len „MZ SR“) na pravidelnej báze na svojom webovom sídle.

6.5. Každá zdravotnícka pomôcka na mieru, s výnimkou zdravotníckych pomôcok na mieru podľa bodu 3.10. písm. b) VZP, je v cenníku špecifikovaná v jednom riadku, ktorý obsahuje údaje uvedené v cenníku. Na účely zmluvy:

- a) Normohodina predstavuje súhrn všetkých druhov spotreby času, ktoré súvisia s výkonom takých osobných činností zamestnanca poskytovateľa vyrábajúceho zdravotnícku pomôcku na mieru, ktoré sú nevyhnutné pre jej ďalšie úspešné zhotovenie a dispenzáciu. Do normohodiny sa zahŕňa aj čas, počas ktorého je zdravotnícka pomôcka na mieru spracovávaná výlučne prostredníctvom prístroja, alebo čas potrebný na jej spracovanie bez akýchkoľvek zásahov, ako aj všeobecne nutné prestávky vyplývajúce najmä z fyziologických potrieb zamestnancov poskytovateľa a podmienené nutné prestávky. Podmienenie nutnou prestávkou sa na účely zmluvy rozumie čas, kedy zamestnanec poskytovateľa musí čakať nie vlastnou vinou, ale nenevitelnou úrovňou danej technológie. Pričom hodnotu normohodiny bez DPH si zmluvné strany dohodli v prílohe č. 2 zmluvy. Hodnota normohodiny bez DPH v prípade zdravotníckych pomôcok na mieru určená podľa prílohy č. 2 zmluvy sa pri zdravotníckych pomôckach na mieru, ktoré sú čiastočne hradené z verejného zdravotného poistenia, považuje len za hodnotu normohodiny, ktorú čiastočne z verejného zdravotného poistenia podľa prílohy č. 2 zmluvy hradí poskytovateľovi zdravotná poisťovňa (vzhľadom na maximálnu úhradu zdravotnej poisťovne pri jednotlivých zdravotníckych pomôckach na mieru uvedenej v cenníku). Poskytovateľ má v prípade zdravotníckych pomôcok na mieru čiastočne hradených z verejného zdravotného poistenia právo určiť skutočnú hodnotu normohodiny do výšky skutočných oprávnených ekonomických nákladov poskytovateľa na 1 normohodinu (ďalej v texte aj „oprávnená výška normohodiny“), pričom rozdiel medzi normohodinou hradenou zdravotnou poisťovňou z verejného zdravotného poistenia podľa prílohy č. 2 zmluvy a oprávnenou výškou normohodiny hradí pacient – poistenec zdravotnej poisťovne ako doplatok tejto zdravotníckej pomôcky na mieru hradenej čiastočne z verejného zdravotného poistenia (oprávnenosť skutočných ekonomických nákladov poskytovateľ preukazuje napr. znaleckým posudkom a pod.). Zároveň stĺpec prílohy č. 2 zmluvy maximálna cena bez DPH/s DPH sa v prípade zdravotníckych pomôcok na mieru čiastočne hradených z verejného zdravotného poistenia počíta s oprávnenou výškou normohodiny. Poskytovateľ sa zaväzuje pri uplatňovaní tohto ustanovenia (i)

korektne, pravdivo a neskresele informovať poistencov a súčasne (ii) dodržiavať zásadu rovnakého zaobchádzania s poistencami všetkých zdravotných poisťovní pri poskytovaní lekárskej starostlivosti s možnosťou zohľadnenia rozdielov vo výsledných úhradách zdravotných poisťovní za jednotlivé zdravotnícke pomôcky čiastočne hrazené z verejného zdravotného poistenia.

- b) Cena materiálu predstavuje ekonomicky oprávnené náklady na materiál nevyhnutne potrebný na zhotovenie zdravotníckej pomôcky na mieru (ďalej len „materiálové náklady“), pričom maximálne materiálové náklady pre jednotlivé zdravotnícke pomôcky na mieru si zmluvné strany dohodli v prílohe č. 2 zmluvy. Poskytovateľ sa zaväzuje vyvinúť maximálne úsilie obstaráť materiál nevyhnutne potrebný na zhotovenie zdravotníckej pomôcky na mieru za čo najnižšie ceny pri zachovaní uspokojivej kvality materiálu, s ohľadom na účel a špecifické vlastnosti zdravotníckej pomôcky na mieru a so zohľadnením výrobných metód uplatňovaných poskytovateľom.
- c) Marža predstavuje primeraný zisk určený podľa zmluvy. V prípade zdravotníckych pomôcok na mieru čiastočne hradených z verejného zdravotného poistenia sa marža počíta len z hodnoty normohodiny hradenej zdravotnou poisťovňou z verejného zdravotného poistenia.
- d) Daň z pridanej hodnoty (ďalej aj ako „DPH“) je nepriama daň, ktorej sadzbu a spôsob výpočtu určuje zákon č. 222/2004 Z. z. o dani z pridanej hodnoty v znení neskorších právnych predpisov.

6.6. Dohodnutá výška úhrady zdravotnej poisťovne za zdravotnícku pomôcku na mieru bez DPH podľa bodu 6.3. písm. c) a d) sa stanovuje na základe výslednej kalkulácie (súčtu) ekonomicky oprávnených nákladov na jej zhotovenie a primeraného zisku v súlade s ustanoveniami zákona č. 18/1996 Z.z.. Ekonomicky oprávnené náklady tvoria materiálové náklady v eurách bez DPH a hodnota normohodín v eurách bez DPH. Primeraným ziskom pre stanovenie výšky úhrady zdravotníckej pomôcky na mieru je zisk v maximálnej výške:

- 18 % hodnoty ekonomicky oprávnených nákladov pri rozpätí od 0 do 1 000,00 €,
- 17 % hodnoty ekonomicky oprávnených nákladov pri rozpätí od 1 000,01 do 2 000 €,
- 16 % hodnoty ekonomicky oprávnených nákladov pri rozpätí od 2 000,01 do 5 000 €,
- 15 % hodnoty ekonomicky oprávnených nákladov pri rozpätí od 5 000,01 a viac €;

s výnimkou zdravotníckych pomôcok z podskupín I3.1; I3.2; I3.3; I3.4; I4.1; I4.2; I4.3; I4.4; I5.1; I5.2; I5.3 a I5.4, pri ktorých je zisk v maximálnej výške 13 % hodnoty ekonomicky oprávnených nákladov. V prípade zdravotníckych pomôcok na mieru čiastočne hradených z verejného zdravotného poistenia má poskytovateľ právo účtovať pacientom – poistencom zdravotnej poisťovne doplatok v súlade so zákonom č. 363/2011 Z. z. a VZP.

6.7. Opravy a úpravy (ďalej aj ako „servis“) zdravotníckych pomôcok na mieru, ktorých výška úhrady nie je stanovená v Cenníku maximálnych cien zdravotníckych pomôcok na mieru zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne, poskytovateľ vykonáva na základe objednávky zdravotnej poisťovne. Úhradu servisu zdravotníckych pomôcok na mieru poskytovateľ fakturuje osobitnou faktúrou vo výške podľa Cenníka náhradných dielov a servisných výkonov, ktorý tvorí prílohu č. 2 k zmluve. Pred uplynutím dvoch rokov od výdaja zdravotníckej pomôcky na mieru zdravotná poisťovňa akceptuje fakturovanie jej opravy, ak sa oprava týka komponentu zdravotníckej pomôcky, u ktorého už uplynula záručná doba poskytovaná jeho dodávateľom; túto skutočnosť je poskytovateľ povinný preukázať zdravotnej poisťovni najmä predložením zmluvy s dodávateľom daného komponentu alebo predložením písomného vyjadrenia dodávateľa alebo iným vierohodným spôsobom.

6.8. Zdravotná poisťovňa uhrádza poskytovateľovi poskytnutú lekársku starostlivosť na podklade dispenzačného záznamu vytvoreného poskytovateľom v súlade s príslušnými všeobecne záväznými právnymi predpismi a prijatého do informačného systému zdravotnej poisťovne za splnenia ostatných podmienok vyplývajúcich zo zmluvy.

6.9. Predmetom spracovania zdravotnou poisťovňou sú len dispenzačné záznamy, ktoré poskytovateľ prostredníctvom svojho informačného systému odoslal do informačného systému zdravotnej poisťovne s tým, že poskytovateľ pri vytvorení dispenzačného záznamu v ňom uvedie identifikátor príslušajúceho preskripčného záznamu (čiarový kód), ak tento existuje. Pre úhradu výkonov očkovania je súčasťou dispenzačných záznamov k výdaju očkovačkej látky rozšírený záznam o požadované údaje očkovania (kód výkonu, množstvo, kód zdravotníckeho pracovníka, vykázaná cena a poznámka) v požadovanej štruktúre. Požadované údaje sa vykazujú súčasne, pričom poznámka je voliteľná.

6.10. Po odoslaní dispenzačného záznamu poskytovateľom a jeho prijatí do informačného systému zdravotnej poisťovne zdravotná poisťovňa informuje poskytovateľa o prijatí dispenzačného záznamu a zároveň oznámi poskytovateľovi, ktoré lekárske predpisy alebo lekárske poukazy je potrebné doručiť zdravotnej poisťovni v originálnom vyhotovení a v papierovej podobe pre účely úhrady lekárskej starostlivosti. Ak zdravotná poisťovňa oznámi poskytovateľovi, že je potrebné lekárske predpisy alebo lekárske poukazy podľa tohto bodu VZP doručiť zdravotnej poisťovni v papierovej podobe, poskytovateľ je povinný na doručovanom lekárskom predpise alebo lekárskom poukaze uviesť aj číselné označenie, ktoré mu pre tento účel oznámi zdravotná poisťovňa s informáciou o prijatí dispenzačného záznamu.

6.11. Poskytovateľ je povinný lekárske predpisy a lekárske poukazy, ktoré si vyžiada zdravotná poisťovňa podľa 6.10. VZP, roztriediť a niektorým zo spôsobov podľa bodu 10.1. VZP doručiť spravidla najneskôr do 15 kalendárnych dní po skončení zúčtovacieho obdobia zdravotnej poisťovni roztriedené do nasledovných samostatných zväzkov:

- a) lekárske predpisy vystavené pre poistenca zdravotnej poisťovne,
- b) lekárske predpisy vystavené pre poistenca iného členského štátu, ktorý sa pri výdaji lieku preukázal európskym preukazom alebo náhradným certifikátom podľa zákona č. 580/2004 Z. z. (tzv. EÚ poistenec s EHC preukazom),
- c) lekárske poukazy vystavené pre poistenca zdravotnej poisťovne,
- d) lekárske poukazy vystavené pre poistenca iného členského štátu, ktorý sa pri výdaji zdravotníckej pomôcky alebo dietickej potraviny preukázal európskym preukazom alebo náhradným certifikátom podľa zákona č. 580/2004 Z. z.;

Ku každému zväzku poskytovateľ pripojí sprievodný protokol, ktorý vygeneruje prostredníctvom portálu prevádzkovaného zdravotnou poisťovňou na jej webovom sídle. V jednotlivých zväzkoch sú lekárske predpisy a lekárske

poukazy usporiadané vzostupne podľa poradia zodpovedajúceho číselnému označeniu podľa bodu 6.10. VZP. Poskytovateľ do zväzkov nepridáva lekárske predpisy a lekárske poukazy, ktoré si zdravotná poisťovňa podľa bodu 6.10. VZP nevyžiada.

6.12. Poskytovateľ je oprávnený vykonávať opravu dispenzačného záznamu jeho stornovaním kedykoľvek počas plynutia zúčtovacieho obdobia, ku ktorému dispenzačný záznam prislúcha a to až do zablokovania dispenzačného záznamu zdravotnou poisťovňou. Ak pôvodný dispenzačný záznam odoslaný do informačného systému zdravotnej poisťovne bol stornovaný a bol vytvorený nový dispenzačný záznam, zdravotná poisťovňa súvisiacemu lekárskemu predpisu alebo lekárskemu poukazu prideli nové číselné označenie podľa bodu 6.10. VZP. Poskytovateľ pôvodné číselné označenie preškrtnie a vyznačí nové číselné označenie pridelené zdravotnou poisťovňou po prijatí nového dispenzačného záznamu. Lekársky predpis alebo lekársky poukaz poskytovateľ zaradi do zväzku podľa bodu 6.11. VZP podľa jeho nového číselného označenia.

6.13. Zdravotná poisťovňa bezprostredne po skončení zúčtovacieho obdobia zablokuje všetky ňou prijaté dispenzačné záznamy s dátumom výdaja lieku, zdravotníckej pomôcky alebo dietetickej potraviny najneskôr v posledný deň daného zúčtovacieho obdobia ako aj všetky zdravotnou poisťovňou neuznané dispenzačné záznamy z predchádzajúcich zúčtovacích období, ktoré poskytovateľ stornoval a opätovne odoslal do zdravotnej poisťovne do skončenia zúčtovacieho obdobia. Zdravotná poisťovňa odblokuje dispenzačné záznamy po ich spracovaní.

6.14. Poskytovateľ súčasne doručí zdravotnej poisťovni účtovný doklad – faktúru (ďalej len „faktúra“) na úhradu lekárenskej starostlivosti poskytnutej v zúčtovacom období spravidla najneskôr do 15 kalendárnych dní po skončení zúčtovacieho obdobia, ktorým je kalendárny mesiac. Poskytovateľ je povinný doručiť faktúru v členení na lieky a dietetické potraviny a zdravotnícke pomôcky. Poskytovateľ za príslušné zúčtovacie obdobie vytvorí dve samostatné faktúry na úhradu lekárenskej starostlivosti poskytnutej:

- a) poisťencom zdravotnej poisťovne,
- b) poisťencom EÚ s EHIC preukazom.

6.15. Zdravotná poisťovňa vykoná kontrolu formálnej správnosti doručenej faktúry a formálnej správnosti zväzkov podľa bodu 6.11. VZP (ak boli žiadané). Faktúra je formálne správna, ak spĺňa náležitosti podľa príslušných všeobecne záväzných právnych predpisov. Zväzky sú formálne správne za splnenia požiadaviek vyplývajúcich z bodov 6.11. a 6.12. VZP. Ak zdravotná poisťovňa zistí, že faktúra nie je formálne správna, vráti ju poskytovateľovi najneskôr do 15-tich pracovných dní odo dňa jej doručenia zdravotnej poisťovni na jej doplnenie alebo opravu spolu s uvedením dôvodu jej vrátenia. Obdobne zdravotná poisťovňa postupuje aj v prípade, ak zväzky podľa bodu 6.11 VZP nie sú formálne správne. V prípade vrátenia formálne nesprávnej faktúry a/alebo formálne nesprávnych zväzkov poskytovateľovi plyní lehota stanovená pre kontrolu v bode 6.16. VZP odo dňa doručenia formálnej správnej faktúry a formálne správnych zväzkov spĺňajúcich požiadavky vyplývajúce z bodu 6.11. a 6.12. VZP do zdravotnej poisťovne. Ak ďalej nie je uvedené inak, pod formálnou správnosťou faktúry sa rozumie aj doručenie s ňou súvisiacich zväzkov spĺňajúcich požiadavky vyplývajúce z bodov 6.11. a 6.12. VZP.

6.16. U formálne správnej faktúry a formálne správnych zväzkov spĺňajúcich požiadavky vyplývajúce z bodu 6.11. a 6.12 VZP (ak boli žiadané) vykoná zdravotná poisťovňa najneskôr do 25-tich dní od ich doručenia kontrolu vecnej správnosti a úplnosti údajov liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín vykazovaných na úhradu do zdravotnej poisťovne na základe dispenzačných záznamov ako aj kontrolu oprávnenosti ich úhrady v zmysle VZP.

6.17. Pokiaľ sú v dispenzačných záznamoch uvedené nesprávne alebo neúplné údaje alebo s tým súvisiace lieky, zdravotnícke pomôcky, dietetické potraviny alebo výkony očkovaní sú vykázané na úhradu v rozpore s touto zmluvou, zdravotná poisťovňa spracuje tieto zistenia do súhrnného prehľadu, ktorý obsahuje uznané a neuznané dispenzačné záznamy spracované za predchádzajúce zúčtovacie obdobie (ďalej len „súhrnný prehľad“). Oprávnenie zdravotnej poisťovne vykonať u poskytovateľa kontrolu v súlade s časťou VIII VZP nie je týmto dotknuté. Zdravotná poisťovňa zašle súhrnný prehľad poskytovateľovi pred uplynutím lehoty podľa bodu 6.16. VZP. Spolu so súhrnným prehľadom zdravotná poisťovňa zasiela poskytovateľovi zdravotnou poisťovňou vystavený opravný účtovný doklad (dobropis alebo farchopis) na sumu vo výške rozdielu medzi poskytovateľom fakturovanou sumou a sumou uznanou zdravotnou poisťovňou podľa súhrnného prehľadu. V prípade formálne a vecne správnej faktúry je fakturovaná výška úhrady zhodná s výškou úhrady uznanou zdravotnou poisťovňou podľa súhrnného prehľadu zaslaného zdravotnou poisťovňou poskytovateľovi.

6.18. Ak poskytovateľ napriek zaslaniu opravného účtovného dokladu podľa bodu 6.17. tejto časti nesúhlasí s neuznanými dispenzačnými záznamami, má právo ich reklamovať a písomne odôvodniť vykázanie s tým súvisiacich neuhradených liekov, zdravotníckych pomôcok, dietetických potravín alebo výkonov očkovaní zdravotnej poisťovni do 10-tich dní od doručenia súhrnného prehľadu. Zdravotná poisťovňa zašle poskytovateľovi písomné stanovisko k podanej reklamácií do 10-tich dní od jej doručenia. Ak zdravotná poisťovňa akceptuje vykázanie reklamovaných sporných liekov, zdravotníckych pomôcok, dietetických potravín alebo výkonov očkovaní zdravotnej poisťovni, poskytovateľ s tým súvisiace pôvodne neuznané dispenzačné záznamy stornuje a opätovne odošle do zdravotnej poisťovne. Opätovne odoslané dispenzačné záznamy podľa predchádzajúcej vety zdravotná poisťovňa spracuje pri ďalšom zúčtovaní.

6.19. Ak zdravotná poisťovňa neakceptuje reklamáciu podľa bodu 6.18. VZP, poskytovateľ môže požiadať 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 súhrnného prehľadu. O výsledku rokovania sa vyhotoví písomný záznam, ktorého jeden rovnopis bude zaslaný poskytovateľovi niektorým zo spôsobov uvedeným v bode 10.1. VZP. V prípade, že výsledkom rokovania zmluvných strán bude akceptácia reklamovaných sporných liekov, zdravotníckych pomôcok, dietetických potravín alebo výkonov očkovaní zdravotnej poisťovni, poskytovateľ s tým súvisiace pôvodne neuznané dispenzačné záznamy stornuje a opätovne odošle do zdravotnej poisťovne. Opätovne odoslané dispenzačné záznamy podľa predchádzajúcej vety zdravotná poisťovňa spracuje pri ďalšom zúčtovaní.

6.20. Zmluvné strany sa dohodli, že splatnosť formálne a vecne správnej faktúry je 30 dní odo dňa jej doručenia

zdravotnej poisťovni, najskôr však splatnosť začína plynúť prvým dňom nasledujúcim po skončení zúčtovacieho obdobia, za ktoré sa faktúra predkladá. V prípade doručenia vecne nesprávnej faktúry, sa táto faktúra považuje za formálne a vecne správnu až doručením formálne a vecne správneho a poskytovateľom potvrdeného opravného účtovného dokladu zdravotnej poisťovni. V prípade, že formálne a vecne správny opravný účtovný doklad je doručený zdravotnej poisťovni do 25-tich dní od doručenia vecne nesprávnej faktúry alebo od prvého dňa nasledujúceho po skončení zúčtovacieho obdobia (podľa toho, čo nastalo neskôr), splatnosť takto opravenej faktúry je 30 dní od doručenia vecne nesprávnej faktúry zdravotnej poisťovni alebo od prvého dňa nasledujúceho po skončení zúčtovacieho obdobia (podľa toho, čo nastalo neskôr). V prípade, že formálne a vecne správny opravný účtovný doklad je zdravotnej poisťovni 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.

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

6.22. Ak bolo v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi bolo potrebné vytvoriť výpis z lekárskeho predpisu, pre účely tejto časti sa naň vzťahujú rovnaké podmienky ako pre lekárske predpis.

6.23. Poskytovateľ zodpovedá za správnosť, pravdivosť a úplnosť vykazovaných údajov.

6.24. V prípade neprevzatia zdravotníckej pomôcky na mieru poistencom ani po opakovanej písomnej výzve poskytovateľa doporučenou poštou, nevyhnutne vynaložené náklady v súvislosti so zhotovením poistencom neprevzatej zdravotníckej pomôcky na mieru sa uhrádzajú na podklade dispenzačného záznamu, ktorý poskytovateľ vytvorí v posledný deň doby platnosti lekárskeho poukazu alebo preskripčného záznamu. Za nevyhnutne vynaložené náklady sa na účely zmluvy považujú náklady vynaložené na zhotovenie zdravotníckej pomôcky na mieru po odpočítaní ceny komponentov, ktoré je možné opakovane použiť. Tento postup platí obdobne aj v prípade neprevzatia zdravotníckej pomôcky na mieru, doručovanej poistencom poštou alebo zásielkovou službou. Poskytovateľ k faktúre priloží kópie dokladov o písomnom poučení poistenca o povinnosti prevziať si na základe výzvy poskytovateľa zdravotnícku pomôcku na mieru; toto poučenie musí byť podpísané poistencom alebo jeho zákonným zástupcom.

Časť VII Spôsob úhrady optických zdravotníckych pomôcok a platobné podmienky

7.1. Pri výdaji a úhrade optických zdravotníckych pomôcok a zhotovovaní, oprave, úprave, výdaji a úhrade optických zdravotníckych pomôcok na mieru (ďalej spoločne aj „zdravotnícka pomôcka“) sa výška a podmienky úhrady zdravotnou poisťovňou a výška úhrady poistenca riadia zákonom č. 363/2011 Z. z., zoznamom kategorizovaných zdravotníckych pomôcok a zoznamom zdravotníckych pomôcok na mieru.

7.2. Zdravotná poisťovňa na základe verejného zdravotného poistenia plne alebo čiastočne uhrádza optické zdravotnícke pomôcky zaradené v zozname kategorizovaných zdravotníckych pomôcok a optické zdravotnícke pomôcky na mieru zaradené v zozname zdravotníckych pomôcok na mieru, poskytnuté v rámci ambulantnej starostlivosti alebo lekárenskej starostlivosti, ktoré sú predpísané a použité v súlade s preskripčnými obmedzeniami, indikačnými obmedzeniami, množstvovými limitmi, finančnými limitmi a obmedzeniami úhrady zdravotnej poisťovne na ich predchádzajúci súhlas uvedený v týchto zoznamoch.

7.3. Zoznam kategorizovaných zdravotníckych pomôcok zverejňuje Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len „MZ SR“) na svojom webovom sídle vždy k prvému dňu kalendárneho štvrťroka; zoznam zdravotníckych pomôcok na mieru vydáva MZ SR opatrením.

7.4. Zdravotná poisťovňa na základe poskytovateľom predložených faktúr vystavených v súlade s príslušnými právnymi predpismi a touto zmluvou, uhradí poskytovateľovi plne alebo čiastočne hrazené zdravotnícke pomôcky vydané jej poistencom.

7.5. Účtovný doklad – faktúru (ďalej len „faktúra“) na úhradu zdravotníckych pomôcok vydaných v zúčtovacom období poskytovateľ doručí zdravotnej poisťovni spravidla do 15-tich kalendárnych dní po skončení zúčtovacieho obdobia, ktorým je kalendárny mesiac. V prípade doručenia faktúry pred uplynutím zúčtovacieho obdobia sa za deň doručenia faktúry považuje prvý kalendárny deň nasledujúceho mesiaca.

7.6. Povinnými prílohami faktúry na úhradu zdravotníckych pomôcok sú:

- a) elektronicky spracované dávky na dátovom médiu obsahujúce zoznam lekárskeho poukazu v dátovom rozhraní určenom metodickým usmernením o spracovaní a vykazovaní lekárskeho predpisu a lekárskeho poukazu elektronickou formou v platnom znení vydaným Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou za každý zväzok podľa písm. b) tohto bodu,
- b) originály riadne vyplnených a otaxovaných lekárskeho poukazu roztriedené podľa bodu 3.11. písm. f) VZP a uložené do zväzkov maximálne po 200 kusov, pričom na každom lekárskom poukaze bude uvedené jeho poradové číslo v danom zväzku. Každý zväzok bude označený názvom poskytovateľa, názvom očnej optiky a číslom faktúry, ku ktorej je príslušný, počtom lekárskeho poukazu, poradovým číslom zväzku a sumou za všetky lekárske poukazy v príslušnom zväzku.

7.7. Zdravotná poisťovňa vykoná kontrolu formálnych náležitostí doručenej faktúry. Pod kontrolou formálnych náležitostí faktúry zmluvné strany rozumejú kontrolu náležitostí faktúry ako účtovného dokladu a kontrolu existencie povinných príloh spracovaných v rozsahu a za podmienok uvedených v bode 2 tejto časti. Ak zistí, že faktúra, alebo jej povinné prílohy, nie sú v zmysle uvedeného formálne správne, vráti ju poskytovateľovi najneskôr do 15-tich pracovných dní odo dňa jej doručenia do zdravotnej poisťovne na jej doplnenie alebo opravu, spolu s uvedením dôvodu jej vrátenia. V prípade vrátenia formálne nesprávnej faktúry poskytovateľovi plyní lehota stanovená pre kontrolu vecnej správnosti údajov uvedená v bode 7.8. tejto časti a lehota splatnosti dohodnutá v bode 7.11. tejto časti odo dňa doručenia formálne správnej faktúry do zdravotnej poisťovne.

7.8. U formálne správnej faktúry vykoná zdravotná poisťovňa najneskôr do 25-tich dní odo dňa jej doručenia kontrolu vecnej správnosti údajov uvedených vo faktúre. Zdravotná poisťovňa preverí správnosť a úplnosť údajov vykazovaných zdravotníckych pomôcok.

7.9. Pokiaľ sú vo faktúre uvedené nesprávne alebo neúplné údaje a zdravotnícke pomôcky sú fakturované v rozpore s touto zmluvou, zdravotná poisťovňa spracuje tieto zistenia do elektronického chybového protokolu² (ďalej len „chybový protokol“), ktorý obsahuje spätné chybové dávk. Oprávnenie zdravotnej poisťovne vykonať u poskytovateľa kontrolu všetkých údajov uvedených vo faktúre v súlade s časťou VIII VZP nie je týmto dotknuté. Zdravotná poisťovňa chybový protokol zašle poskytovateľovi najneskôr do 25 dní odo dňa doručenia formálne správnej faktúry. Spolu s chybovým protokolom zdravotná poisťovňa zasiela poskytovateľovi neuznané lekárske poukazy, súhrnný prehľad výsledku spracovania faktúry a zdravotnou poisťovňou vystavený opravný účtovný doklad (dobropis alebo ľarchopis) na sumu vo výške rozdielu medzi poskytovateľom fakturovanou sumou a sumou uznanou podľa súhrnného prehľadu výsledku spracovania faktúry. V prípade formálne a vecne správnej faktúry je fakturovaná výška úhrady zhodná s výškou úhrady uznanou zdravotnou poisťovňou podľa súhrnného prehľadu výsledku spracovania faktúry zaslaného zdravotnou poisťovňou poskytovateľovi.

7.10. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi faktúru vo výške sumy uznannej podľa súhrnného prehľadu výsledku spracovania faktúry, ak poskytovateľ vystaví a zdravotnej poisťovni doručí vlastný opravný účtovný doklad (dobropis alebo ľarchopis) na sumu vo výške rozdielu medzi fakturovanou sumou a sumou uznanou podľa súhrnného prehľadu výsledku spracovania faktúry alebo zdravotnej poisťovni doručí pečiatkou a svojim podpisom potvrdený opravný účtovný doklad vystavený a poskytovateľovi doručený zdravotnou poisťovňou podľa bodu 7.9. tejto časti. Doručením formálne a vecne správneho opravného účtovného dokladu zdravotnej poisťovni sa faktúra považuje za vecne správnu.

7.11. Zmluvné strany sa dohodli, že splatnosť formálne a vecne správnej faktúry je 30 dní odo dňa jej doručenia zdravotnej poisťovni. V prípade doručenia vecne nesprávnej faktúry, podľa bodu 7.7. tejto časti sa táto faktúra považuje za formálne a vecne správnu až doručením formálne a vecne správneho opravného účtovného dokladu. V prípade, že formálne a vecne správny opravný účtovný doklad je doručený zdravotnej poisťovni do 25-tich dní od doručenia vecne nesprávnej faktúry, splatnosť takto opravenej faktúry je 30 dní od doručenia vecne nesprávnej faktúry zdravotnej poisťovni. V prípade, že formálne a vecne správny opravný účtovný doklad je zdravotnej poisťovni 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.

7.12. K splneniu záväzku zdravotnej poisťovne dôjde dňom pripísania finančných prostriedkov za fakturované zdravotnícke pomôcky na účet poskytovateľa.

7.13. Faktúry, ako aj opravné účtovné doklady sa považujú za doručené do zdravotnej poisťovne, ak sú doručené na adresu sídla Union zdravotnej poisťovne; a.s.; uvedené neplatí v prípade doručovania podľa bodu 10.2. VZP.

7.14. Poskytovateľ zodpovedá za správnosť, pravdivosť a úplnosť vykazovaných údajov.

7.15. Pri vyúčtovaní zdravotníckych pomôcok poskytnutých osobám z členských štátov Európskej únie, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska a držiteľom preukazu Union zdravotná poisťovňa, a. s., s označením „EÚ“ sa postupuje podľa platného odborného usmernenia MZ SR uverejneného vo Vestníku MZ SR a v zmysle popisu spôsobu vykazovania poskytnutej lekárenskej starostlivosti v platných dátových rozhraniach pre vykazovanie poskytnutej starostlivosti.

Časť VIII Kontrolná činnosť

8.1. Zdravotná poisťovňa vykonáva kontrolnú činnosť u poskytovateľa zameranú na účelnosť, efektívnosť a hospodárnosť vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia, rozsah a kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti, ošetrovateľskej starostlivosti, lekárenskej starostlivosti a služby súvisiacej so zabezpečovaním starostlivosti o poistencov, dodržiavanie všeobecne záväzných právnych predpisov a zmluvných podmienok ako aj činnosť zameranú na kontrolu kusovej evidencie liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín podľa príslušných 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 primerane podľa tejto časti a príslušných ustanovení zákona č. 581/2004 Z. z.

8.2. Zdravotná poisťovňa vykonáva kontrolnú činnosť podľa bodu 8.1. VZP 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“).

8.3. 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, pri ošetrovateľskej starostlivosti v dennej dobe a pri lekárenskej starostlivosti a v očných optikách v čase otváracích 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 resp. v dennej dobe resp. v čase otváracích hodín, pričom kontrola nesmie v tomto prípade podstatným spôsobom narušiť bežnú prevádzku pracovísk poskytovateľa.

8.4. Poverené osoby sú pri výkone kontroly oprávnené:

² Podľa Metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou č. 3/2012 v platnom znení.

- 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.

8.5. Poskytovateľ je povinný umožniť povereným osobám vykonanie kontroly a poskytnúť im požadované informácie, všetky požadované listiny a dokumentáciu, ktoré je povinný viesť a archivovať v zmysle príslušných právnych predpisov, potrebnú súčinnosť pri výkone kontroly a zdržať sa konania, ktoré by mohlo mariť výkon kontrolnej činnosti. Na neskôr predložené požadované informácie alebo dokumenty zdravotná poisťovňa nemusí prihliadať. V prípade, že revíznym lekárom zdravotnej poisťovne nemu dostupnými technickými prostriedkami pre účely kontroly na diaľku nemá k dispozícii k nahliadnutiu zápis do zdravotnej dokumentácie v potrebnom rozsahu v portáli eZdravie, je poskytovateľ povinný na žiadosť revízneho lekára poskytnúť mu scan požadovanej súčasti zdravotnej dokumentácie, a to pridaním dokumentu k rozpracovanej faktúre podanej prostredníctvom online pobočky zdravotnej poisťovne. Pre účely posúdenia hospitalizačného prípadu sa za zápis do zdravotnej dokumentácie v potrebnom rozsahu podľa predchádzajúcej vety považuje lekárska prepúšťacia správa, ktorá okrem základných náležitostí v samotnej časti zdravotných údajov (najmä osobná anamnéza, rodinná anamnéza, terajšie ochorenia, výsledky vyšetrení, kompletná epikríza, súhrn diagnóz,...) v opise priebehu hospitalizácie obsahuje aj súhrn operačného protokolu, kde bude jednoznačne popísaný operačný alebo intervenčný výkon, typ anestézie, čas trvania výkonu a v prípade umelej pľúcnej ventilácie obsahuje aj presný začiatok a ukončenie ventilácie.

8.6. 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.

8.7. Poverené osoby vypracujú protokol o kontrole podľa bodu 8.6. písm. b) VZP, ktorý zašlú poskytovateľovi v lehote do 20 kalendárnych dní odo dňa skončenia kontroly. Za ukončenie kontroly sa pre účely tohto bodu považuje vykonanie všetkých úkonov, ktoré zdravotná poisťovňa považuje za potrebné pre posúdenie predmetu kontroly. Protokol o kontrole sa doručuje štatutárnemu zástupcovi poskytovateľa osobne proti podpisu alebo doporučenou poštou alebo kuriérom službou na adresu sídla poskytovateľa alebo prostredníctvom podateľne poskytovateľa.

8.8. 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 10 kalendárnych dní odo dňa doručenia písomného vyjadrenia zdravotnej poisťovne k námietkam poskytovateľa.

8.9. 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.

8.10. 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 kuriérom službou na adresu sídla poskytovateľa alebo prostredníctvom podateľne poskytovateľa.

8.11. 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 8.8. VZP alebo márnym uplynutím lehoty na podanie písomného vyjadrenia k zápisnici k protokolu o kontrole. Ustanovenie bodu 8.10. VZP tým nie je dotknuté.

8.12. 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 kuriérom službou, vráti zdravotnej poisťovni ako nedoručené.

8.13. Za porušenie zmluvy zo strany poskytovateľa lekárenskej starostlivosti a očnej optiky sa považuje:

- a) fakturovanie liekov, zdravotníckych pomôcok, zdravotní alebo dietetických potravín, ku ktorým poskytovateľ na požiadanie nepredloží originály dokladov o ich nadobudnutí (faktúry, dodacie listy od dodávateľov) a doklady o kusovej evidencii,
- b) fakturovanie zdravotníckych pomôcok na mieru, ku ktorým poskytovateľ na požiadanie nepredloží originály dokladov o nadobudnutí komponentov a materiálov, z ktorých ich zhotovil, (faktúry, dodacie listy od dodávateľov)
- c) fakturovanie liekov, zdravotníckych pomôcok, zdravotníckych pomôcok na mieru alebo dietetických potravín, ktoré neboli poisťencovi vydané okrem prípadov uvedených v bode 6.24. VZP,

- d) duplicitná fakturácia liekov, zdravotníckych pomôcok, zdravotníckych pomôcok na mieru alebo dietetických potravín,
- e) fakturácia iného lieku, zdravotníckej pomôcky alebo dietetickej potraviny ako boli predpísané, ak takáto možnosť nevyplýva z príslušných právnych predpisov (generická substitúcia),
- f) fakturácia inej sily lieku, dietetickej potraviny alebo iného typu zdravotníckej pomôcky, ako boli predpísané,
- g) výdaj lieku, zdravotníckej pomôcky, zdravotníckej pomôcky na mieru alebo dietetickej potraviny v rozpore so všeobecne záväznými právnymi predpismi, preskripčným alebo indikačným obmedzením,
- h) výdaj inej zdravotníckej pomôcky ako bola predpísaná a vyfakturovaná zdravotnej poisťovni a zdravotnou poisťovňou uhradená,
- i) nedodržanie podmienok očkovania stanovených zmluvou a všeobecne záväznými právnymi predpismi,
- j) porušenie povinnosti uvedenej v čl. III bod 3.10. písm. d) a e) VZP.

Časť IX Následky porušenia niektorých povinností

9.1. V prípade, že zdravotná poisťovňa na základe vykonanej kontroly zistí, že poskytovateľ

- a) vykázal zdravotnej poisťovni poskytnutú zdravotnú starostlivosť nesprávne, t. j. v rozpore so zmluvou a/alebo všeobecne záväznými právnymi predpismi a/alebo revíznymi pravidlami zdravotnej poisťovne a/alebo ktorej poskytnutie v určitej časti nepreukázal v zdravotnej dokumentácii (ďalej len „nesprávne vykázaná starostlivosť“); a/alebo
- b) vykázal zdravotnú starostlivosť, ktorej poskytnutie vôbec nepreukázal v zdravotnej dokumentácii, ktorú je poskytovateľ povinný viesť v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi (ďalej len „neoprávnená úhrada“); za neoprávnenú úhradu sa považuje aj opakovane nesprávne vykázaná zdravotná starostlivosť,

a zdravotná poisťovňa takúto zdravotnú starostlivosť poskytovateľovi uhradila, poskytovateľ sa zaväzuje, že zdravotnej poisťovni vráti úhradu za nesprávne vykázanú zdravotnú starostlivosť a/ alebo neoprávnenú úhradu alebo jej časť za podmienok podľa tejto časti. Ak zdravotná poisťovňa takúto zdravotnú starostlivosť poskytovateľovi ešte neuhradila, poskytovateľovi nevznikne nárok na jeho úhradu.

9.2. Ak v tejto časti nie je dojednaná osobitná zmluvná pokuta, zdravotná poisťovňa si môže voči poskytovateľovi v prípade zistenia:

- a) neoprávnenej úhrady uplatniť právo na zmluvnú pokutu až do výšky 50 % sumy takejto úhrady
- b) nesprávne vykázananej starostlivosti uplatniť právo na zmluvnú pokutu až do výšky 10 % úhrady, ktorá presiahla sumu 4 000 eur.

na základe výzvy zdravotnej poisťovne podľa bodu 9.4. VZP. V prípade zistenia nesprávne vykázananej zdravotnej starostlivosti, ktorej úhrada nepresiahla 4 000 eur, sa zmluvná pokuta neuplatňuje. Povinnosť vrátenia neoprávnenej úhrady alebo úhrady za nesprávne vykázanú zdravotnú starostlivosť nie je týmto ustanovením dotknutá.

9.3. Uplatnenie sankcií musí byť riadne zdôvodnené a musí sa pri nich prihliadať na stupeň porušenia povinností určených príslušnými právnymi predpismi a VZP, ako aj na skutočnosť, či ide o prvé alebo opakované porušenie. Zmluvné strany sa dohodli, že pre vrátenie neoprávnenej úhrady a/alebo úhrady za nesprávne vykázanú starostlivosť a/alebo úhradu zmluvnej pokuty sa nevyžaduje upozornenie druhej zmluvnej strany.

9.4. Zmluvné strany sa dohodli, že poskytovateľ vykoná vrátenie neoprávnenej úhrady a/alebo úhrady za nesprávne vykázanú starostlivosť a/alebo úhradu zmluvnej pokuty vo výške uplatnenej zdravotnou poisťovňou v lehote do 30 dní odo dňa doručenia písomnej výzvy zdravotnou poisťovňou. Zmluvné strany sa môžu dohodnúť, že neoprávnená úhrada a/alebo úhrada za nesprávne vykázanú starostlivosť a/alebo úhrada zmluvnej pokuty bude zdravotnej poisťovni vrátená vo forme splátok.

9.5. Ak poskytovateľ v lehote podľa bodu 9.4. VZP nevráti zdravotnej poisťovni neoprávnenú úhradu a/alebo úhradu za nesprávne vykázanú starostlivosť a/alebo neuhradí uplatnenú zmluvnú pokutu, respektíve nedodrží dohodnutý splátkový kalendár, je zdravotná poisťovňa oprávnená vykonať jednostranný zápočet týchto pohľadávok voči najbližšiemu splatnému vyúčtovaniu úhrady poskytovateľa a/alebo ďalším splatným vyúčtovaniam úhrady poskytovateľa.

9.6. V prípade, že zdravotná poisťovňa na základe vykonanej kontroly podľa časti VIII VZP zistí, že predpisujúci lekár poskytovateľa pri predpise liekov, zdravotníckych pomôcok alebo dietetických potravín nedodrжал 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 a § 120 zákona č. 362/2011 Z. z. 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 č. 362/2011 Z. z..

9.7. 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 dietetickej 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.

9.8. Poskytovateľ lekárenskej starostlivosti je povinný zaplatiť zdravotnej poisťovni zmluvnú pokutu až do výšky 100 % uhradeného plnenia v prípade, že zdravotná poisťovňa na základe vykonanej kontroly zistí neoprávnenosť poskytovateľom fakturovaného a realizovaného a zdravotnou poisťovňou uhradeného plnenia na základe porušenia bodu 8.13. Povinnosť vrátenia neoprávnenej úhrady nie je týmto ustanovením dotknutá. Body 9.3., 9.4 a 9.5. sa uplatnia primerane.

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

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

9.11. Ak poskytovateľ porušil povinnosť podľa časti III bod 3.6. písm. l) VZP 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 ako neoprávnenej úhrady, za každý kalendárny mesiac, v ktorom došlo k porušeniu uvedenej povinnosti; ak zdravotná poisťovňa paušálnu úhradu ešte neuhradila, poskytovateľovi nevznikne nárok na úhradu paušálnej úhrady za ten kalendárny mesiac, v ktorom došlo k porušeniu uvedenej povinnosti. Pre vrátenie neoprávnenej úhrady sa nevyžaduje upozornenie druhej zmluvnej strany. Poskytovateľ vykoná vrátenie neoprávnenej úhrady v lehote do 30 dní odo dňa doručenia písomnej výzvy zdravotnou poisťovňou.

9.12. 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..

Časť X Doručovanie

10.1. Ak v zmluve nie je uvedené inak, 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 časti I VZP.

10.2. Poskytovateľ zásielku - faktúru spolu s prílohami (s výnimkou rovnopisov lekárskeho poukazov), ako aj ostatné doklady podľa časti V, VI, VII a VIII VZP doručuje zdravotnej poisťovni elektronicky prostredníctvom Internetového portálu, ktorý prevádzkuje zdravotná poisťovňa na svojom webovom sídle a ktorého používanie upravujú Všeobecné podmienky podľa bodu 3.12. písm. a) VZP.

10.3. Zmluvné strany sa dohodli, že zásielky s výnimkou korešpondencie podľa časti V, VI, VII, VIII a bodu 11.5. VZP a korešpondencie obsahujúcej osobné údaje alebo údaje chránené podľa osobitných predpisov, sa môžu doručovať aj e-mailom.

10.4. Poskytovateľ sa zaväzuje pri podávaní žiadostí a nahlasovaní zmien prioritne využívať elektronické formuláre a iné elektronické nástroje Union ZP.

Časť XI Trvanie, zmena a zánik zmluvy

11.1. 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.

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

11.3. Zmluvné strany sa dohodli, že ak po uplynutí účinnosti prílohy zmluvy, ktorá má v zmluve dohodnutú účinnosť na dobu určitú, nedôjde medzi zmluvnými stranami k dohode o jej úprave, do doby dohody zmluvných strán platia ceny dohodnuté v danej prílohe zmluvy a jej účinnosť sa automaticky predlžuje až do doby nadobudnutia účinnosti dodatku k zmluve, ktorým sa daná príloha zmluvy upraví; účinnosť prílohy sa podľa tohto bodu v tomto prípade predlžuje najviac o tri kalendárne mesiace.

11.4. Ak niektoré ustanovenia tejto 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 tejto zmluvy, pokiaľ pri uzatváraní zmluvy zmluvné strany brali túto otázku do úvahy. Zmluvné strany sa zaväzujú vyvinúť maximálne úsilie za účelom odstránenia nesúladiu zmluvných dojednaní v dôsledku zmeny právnej úpravy uzatvorením dodatku k zmluve alebo uzavretím novej zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

11.5. Zmenu zmluvy je možné uskutočniť výlučne v písomnej forme na základe dohody zmluvných strán formou písomných a číslovaných dodatkov. Zmenu rozsahu zmluvy je možné uskutočniť aj formou akceptačného listu doručeného poskytovateľovi zo strany zdravotnej poisťovne, ak ide o novú prevádzku poskytovateľa v rámci už zmluvnej odbornosti a v rámci už zmluvného druhu odborného útvaru.

11.6. Zmluva:

- a) zaniká písomnou dohodou zmluvných strán,
- b) zaniká výpoveďou (podľa § 7 ods. 11 a ods. 15 zákona č. 581/2004 Z. z. a § 21 ods. 12 zákona č. 362/2011 Z. z.),
- c) zaniká okamžitým skončením v prípade zrušenia povolenia alebo zániku zdravotnej poisťovne alebo v prípade zrušenia alebo zániku povolenia poskytovateľa na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia; ak poskytovateľ prevádzkuje zdravotnícke zariadenia na základe viacerých samostatných povolení a niektoré z nich (nie však všetky) bolo zrušené bez súčasného vydania nového povolenia, zmluva nezaniká, iba sa zužuje dohodnutý rozsah poskytovanej starostlivosti o zdravotnícke zariadenie/zariadenia, ktoré boli prevádzkované na základe povolenia, ktoré bolo zrušené,
- d) zaniká smrťou alebo vyhlásením za mŕtveho u poskytovateľa - fyzickej osoby alebo zánikom právnickej osoby poskytovateľa lekárenskej starostlivosti, zrušením živnostenského oprávnenia poskytovateľa,
- e) zaniká uplynutím posledného dňa účinnosti príloh, pri ktorých je dohodnutá účinnosť na dobu určitú, podľa bodu 11.3.,
- f) môže zaniknúť jednostranným odstúpením zdravotnej poisťovne, ak poskytovateľ nevykáže zdravotnej poisťovni zdravotnú starostlivosť 12 po sebe nasledujúcich mesiacov,
- g) sa prerušuje v prípade dočasného pozastavenia povolenia poskytovateľa; k prerušeniu zmluvy dôjde prvým dňom nasledujúcim po dni nadobudnutia právoplatnosti rozhodnutia o dočasnom pozastavení povolenia. Prerušuje sa aj v prípade pozastavenia prevádzkovania živnosti poskytovateľovi,

11.7. Zdravotná poisťovňa je oprávnená odstúpiť od zmluvy ak poskytovateľ poruší povinnosti podľa § 23 ods. 1 písm. z) zákona č. 362/2011 Z. z.; zmluva zaniká dorúčením písomného odstúpenia s uvedením dôvodu poskytovateľovi.

11.8. Zmluvné strany sa dohodli, že ak sa zdravotná poisťovňa rozhodne nepokračovať v zmluvnom vzťahu podľa tejto zmluvy a z toho dôvodu poskytovateľovi nepredložiť návrh na predĺženie účinnosti prílohy č. 2 k tejto zmluve, jej účinnosť dohodnutá podľa **tejto zmluvy** sa predlžuje o tri kalendárne mesiace; písomné oznámenie rozhodnutia o nepokračovaní v zmluvnom vzťahu je zdravotná poisťovňa povinná zaslať doporučenou poštou na korešpondenčnú adresu poskytovateľa najneskôr 30 dní pred uplynutím doby účinnosti prílohy č. 2 k tejto zmluve. V prípade, že zdravotná poisťovňa nezašle poskytovateľovi oznámenie o nepokračovaní v zmluvnom vzťahu v dohodnutej lehote podľa predchádzajúcej vety, je povinná zaslať poskytovateľovi návrh dodatku k zmluve na predĺženie účinnosti prílohy č. 2 k tejto zmluve o 6 kalendárnych mesiacov v lehote 14 dní pred uplynutím jej účinnosti podľa **tejto zmluvy**.

Časť XII Protikorupčná doložka

12.1. Zmluvné strany sa nesmú dopustiť, nesmú schváliť, ani povoliť žiadne konanie v súvislosti s dojednávaním, uzatváraním alebo plnením tejto zmluvy, ktoré by spôsobilo, že by zmluvné strany alebo osoby konajúce v ich mene porušili akékoľvek platné protikorupčné všeobecne záväzné právne predpisy. Táto povinnosť sa vzťahuje najmä na neoprávnené plnenia, vrátane platieb s cieľom urýchliť bežné činnosti (tzv. facilitation payments).

12.2. Zmluvné strany sa zaväzujú, že neponúknu, neposkytnú, ani sa nezaviažu poskytnúť žiadnemu zamestnancovi ani osobe konajúcej v mene druhej zmluvnej strany, a rovnako neprijmú, ani sa nezaviažu prijať od žiadneho zamestnanca ani od osoby konajúcej v mene druhej zmluvnej strany žiadnu peňažnú alebo inú neprímeranú výhodu, v súvislosti s dojednávaním, uzatváraním alebo plnením tejto zmluvy.

12.3. Zmluvné strany sa zaväzujú bezodkladne informovať druhú zmluvnú stranu, pokiaľ si budú vedomé alebo budú mať konkrétne podozrenie na korupciu pri dojednávaní, uzatváraní alebo pri plnení tejto zmluvy. O tomto podozrení dodávateľ informuje Union prioritne na e-mailovú adresu: union.pravne@union.sk. Zároveň sú zmluvné strany povinné poskytovať si potrebnú súčinnosť pri objasňovaní takéhoto podozrenia.

12.4. V prípade, že akýkoľvek dar alebo výhoda v súvislosti s dojednávaním, uzatváraním alebo plnením tejto zmluvy je poskytnutý zmluvnej strane alebo zástupcovi zmluvnej strany v rozpore s touto časťou, môže zmluvná strana od tejto zmluvy odstúpiť. Rovnako tak je zmluvná strana oprávnená od tejto zmluvy odstúpiť, ak jej druhá zmluvná strana neposkytne súčinnosť podľa predchádzajúceho odseku.

12.5. Dodávateľ podpisom tejto Zmluvy vyhlasuje, že nie je v konflikte záujmov vo vzťahu k zamestnancom Unionu, ktorí by mohli ovplyvniť realizáciu predmetu tejto zmluvy.

12.6. Dodávateľ podpisom tejto zmluvy vyhlasuje, že bol oboznámený s Vyhlásením o udržateľnosti pre obchodných partnerov, ako je zverejnené na www.union.sk v sekcii Udržateľnosť, a zaväzuje sa ho dodržiavať.

Časť XIII Záverečné ustanovenia

13.1. Jednotlivé ustanovenia VZP sú záväzné pre poskytovateľa, ak sa vzťahujú na ten druh zdravotnej starostlivosti, ktorý je predmetom Zmluvy.

13.2. Poisťovňa je oprávnená zmeniť VZP z dôvodu zmeny právnych predpisov, zmeny a zvyšovania kvality technických, informačných, bezpečnostných a iných parametrov poskytovania verejného zdravotného poistenia.

13.3. Zmenu VZP podľa bodu 2 tejto časti poisťovňa oznamuje zverejnením na svojom webovom sídle najneskôr 15 dní pred dňom účinnosti zmeny. Poisťovňa sa zaväzuje v čase zverejnenia zmeny VZP, podľa predchádzajúcej vety, informovať spravidla elektronickou poštou poskytovateľa o zmene VZP. Poskytovateľ nesúhlas so zmenou VZP musí oznámiť poisťovni najneskôr 7 pracovných dní od odoslania oznámenia podľa predchádzajúcej vety, pričom ak poskytovateľ takto oznámi zdravotnej poisťovni svoj nesúhlas s novými VZP, platia pre poskytovateľa VZP, s ktorými naposledy súhlasil (konkludentne alebo v zmluve), pokiaľ sa zmluvné strany nedohodli inak. Ak poskytovateľ neoznámí

svoj nesúhlas v zmysle a za podmienok podľa predchádzajúcej vety tohto bodu zmluvy, má sa za to, že poskytovateľ so zmenou VZP súhlasí (konkludentný súhlas).

13.4. Všeobecné zmluvné podmienky nadobúdajú účinnosť 01.04.2026.

Kapitola B Podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti

Časť – Všeobecné ustanovenia k výkonom telemedicíny

1. Výkony telemedicíny sa u poskytovateľov všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti a špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti uhrádzajú za podmienok uvedených v tejto tabuľke:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady
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 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.
1c*	Krízová psychoterapeutická intervencia alebo Individuálna psychoterapia alebo psychodiagnostický rozhovor s pacientom prostredníctvom telefonického rozhovoru alebo videohovoru (1 000 bodov) Popis výkonu: 1. Krízová psychoterapeutická intervencia v trvaní najmenej 45 minút – obsahuje cieľnú 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 odporúčení 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 odporúčení 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 vykazovanie v jednom liečebnom prípade vyžaduje osobitné zdôvodnenie v zdravotnej dokumentácii.
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 webovovú 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 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.
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 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 terapeutickje 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. 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.

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

Časť - Všeobecná ambulantná starostlivosť pre dospelých

1. V kapitácii za kapitovaného poistenca nie je zahrnutá úhrada za zdravotné výkony poskytnuté kapitovanému poistencovi, ktoré sa podľa tejto časti uhrádzajú u kapitovaného poistenca cenou bodu alebo cenou výkonu.

2. Ak nie je dojednané inak, u kapitovaného poistenca a poistenca EÚ, ktorý má na to právny nárok v zmysle príslušných všeobecne záväzných právnych predpisov, sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony za podmienok úhrady uvedených v tejto tabuľke:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady
159b	Preventívne vyšetrenie celkového cholesterolu Vykazuje sa - s kódom choroby Z00.1, Z00.0 alebo Z52* u darcov krvi alebo Z85.9 u pacientov po absolvovanej onkologickej liečbe odporúčaných na ďalšie sledovanie u lekára so špecializáciou všeobecné lekárstvo, - s výkonom 160 u poistencov vo veku od 18 rokov
3671	Glukóza Vykazuje sa - s kódom choroby Z00.1, Z00.0 alebo Z52* u darcov krvi alebo Z85.9 u pacientov po absolvovanej onkologickej liečbe, odporúčaných na ďalšie sledovanie u lekára so špecializáciou všeobecné lekárstvo, - s výkonom 160
252b	Očkovanie pri očkovaní proti chrípke sa vykazuje s kódom choroby Z25.1 pri povinnom očkovaní proti diftérii a tetanu sa vykazuje s kódom choroby Z00.0 alebo Z23.5 pri očkovaní proti vírusovej hepatitíde typu A sa vykazuje s kódom choroby Z20.5 alebo Z24.6 pri očkovaní proti vírusovej hepatitíde typu B sa vykazuje s kódom choroby Z20.5 alebo Z24.6 pri očkovaní proti vírusovej hepatitíde typu A + B sa vykazuje s kódom choroby Z20.5 alebo Z24.6 pri očkovaní proti meningokokovej meningitíde sa vykazuje s kódom choroby Z20.8 pri očkovaní proti kliešťovej encefalitíde sa vykazuje s kódom choroby Z24.1 pri očkovaní proti pneumokokom sa vykazuje s kódom Z23.8 v zmysle indikačných obmedzení pri očkovaní proti osýpkam sa vykazuje s kódom choroby Z27.4, Z27.8 alebo Z24.4 pri očkovaní proti ochoreniu COVID-19 sa vykazuje s kódom choroby Z25.7, Z25.70, Z25.71 alebo Z25.79 podľa očkovacej látky
25 26 29	Návštevy Výkony je možné vykázat: - u poistencov imobilných alebo so zhoršeným zdravotným stavom, ktorý mu neumožňuje absolvovať vyšetrenie v ambulancii, - s výkonom 252b, ak ide o vykonanie očkovania na základe rozhodnutia regionálneho úradu verejného zdravotníctva alebo Úradu verejného zdravotníctva SR u poistencov, ktorí dlhodobo odmietajú dostaviť sa do ambulancie poskytovateľa za účelom vykonania očkovania. O uvedených skutočnostiach vykoná poskytovateľ záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca. Návštevný výkon sa akceptuje max. 1x za deň v rámci návštevy jedného miesta, a to aj v prípade, ak sa na tej istej adrese poskytuje starostlivosť viacerým poistencom. Ďalšie výkony pri návšteve možno vykazovať za podmienok stanovených zmluvou.
4;5;6;30	Štandardné vyšetrenia jedného orgánového systému Výkony sa vykazujú nasledovne: - výkon 4 s výkonom 25 alebo 26 - výkon 5 s výkonom 26 a s výkonom 30 - výkon 6 s výkonom 26 alebo 29 a s výkonom 30 - výkon 30 s výkonom 26 alebo 29
40	Zotrúvanie poskytovateľa pri poistencovi mimo ambulancie cez deň (za každú začatú polhodinu), najmä v súvislosti s potrebou jeho zotrúvania do príchodu záchranej zdravotnej služby zabezpečujúcej prevoz poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti; vyžaduje sa odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii poistenca.
41	Zotrúvanie poskytovateľa pri poistencovi mimo ambulancie v noci medzi 20.00 a 7.00 hodinou (za každú začatú polhodinu), najmä v súvislosti s potrebou jeho zotrúvania do príchodu záchranej zdravotnej služby zabezpečujúcej prevoz poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti; vyžaduje sa odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii poistenca.
5702*	Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie aspoň s 10 QRS komplexami , ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil. Vyhotovený EKG záznam zostáva súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca.
5300*	USG vyšetrenie – hornej časti brucha Výkon je možné: - vykazovať najviac 1x za deň, - kombinovať aj s výkonmi 25, 26 alebo 29. Podmienkou úhrady je potvrdenie o odbornej spôsobilosti poskytovateľa (lekára) – zdokladovanie certifikátu o spôsobilosti vykonávať dané vyšetrenia vydaného na to oprávnenou slovenskou vzdelávacou ustanovitzňou alebo zdokladovanie certifikátu uznaného Ministerstvom zdravotníctva SR.

5301*	USG vyšetrenie – jedného orgánu alebo orgánového systému Výkon je možné: - vykazovať najviac 1x za deň (maximálne 6x za kalendárny rok), - kombinovať aj s výkonmi 25, 26 alebo 29, - realizovať aj s využitím metódy POCUS (point of care ultrasound) za podmienok: • vykonáva sa pri závažnej zmene zdravotného stavu pacienta, ktorá vyžaduje rýchlu diferenciálnu diagnostiku alebo diagnostiku prostredníctvom POCUS a liečbu, prípadne jej úpravu, • v cene výkonu je zahrnutý výkon POCUS, zaznamenanie a vyhodnotenie výsledku vyšetrenia v zdravotnej dokumentácii, návrh ďalšieho postupu, záznam o liečbe a prípadnej zmene liečby, termín kontrolného vyšetrenia a poučenie poistenca. Podmienkou úhrady je potvrdenie o odbornej spôsobilosti poskytovateľa (lekára) – zdokladovanie certifikátu o spôsobilosti vykonávať dané vyšetrenia vydaného na to oprávnenou slovenskou vzdelávacou ustanovitzňou, zdokladovanie certifikátu uznaného Ministerstvom zdravotníctva SR alebo predloženie dokladu o absolvovaní kreditového kurzu vydaného odbornou spoločnosťou a uznaného zdravotnou poisťovňou.
4571a*	C - reaktívny proteín, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil (380 bodov).
60	Komplexné vyšetrenie poistenca pri prevzatí dospeléj osoby do zdravotnej starostlivosti ako prvého komplexného vyšetrenia s vystavením zdravotného záznamu. Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok: – Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z. – Poskytovateľ poskytne poistencovi komplexné vyšetrenie (kompletná anamnéza, vyšetrenie všetkých orgánových systémov, založenie zdravotnej dokumentácie a stanovenie diagnostického záveru a diagnostického a liečebného plánu) v termíne do 60 dní od podpísania dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. – Kontrola povinného očkovania poistenca. – Kontrola poslednej preventívnej prehliadky poistenca. Výkon je možné kombinovať s výkonom 5702 u poistencov starších ako 40 rokov, ak ho poskytovateľ sám urobil a vyhodnotil.
60b	Základné predoperačné vyšetrenie zahŕňa potrebné odbery krvi, zhodnotenie laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení a zaradenie pacienta do rizikovej skupiny ASA. Ak ďalej nie je uvedené inak, výkon možno vykazovať iba raz v rámci jednej operácie, výkon sa vykazuje s kódom choroby, pre ktorú je poistenec plánovaný na operáciu. Zdravotná poisťovňa akceptuje vykázanie výkonu: a) ak predoperačné vyšetrenie bolo kompletne vykonané u všeobecného lekára pre dospelých (vrátane predoperačného EKG), b) aj opakovane pre účely toho istého operačného zákroku, ak je predoperačné vyšetrenie opakované z dôvodu zrušenia operačného zákroku alebo z iného medicínskeho dôvodu uplynutia platnosti predoperačného vyšetrenia podľa klasifikácie ASA. V prípade odoslania poistenca na vykonanie predoperačného vyšetrenia k lekárovi špecializovanej zdravotnej starostlivosti, zdravotná poisťovňa poskytne zdravotnú starostlivosť v súvislosti s predoperačným vyšetrením uhrádza v rámci kapitačnej platby za poistenca.
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 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-CoV2 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
159a	Preventívne vyšetrenie na okultné krvácanie v stolici Vykazuje sa pri pozitívnom výsledku - u poistencov vo veku nad 40 rokov 1x za dva kalendárne roky s kódom choroby Z00.0 alebo Z12.1 - u poistencov aj vo veku do 40 rokov s pozitívnou rodinnou anamnézou karcinómu hrubého čreva a konečníka s kódom choroby Z80.0
159z	Preventívne vyšetrenie na okultné krvácanie v stolici Vykazuje sa pri negatívnom výsledku - u poistencov vo veku nad 40 rokov 1x za dva kalendárne roky s kódom choroby Z00.0 alebo Z12.1 - u poistencov aj vo veku do 40 rokov s pozitívnou rodinnou anamnézou karcinómu hrubého čreva a konečníka s kódom choroby Z80.0

159x	Preventívne vyšetrenie na okultné krvácanie v stolici Vykazuje sa pri neznámom / znehodnotenom teste - u poistencov vo veku nad 40 rokov 1x za dva kalendárne roky s kódom choroby Z00.0 alebo Z12.1 - u poistencov aj vo veku do 40 rokov s pozitívnou rodinnou anamnézou karcinómu hrubého čreva a konečníka s kódom choroby Z80.0
160	Základná preventívna prehliadka Vykazuje sa - 1x za 2 roky s kódom choroby Z00.0 alebo - 1x za rok u darcov krvi s kódom choroby Z52* alebo - 1x za rok u pacientov po absolvovanej onkologickej liečbe, odporúčaných na ďalšie sledovanie u lekára so špecializáciou všeobecné lekárstvo, s kódom choroby Z85.9. - s výkonom 5702 (výkon je hrazený osobitne) u poistencov, ktorí dovŕšili 40 rokov veku, ak ho poskytovateľ sám urobil a vyhodnotil, - aj s inými výkonmi, ak je v podmienkach ich úhrady uvedené, že sa vykazujú v rámci preventívnej prehliadky.
163	Vyšetrenie a včasné rozpoznanie hroziacej straty sebestačnosti u starých ľudí Obsahom zdravotného výkonu je realizácia testu na zistenie rizika kognitívneho deficitu, určeného zdravotnou poisťovňou (ďalej len „test zdravotnej poisťovne“) alebo MOCA testu, ktorý/ktorého - sa môže vykonať u poistencov vo veku nad 50 rokov maximálne 1x za dva kalendárne roky v rámci preventívnej prehliadky, alebo v prípade záujmu poistenca, - sa vykonáva 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 všeobecný lekár oznámi poistencovi, poskytne mu informácie a zabezpečí jeho ďalší manažment (napr. odporúčenie odborného vyšetrenia u špecialistu). 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.
250D	Delegovaný odber biologického materiálu na základe písomnej žiadosti SAS pri návšteve poistenca v ambulancii VLD. Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok: - poskytovateľ dodržiava podmienky zdravotnej indikácie v zmysle účelného, efektívneho a hospodárneho nakladania s prostriedkami verejných zdrojov.
629b*	Skriningový antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou Obsahová náplň výkonu: Skriningový, 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, respirátor musí byť prekrytý rúškom, ak má výdychový ventil, - 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. Výkon 629b nie je možné vzájomne kombinovať s výkonom 629a pri jednom vyšetrení pacienta.
1540	Odstránenie ušného mazu jednostranne Výplach zvukovodu (jedno ucho). Výkon sa uhrádza 2x ročne u jedného poistenca.
5702Z*	Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie aspoň s 10 QRS komplexami ako súčasť predoperačného vyšetrenia; vykazuje sa s výkonom 60b. Vyhotovený EKG záznam zostáva súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca. Zdravotná poisťovňa akceptuje vykazovanie výkonu aj opakované pre účely toho istého operačného zákroku, ak je predoperačné EKG opakované z dôvodu zrušenia operačného zákroku alebo z iného medicínskeho dôvodu uplynutia platnosti predoperačného vyšetrenia podľa klasifikácie ASA.

5715*	24 hodinové monitorovanie tlaku krvi pre diagnostiku a liečbu artériovej hypertenzie u dospelých pacientov v ambulancii všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti (ďalej aj ako „výkon AMTK v ambulancii VLD“). Výkon AMTK v ambulancii VLD pre účely tejto časti VZP zahŕňa meranie a vyhodnotenie tohto výkonu na základe Klinických indikácií pre meranie tlaku krvi mimo ambulancie na diagnostické účely, pokiaľ vyšetrenie nemožno nahradiť domácim monitorovaním tlaku krvi. Výkon sa uhrádza, ak: - pri realizácii výkonu AMTK v ambulancii VLD boli dodržané podmienky indikácie a štandardné terapeutické postupy, - indikácia poskytnutia výkonu zodpovedá klinickému stavu a stanoveným odporúčaniam, - kontrola vyšetrením maximálne 1x za kalendárny rok podľa zdravotného stavu poistenca; v prípade nutnosti častejšej kontroly písomné zdôvodnenie PZS, - v aktuálnom kalendárnom roku nebol výkon vykonaný v ambulancii špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti príslušného špecializačného odboru, - je zabezpečené správne vedenie a archivovanie zdravotnej dokumentácie pacienta vrátane písomného záznamu, vyhodnotenia vyšetrenia a diagnostického záveru.
H0003	Iniciálne vyšetrenie poistenca s artériovou hypertenziou a/alebo dyslipidémiou a/alebo obezitou a/alebo prediabetes Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok: Diferenciálna diagnostika artériovej hypertenzie a/alebo dyslipidémie a/alebo obezity a/alebo prediabetes. Ak ide o poistenca, ktorý má len izolovanú obezitu (t.j. nemá artériovú hypertenziu a/alebo dyslipidémiu a/alebo prediabetes), podmienkou úhrady je aj: • BMI: 30 – 34,99 (obezita I. stupňa) alebo 35 – 39,99 (obezita II. stupňa) alebo nad 40 (obezita III. stupňa) • a súčasne prítomný marker vysokého rizika vzniku metabolických a obehových komplikácií spojených s obezitou na základe distribúcie tuku - obvod pásu v cm: muži nad 102 cm, ženy nad 88 cm. Vykázanie výkonu maximálne 3x za kalendárny rok po stanovení diagnostického záveru a diagnostického a liečebného plánu zdravotnej poisťovni nad rámec kapitácie s príslušnou diagnózou zistenou pri vyšetrení. Za iniciálne vyšetrenie sa považuje stav, keď poistenec v bezprostredne predchádzajúcich 2 kalendárnych rokoch nebol sledovaný ani liečený pre artériovú hypertenziu a/alebo dyslipidémiu a/alebo obezitu a/alebo prediabetes. V cene výkonu je zahrnuté komplexné vyšetrenie poistenca, vyhodnotenie laboratórnych, doplnkových a pomocných vyšetrení, odporúčenie ďalšej diagnostiky a liečby a stanovenie ďalšieho postupu. V prípade hodnotenia laboratórnych alebo zobrazovacích vyšetrení pri iniciálnom vyšetrení poisťovňa akceptuje aj vyšetrenia, ktoré neboli realizované bezprostredne v čase vyšetrenia a dátum ich realizácie nie je starší ako 6 mesiacov (180 dní) pred vykonaním vyšetrenia a zároveň výsledok vyšetrení dosahoval fyziologické hodnoty a nie je žiadny medicínsky predpoklad, že výsledky by mohli byť významne zmenené. V tomto prípade je poskytovateľ povinný zaznamenať alebo založiť do zdravotnej dokumentácie všetky výsledky tak, aby bol zrejмый dátum ich realizácie a výsledok jednotlivých parametrov a jeho vyhodnotenie v rámci diferenciálnej diagnostiky alebo liečebného plánu. V prípade laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení realizovaných iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti alebo realizovaných za účelom iných potrebných vyšetrení, ktorých výsledok bol vo fyziologickom rozmedzí, poisťovňa ich bude akceptovať za podmienky, že neprekročili odporúčaný časový interval, pokiaľ budú zaznamenané v zdravotnej dokumentácii. Pokiaľ vyšetrenia a ich výsledky neboli realizované alebo neboli v rozmedzí fyziologických hodnôt, tak je potrebné ich vyšetriť a výsledok zaznamenať do zdravotnej dokumentácie poistenca. V opačnom prípade výkon H0003 nebude akceptovaný. Pokiaľ je potrebné, vzhľadom k zdravotnému stavu poistenca vykonať ďalšie doplňujúce vyšetrenia potrebné k diagnostike a liečbe poistenca s artériovou hypertenziou a/alebo dyslipidémiou a/alebo obezitou a/alebo prediabetes nad stanovený rámec, ošetrojúci lekár zdôvodní ich vykonanie a výsledky zaznamená do zdravotnej dokumentácie poistenca.
H0004	Kontrolné vyšetrenie poistenca s artériovou hypertenziou a/alebo dyslipidémiou a/alebo obezitou a/alebo prediabetes Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok: Vykázanie výkonu s príslušnou korektnou diagnózou: artériová hypertenzia a/alebo dyslipidémia a/alebo obezita a/alebo prediabetes maximálne 3x za kalendárny rok. V prípade vyššej frekvencie návštev je ďalšia poskytnutá zdravotná starostlivosť uhrádzaná cenou kapitácie. Ak ide o poistenca, ktorý má len izolovanú obezitu (t.j. nemá artériovú hypertenziu a/alebo dyslipidémiu a/alebo prediabetes), podmienkou úhrady je aj: • BMI: 30 – 34,99 (obezita I. stupňa) alebo 35 – 39,99 (obezita II. stupňa) alebo nad 40 (obezita III. stupňa) • a súčasne prítomný marker vysokého rizika vzniku metabolických a obehových komplikácií spojených s obezitou na základe distribúcie tuku - obvod pásu v cm: muži nad 102 cm, ženy nad 88 cm. Za kontrolné vyšetrenie sa považuje stav, keď poistenec má diagnostikovanú artériovú hypertenziu a/alebo dyslipidémiu a/alebo obezitu a/alebo prediabetes a je v starostlivosti všeobecného lekára a zároveň nie je

	pre dané diagnózy trvale sledovaný a pravidelne kontrolovaný (najmä dispenzarizovaný) alebo liečený u lekára - špecialistu, okrem pomocného alebo konziliárneho vyšetrenia u lekára špecialistu alebo iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti za účelom konzultácie alebo vykonania zobrazovacieho vyšetrenia. V prípade konfliktu (neuznania výkonu) zdravotná poisťovňa na základe reklamácie poskytovateľom zdravotnej starostlivosti vyúčtovania preverí text výmenného lístka a obsah požiadavky všeobecného lekára na poskytnutie zdravotnej starostlivosti v ambulancii lekára - špecialistu. V cene výkonu je zahrnuté komplexné vyšetrenie poistenca, vyhodnotenie výsledkov všetkých dostupných vyšetrení, odporúčenie ďalšej liečby a stanovenie ďalšieho postupu. Pokiaľ vyšetrenia a ich výsledky neboli realizované alebo neboli v rozmedzí fyziologických hodnôt, tak je potrebné ich vyšetriť a výsledok zaznamenať do zdravotnej dokumentácie poistenca. V opačnom prípade výkon H0004 nebude akceptovaný. Pokiaľ je potrebné vykonať ďalšie doplňujúce vyšetrenia potrebné k diagnostike a liečbe poistenca s artériovou hypertenziou a/alebo dyslipidémiou a/alebo obezitou a/alebo prediabetes alebo liečbou nad stanovený rámec, ošetrojúci lekár ich urobí sám, zdôvodní ich vykonanie a výsledky do zdravotnej dokumentácie poistenca. V prípade hodnotenia laboratórnych alebo zobrazovacích vyšetrení pri kontrolnom vyšetrení poisťovňa akceptuje aj vyšetrenia, ktoré neboli realizované bezprostredne v čase vyšetrenia a dátum ich realizácie nie je starší ako 6 mesiacov (180 dní) pred vykonaním vyšetrenia a zároveň výsledok vyšetrení dosahoval fyziologické hodnoty a nie je žiadny medicínsky predpoklad, že výsledky by mohli byť signifikantne zmenené. V tomto prípade je poskytovateľ povinný zaznamenať alebo založiť do zdravotnej dokumentácie všetky výsledky tak, aby bolo zrejmé dátum ich realizácie a výsledok jednotlivých parametrov a jeho vyhodnotenie v rámci diferenciálnej diagnostiky alebo liečebného plánu. V prípade laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení realizovaných iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti alebo realizovaných za účelom iných potrebných vyšetrení, ktorých výsledok nie starší ako 6 mesiacov (180 dní) bol vo fyziologickom rozmedzí, poisťovňa ich bude akceptovať za podmienky, že neprekročili odporúčený časový interval, pokiaľ budú zaznamenané v zdravotnej dokumentácii.
H0006	Stratifikácia kardiovaskulárneho rizika Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok: – poskytovateľ vykonáva u poistencov nad 40 rokov stratifikáciu kardiovaskulárneho rizika systémom SCORE2 a SCORE2-OP, – maximálne 1x za kalendárny rok u jedného poistenca, v prípade potreby vyššej frekvencie je úhrada za ďalšiu stratifikáciu zahrnutá v kapitácii, – v rámci preventívnej prehliadky sa vyказuje s diagnózou Z00.0, Z52* alebo Z85.9, – ak je vykázaný pri starostlivosti o pacienta s artériovou hypertenziou a/alebo dyslipidémiou a/alebo obezitou a/alebo prediabetes (výkon č. H0003/H0004), vyказuje sa s kódom diagnózy, pre ktorú bola stratifikácia kardiovaskulárneho rizika u poistenca vykonaná (I10* alebo E78* alebo E66*), a súčasne poistenec nie je trvale sledovaný a pravidelne kontrolovaný (najmä dispenzarizovaný) u iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti pre dané ochorenie, – ak je s výkonom v dávke pre Dátové rozhranie – Vyказovanie 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 kapitáčného kmeňa 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.
H0007*	Meranie INR z kapilárnej krvi poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo (ďalej aj ako „vyšetrenie INR VLD“) sa uhrádza, ak poskytovateľ: - je držiteľom potvrdenia o absolvovaní kreditovaného kurzu v rozsahu aspoň 4 kredity v súlade s legislatívne určenými kompetenciami v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo, - disponuje platným dokladom o externej kontrole kvality prístroja podľa odporúčania výrobcom prístroja. - dodržiava indikácie 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. Vyšetrenie INR VLD v ambulancii lekára nie je povolené vykázať, ak súčasne v ten istý deň bolo toto vyšetrenie indikované do laboratória. Maximálna frekvencia vyšetrení INR VLD v ambulancii lekára u jedného poistenca je 16x za rok.
H0008*	Stanovenie indexu ABI oscilometrickou metódou vrátane pulznej vlny Obsahom zdravotného výkonu je meranie a vyhodnotenie indexu ABI oscilometrickou metódou vrátane pulznej vlny na štyroch končatinách pričasnej diagnóze ischemickej choroby dolných končatín (ICHDK). Výkon sa uhrádza: 1. u symptomatických pacientov s podozrením na ICHDK,

	2. u asymptomatických pacientov nad 50 rokov s minimálne jedným rizikovým faktorom (arteriálna hypertenzia, abnormálne EKG, diabetes mellitus, obezita s BMI nad 30, fajčiari, vysoká hladina celkového cholesterolu, porucha metabolizmu lipidov, pacienti a postihnutí koronárnymi alebo cerebrálnymi artériami, a pod.), 3. u všetkých poistencov nad 60 rokov. V prípadoch definovaných pod bodom 2 a 3 zdravotná poisťovňa akceptuje a osobitne nad rámec kapitácie uhrádza výkon 1x za 2 kalendárne roky pri vykázaní preventívnej prehliadky. Podmienkou úhrady je vloženie vyhodnotenia výsledku vyšetrenia do systému eZdravie. Výkon nebude akceptovaný a uhradený, ak dané vyšetrenie bolo vykonané v špecializovanej ambulantnej starostlivosti alebo ak je poistenec trvale sledovaný a pravidelne kontrolovaný (najmä dispenzarizovaný) u poskytovateľa špecializovanej ambulantnej starostlivosti kvôli ICHDK.
3860*	Stanovenie D-diméru Uhrádza sa: – pri potrebe rýchlej diagnostiky a terapie predovšetkým tromboembolickej choroby, t.j hlbkej 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 (maximálne 3x za kalendárny rok). Vyšetrenie nie je povolené vykázať, ak poskytovateľ v ten istý deň indikoval vykonanie daného vyšetrenia aj u poskytovateľa SVLZ na laboratórnu diagnostiku.
4485*	Stanovenie Troponínu Uhrádza sa: – za účelom stanovenia kardiálneho troponínu v ambulancii poskytovateľa pre potreby urýchlenej a spresnenej diferenciálnej diagnostiky bolestí 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 vykázať, ak poskytovateľ v ten istý deň indikoval vykonanie daného vyšetrenia aj u poskytovateľa SVLZ na laboratórnu diagnostiku.
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 vykázať, ak poskytovateľ v ten istý deň indikoval vykonanie daného vyšetrenia aj u poskytovateľa SVLZ na laboratórnu diagnostiku.
FOB	Pripočítateľná položka k výkonom 159a, 159z, 159x Uhrádza sa nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok: Vyžaduje sa 1x za dva kalendárne roky u kapítovaných poistencov vo veku 40 – 75 rokov života. Poskytovateľ poistenca preukázateľne pozval na vyšetrenie (SMS, mail, list), pričom kópiu pozvánky formou SMS, mailu alebo listu založil do zdravotnej dokumentácie poistenca. V prípade pozitívity výsledku vyšetrenia FOB (TOKS) poskytovateľ poučil poistenca o možnosti vykonania kolonoskopického vyšetrenia u zmluvných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorých zoznam vedie zdravotná poisťovňa na svojom webovom sídle. Súhlas a porozumenie s obsahom poučenia poistenec potvrdí svojím podpisom v zdravotnej dokumentácii podľa príslušného ustanovenia zákona č. 576/2004 Z. z.
EDU	Pripočítateľná položka k výkonom H0003 a H0004 Uhrádza sa nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok: Vyžaduje sa maximálne 3x za kalendárny rok k výkonu H0003 a 3x za kalendárny rok k výkonu H0004. V prípade vyššej frekvencie je ďalšia poskytnutá zdravotná starostlivosť uhrádzaná cenou kapitácie. Za edukáciu pacienta s arteriálnou hypertenziou a/alebo dyslipidémiou a/alebo obezitou a/alebo prediabetes pri poučení o úprave životného štýlu a/alebo farmakoterapie sa považuje jeho poučenie sestrou alebo lekárom.

* Výkon sa uhrádza na základe splnenia povinnosti poskytovateľa podľa bodu 3.6. písm. m) VZP, prípadne aj po preukázaní ďalších podmienok úhrady výkonu. Zdravotnou poisťovňou schválený zdravotný výkon podľa predchádzajúcej vety, s uvedením kódu odbornosti ambulantnej zdravotnej starostlivosti a kódu zdravotného výkonu zdravotná poisťovňa oznamuje poskytovateľovi formou akceptačného listu. Pre účely uhrádzania výkonov 5300 a 5301 je potrebné, aby poskytovateľ, okrem potvrdenia o odbornej spôsobilosti poskytovateľa (lekára) definovaného v podmienkach výkonu, spolu so žiadosťou o zazmluvnenie výkonov predložil zdravotnej poisťovni doklad o vlastníctve alebo prenájme prístroja s platným certifikátom (vyhlásením o zhode), zaškolením výrobcom alebo distribútorom prístroja. Pre účely uhrádzania výkonov 4571a, 5702, 5702Z, 5715, H0007, H0008, 629b, 3860, 4485 a 44418 podľa príslušných zmluvných podmienok nie je potrebné, aby poskytovateľ žiadal zdravotnú poisťovňu o zazmluvnenie uvedených výkonov; poskytovateľ je povinný disponovať dokladom o vlastníctve alebo prenájme prístroja s platným certifikátom (vyhlásením o zhode), zaškolením výrobcom alebo distribútorom prístroja a na vyžiadanie zdravotnej poisťovne tieto doklady predložiť v origináli k nahliadnutiu zdravotnej poisťovni alebo vo forme kópie ich doručiť zdravotnej poisťovni.

3. Pevnou cenou zdravotná poisťovňa uhrádza individuálne pripočítateľné položky (IPP) k výkonu 5301 za podmienok dohodnutých v tomto bode:

a) pri pátraní po aneuryzme brušnej aorty,

- b) v prípade nasledovných pacientov:
- ba) symptomatickí pacienti s podozrením na aneuryzmu brušnej aorty,
 - bb) asymptomatickí pacienti s verifikovanou vaskulárnou aneuryzmou bez ohľadu na lokalizáciu,
 - bc) asymptomatickí muži a ženy vo veku ≥ 50 rokov, ktorí majú prvostupňového príbuzného (rodič, súrodenec alebo dieťa) s diagnostikovanou aneuryzmou abdominálnej aorty,
 - bd) pacienti vo veku ≥ 65 rokov, pričom u žien vo veku ≥ 65 rokov sa vyžaduje aj rizikový faktor fajčenie,
- c) v závislosti od šírky aorty pod kódom IPP, vo frekvencii a v sume v zmysle tabuľky tohto písmena:

Kód IPP	Šírka aorty alebo iná podmienka	Frekvencia
AAA1	25 - 29mm	1x za 5 roky
AAA2	30 - 39mm	1x za 3 roky
AAA3	40 - 49mm	1x za život, pacient je odoslaný na ďalšie sledovanie k príslušnému poskytovateľovi ŠAS
AAA4	>50mm alebo rýchlo rastie o 10mm/ rok	1x za rok, pacient je bezodkladne odoslaný na ďalšie sledovanie k príslušnému poskytovateľovi ŠAS alebo na špecializované pracovisko

- d) výkon 5301, pri ktorom poskytovateľ vykonával pátranie po aneuryzme brušnej aorty v súlade s týmto bodom, sa vykazuje s diagnózou:
- da) I71.4 v prípade potvrdenia aneuryzmy brušnej aorty,
 - db) Z03.8 v prípade nepotvrdenia aneuryzmy brušnej aorty,
- e) podmienkou je aj úspešné absolvovanie a zdokladovanie certifikovaného a kreditovaného vzdelávacieho programu uznaného pre tento účel zdravotnou poisťovňou.

Časť - Všeobecná ambulantná starostlivosť pre deti a dospelých

1. V kapitácii za kapitovaného poistenca nie je zahrnutá úhrada za zdravotné výkony poskytnuté kapitovanému poistencovi, ktoré sa podľa tejto časti uhrádzajú u kapitovaného poistenca cenou bodu alebo cenou výkonu.

2. Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti, ktorí nedoložili doklad pre kapitovanie dospelosti (doklad o úspešnom absolvovaní špecializačného odboru (atestácie) z dospelového lekárstva alebo doklad o úspešnom absolvovaní certifikovanej pracovnej činnosti dospelové lekárstvo (certifikát z dospelového lekárstva) alebo doklad garanta pre špecializačný odbor - dospelové lekárstvo (t.j. licencia garanta pre dospelové lekárstvo a pracovná zmluva medzi garantom a pediatrom), nemôžu vykazovať výkony naviazané na kapitovaného poistenca vo veku od 19 do 25 rokov vrátane.

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

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady
142,143,143a, 144,145,145a, 146,146a,146b, 146c,148,148a, 148b,148c,149, 149a,149b, 149d,149f	Preventívne prehliadky Vykazujú sa s kódom choroby Z00.1. U novorodenca s nízkou pôrodnou hmotnosťou sa výkony 143, 143a, 144, 145, 145a, 146, 146a, 146b, 146c, 148 vykazujú s kódom choroby P07.00, P07.01, P07.02, P07.10, P07.11, P07.12 podľa pôrodnej hmotnosti.
159b	Preventívne vyšetrenie celkového cholesterolu Vykazuje sa - s kódom choroby Z00.1 - s výkonom 149 u poistencov v 11. až 12. roku veku alebo - s výkonom 149a u poistencov v 13. až 14. roku veku alebo - s výkonom 149d u poistencov v 17. roku veku alebo - s výkonom 160
950	Vyšetrenie psychomotorického vývinu dieťaťa vo vzťahu k hrubej a jemnej motorike, k reči a k sociálnym vzťahom podľa štandardnej stupnice vrátane dokumentácie Vykazuje sa s kódom choroby Z00.1. Výkon je možné vykazať v kombinácii s výkonom 143, 143a, 144, 145, 145a, 146, 146a, 146b, 146c.
951	Kontrolné vyšetrenie funkčného vývinu so skúškami zodpovedajúcimi veku (vnímavosť, sedenie, leženie, chôdza) u dojčiat Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie v rámci kontrolných vyšetrení (mimo preventívnych prehliadok) u dojčiat do dovŕšenia 1. roku, ktoré malo suspektný nález pri výkone 950.
952	Kontrolné vyšetrenie funkčného vývinu so skúškami zodpovedajúcimi veku (reč, pochopenie reči alebo sociálny vek) u batoliat Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie v rámci kontrolných vyšetrení (mimo preventívnych prehliadok) u batoliat od dovŕšenia 1. roku (vrátane) do dovŕšenia 3. roku, ktoré malo suspektný nález pri výkone 950.
953	Kontrolné vyšetrenie funkčného vývinu so skúškami zodpovedajúcimi veku (vnímavosť, sedenie, leženie, chôdza) u dieťaťa predškolského veku Vykazuje sa s kódom choroby Z00.1.
3671	Glukóza V prípade zrealizovania vyšetrenia v ambulancii sa výkon vykazuje: - s výkonom 149, 149d alebo 160 a s kódom choroby Z00.1, Z00.0 alebo Z52* u darcov krvi alebo - u poistencov s podozrením na diabetes mellitus, poruchy metabolizmu glukózy, iné akútne stavy alebo metabolické ochorenia.
252a	Očkovanie proti rotavírusom sa vykazuje s kódom choroby Z25.8 alebo Z26.8
252b	Očkovanie
	pri očkovaní proti chrípke sa vykazuje s kódom choroby Z25.1
	pri povinnom očkovaní vrátane povinného očkovania proti diftérii a tetanu, pertusis, polio, hepatitídy typu B, hemofilus a povinného očkovania proti pneumokokom sa vykazuje s kódom choroby Z23.8 alebo Z27.1 alebo Z27.3 alebo Z27.8 alebo Z00.1,
	pri odporúčanom (u poistencov nad 15 rokov) očkovaní proti pneumokokom sa vykazuje s kódom choroby Z23.8
	pri očkovaní proti vírusovej hepatitíde typu A sa vykazuje s kódom choroby Z20.5 alebo Z24.6
	pri očkovaní proti vírusovej hepatitíde typu A + B sa vykazuje s kódom choroby Z24.6
	pri očkovaní proti meningokokovej meningitíde (A,C,W,Y,B) sa vykazuje s kódom choroby Z20.8 alebo Z23.8 alebo Z26.8
	pri očkovaní proti varicelle sa vykazuje s kódom choroby Z26.8
	pri očkovaní proti kliešťovej encefalitíde sa vykazuje s kódom choroby Z24.1

	pri očkovaní proti HPV u dievčat a chlapcov od 9. roku do 18. roku veku, vykazuje sa s kódom choroby Z25.8 pri očkovaní proti ochoreniu COVID-19 sa vykazuje s kódom choroby Z25.7, Z25.70, Z25.71 alebo Z25.79 podľa očkovacej látky pri očkovaní proti osýpkam, rubeole, parotitíde sa vykazuje s kódom Z27.4, Z27.8 alebo Z24.4 Nevykonaná imunizácia pre kontraindikáciu sa vykazuje s nulovou hodnotou a kódom choroby Z28.0 Nevykonaná imunizácia pre odmietnutie pacienta z náboženských dôvodov sa vykazuje s nulovou hodnotou a kódom choroby Z28.1 Nevykonaná imunizácia pre odmietnutie pacienta z iných a bližšie neurčených dôvodov sa vykazuje s nulovou hodnotou a kódom choroby Z28.2 Nevykonaná imunizácia pre iný dôvod sa vykazuje s nulovou hodnotou a kódom choroby Z28.8 Nevykonaná imunizácia pre bližšie neurčený dôvod sa vykazuje s nulovou hodnotou a kódom choroby Z28.9
25 26 29	Návštevy Výkon 25 je možné vykázat: - u poistencov imobilných alebo so zhoršeným zdravotným stavom, ktorý mu neumožňuje absolvovať vyšetrenie v ambulancii, - s výkonom 252b, ak ide o vykonanie očkovania na základe rozhodnutia regionálneho úradu verejného zdravotníctva alebo Úradu verejného zdravotníctva SR u poistencov, ktorí dlhodobo odmietajú dostaviť sa do ambulancie poskytovateľa za účelom vykonania očkovania. O uvedených skutočnostiach vykoná poskytovateľ záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca. Návštevný výkon sa akceptuje max. 1x za deň v rámci návštevy jedného miesta, a to aj v prípade, ak sa na tej istej adrese poskytuje starostlivosť viacerým poistencom. Ďalšie výkony pri návšteve možno vykazovať za podmienok stanovených zmluvou.
4;5;6;30	Štandardné vyšetrenia jedného orgánového systému Výkony sa vykazujú nasledovne: - výkon 4 s výkonom 25 alebo 26 - výkon 5 s výkonom 26 a s výkonom 30 - výkon 6 s výkonom 26 alebo 29 a s výkonom 30 - výkon 30 s výkonom 26 alebo 29
40	Zotrvávanie poskytovateľa pri poistencovi mimo ambulancie cez deň (za každú začatú polhodinu), najmä v súvislosti s potrebou jeho zotrvania do príchodu záchranej zdravotnej služby zabezpečujúcej prevoz poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti; vyžaduje sa odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii poistenca.
41	Zotrvávanie poskytovateľa pri poistencovi mimo ambulancie v noci medzi 20.00 a 7.00 hodinou (za každú začatú polhodinu), najmä v súvislosti s potrebou jeho zotrvania do príchodu záchranej zdravotnej služby zabezpečujúcej prevoz poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti; vyžaduje sa odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii poistenca
5702*	Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie aspoň s 10 QRS komplexami, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil. Vyhotovený EKG záznam zostáva súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca.
4571a*	C - reaktívny proteín, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil (380 bodov)
160	Základná preventívna prehliadka Vykazuje sa – 1x za 2 roky s kódom choroby Z00.1, Z00.0 alebo – 1x za rok u darcov krvi s kódom choroby Z52* alebo – 1x za rok u pacientov po absolvovanej onkologickej liečbe, odporúčaných na ďalšie sledovanie u lekára so špecializáciou všeobecné lekárstvo, s kódom choroby Z85.9.
60	Komplexné vyšetrenie pacienta Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie – pri prevzatí poistenca do zdravotnej starostlivosti – maximálne 1x u jedného poistenca
60b	Základné predoperačné vyšetrenie zahŕňa potrebné odbery krvi, zhodnotenie laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení a zaradenie pacienta do rizikovej skupiny ASA. Ak ďalej nie je uvedené inak, výkon možno vykazovať iba 1x v rámci jednej operácie, výkon sa vykazuje s kódom choroby, pre ktorú je poistenec plánovaný na operáciu. Zdravotná poisťovňa akceptuje vykázanie výkonu aj opakovane pre účely toho istého operačného zákroku, ak je predoperačné vyšetrenie opakované z dôvodu zrušenia operačného zákroku alebo z iného medicínskeho dôvodu uplynutia platnosti predoperačného vyšetrenia podľa klasifikácie ASA. V prípade odoslania poistenca na vykonanie predoperačného vyšetrenia k lekárovi špecializovanej zdravotnej starostlivosti, zdravotná poisťovňa poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súvislosti s predoperačným vyšetrením uhrádza v rámci kapitačnej platby za poistenca.
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 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 vykonáva s diagnózou U07.1, U07.3 alebo U07.4 - vykonáva sa maximálne 1x za 7 kalendárnych dní na jedného poistenca
67	Príplatok u dieťaťa vo veku do 10 rokov pri sťažených výkonoch Uhrádza sa: - u detí do 10. narodenín (vrátane tohto dňa) pri sťaženom výkone: očkovanie alebo odber krvi, - pri novorodeneckom skríningu (odber suchej kvapky krvi) v zmysle aktuálne platnej legislatívy a za podmienky, že poskytovateľ zabezpečí doručenie vzorky do Skriningového centra novorodencov SR v Detskej fakultnej nemocnici s poliklinikou Banská Bystrica. V ostatných prípadoch je úhrada za tento výkon zahrnutá v kapitácii. Výkon je možné kombinovať aj s výkonmi 252a a 250D.
5702Z*	Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie aspoň s 10 QRS komplexami ako súčasť predoperačného vyšetrenia; vykonáva sa s výkonom 60b. Vyhotovený EKG záznam zostáva súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca. Zdravotná poisťovňa akceptuje vykonanie výkonu aj opakovaně pre účely toho istého operačného zákroku, ak je predoperačné EKG opakované z dôvodu zrušenia operačného zákroku alebo z iného medicínskeho dôvodu uplynutia platnosti predoperačného vyšetrenia podľa klasifikácie ASA.
1544a*	Otoskopické vyšetrenie jednostranne
629b*	Skriningový antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou Obsahová náplň výkonu: Skriningový, 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, - 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, respirátor musí byť prekrytý rúškom, ak má výdychový ventil, - 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 zabezpečí ďalší manažment starostlivosti o pacienta. Výkon 629b nie je možné vzájomne kombinovať s výkonom 629a pri jednom vyšetrení pacienta.
10	Starostlivosť o poistenca s obezitou a/alebo arteriálnou hypertenziou a/alebo dyslipidémiou Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie - u poistenca, ktorý má aspoň jedno z nasledujúcich ochorení alebo ich kombináciu: • obezita • dyslipidémia • hypertenzia (ďalej jednotlivo aj ako „dané ochorenie“ alebo spoločne ako „dané ochorenia“) - ak ide o poistenca, ktorý má len izolovanú obezitu (t.j. nemá arteriálnu hypertenziu a/alebo dyslipidémiu), podmienkou úhrady je aj BMI nad 90 percentil pre daný vek poistenca (štandardné hodnoty BMI u detí sú stanovené príslušným odborným usmernením MZ SR), - ak poistenec nie je trvale sledovaný a pravidelne kontrolovaný (najmä dispenzarizovaný) a/alebo liečený u iného poskytovateľa pre dané ochorenia (okrem jednorazového vyšetrenia u poskytovateľa špecializovanej ambulantnej starostlivosti za účelom konzultácie alebo vykonania zobrazovacieho vyšetrenia), - ak je vykázaný s príslušnou diagnózou, - maximálne 3x za kalendárny rok u jedného poistenca; v prípade potreby vyššej frekvencie vyšetrení je úhrada za ďalšiu zdravotnú starostlivosť zahrnutá v kapitácii,

	- ak poskytovateľ postupuje v súlade s príslušnými platnými odbornými usmerneniami pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti vydanými Ministerstvom zdravotníctva SR podľa príslušného ustanovenia zákona č. 576/2004 Z. z. (ak existujú), - ak poskytovateľ vykonáva príslušné zápisy v súvislosti s liečbou daného ochorenia do zdravotnej dokumentácie. V cene výkonu je zahrnuté komplexné poskytovanie zdravotnej starostlivosti v súvislosti s daným ochorením, najmä - iniciálne a/alebo kontrolné vyšetrenie poistenca, - odbery na laboratórne vyšetrenia a/alebo vyhodnotenie dostupných výsledkov vyšetrení poistenca, - ďalšia zdravotná starostlivosť v zmysle príslušných odborných usmernení vydaných Ministerstvom zdravotníctva SR (ak existujú). Pre účely úhrady tohto výkonu nad rámec kapitácie zároveň platí: - o iniciálne vyšetrenie ide v prípade, keď poistenec nebol v posledných 2 kalendárnych rokoch liečený, diagnostikovaný alebo trvale sledovaný a pravidelne kontrolovaný (najmä dispenzarizovaný) pre dané ochorenie u iného poskytovateľa, - kontrolné vyšetrenie je každé ďalšie vyšetrenie po iniciálnom vyšetrení, - pri hodnotení laboratórnych a iných výsledkov vyšetrení zdravotná poisťovňa akceptuje vyšetrenia, ktoré neboli realizované neskôr ako 6 mesiacov (180 dní) pred dňom realizácie iniciálneho alebo kontrolného vyšetrenia, - poskytovateľ vykonáva aj priebežný selektívny skrining hypertenzie ako aj selektívny skrining dyslipidémie u poistencov v prípade pozitívnej rodinnej anamnézy.
250D	Delegovaný odber biologického materiálu na základe písomnej žiadosti ŠAS pri návšteve poistenca v ambulancii VLDD. Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok: - poskytovateľ dodržiava postup, ktorý ustanovuje príslušné odborné usmernenie MZ SR, - poskytovateľ dodržiava podmienky zdravotnej indikácie v zmysle účelného, efektívneho a hospodárneho nakladania s prostriedkami verejných zdrojov.

*Pre účely uhrádzania výkonov podľa príslušných zmluvných podmienok nie je potrebné, aby poskytovateľ žiadal zdravotnú poisťovňu o zazmluvnenie uvedených výkonov v zmysle bodu 3.6. písm. m) VZP. Pre účely uhrádzania výkonov je poskytovateľ povinný od momentu poskytovania týchto výkonov disponovať dokladom o odbornej spôsobilosti na vykonávanie a vyhodnocovanie príslušných vyšetrení (špecializácia alebo certifikát) a dokladom o vlastníctve alebo prenájme prístroja s platným certifikátom (vyhlásením o zhode) a na vyžiadanie zdravotnej poisťovne tieto doklady predložiť v origináli k nahliadnutiu zdravotnej poisťovni alebo vo forme kópie doručiť zdravotnej poisťovni.

Časť – 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 zo zmluvy. 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.
5. Paušálna úhrada za APS a úhrada za zdravotné výkony doplnkovej APS nezahŕňa úhradu za dopravu lekára ambulancie pevnej APS z miesta bodu ambulancie pevnej APS k poistencovi a späť.
6. Poskytovateľ – organizátor APS vykazuje do zdravotnej poisťovne všetky výkony pevnej APS a to aj v prípade, ak ich úhrada má byť podľa nariadenia vlády č. 115/2018 Z. z. zahrnutá v paušálnej úhrade za APS.
7. 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;
8. Poskytovateľ je povinný zdravotnej poisťovni písomne oznámiť a aktualizovať zmenu v personálnom zabezpečení (v rozsahu údajov o lekároch - meno, priezvisko, číselné kódy a veľkosti úväzkov), prostredníctvom ktorých zabezpečuje APS za každú ambulanciu pevnej alebo doplnkovej APS, ktorú prevádzkuje.
9. Ak poskytovateľ - organizátor APS v kalendárnom mesiaci neposkytoval APS minimálne v časovom rozsahu určenom všeobecne záväzným právnym predpisom lekármi podľa bodu 8 tejto časti a zdravotná poisťovňa za tento kalendárny mesiac uhradila paušálnu úhradu za APS v plnej výške, vznikne zdravotnej poisťovni nárok na vrátenie alikvotnej časti paušálnej úhrady za APS za obdobie, kedy poskytovateľ - organizátor APS nezabezpečil poskytovanie APS v súlade s bodom 8 tejto časti. Za zabezpečenie APS sa považuje aj stav, keď organizátor APS zabezpečil poskytovanie APS lekármi s profesijným titulom podľa bodu 8 tejto časti určenými podľa rozpisu príslušného samosprávneho kraja. Tento nárok sa považuje za pohľadávku zdravotnej poisťovne za neoprávnene vyúčtované a uhradené výkony zdravotnej starostlivosti v zmysle § 85g ods. 12 zákona č. 581/2004 Z. z.
10. Poskytovateľ - organizátor APS, ktorý poskytuje aj iný druh zdravotnej starostlivosti ako APS, vykazuje paušálnu úhradu za APS a úhradu za zdravotné výkony doplnkovej APS na úhradu do zdravotnej poisťovne na samostatnej faktúre.

Časť – Zubno-lekárska pohotovostná služba

1. Zdravotné výkony zubno-lekárskej pohotovostnej služby (ďalej len „ZLPS“) sa uhrádzajú zmluvne určeným spôsobom.
2. K výške úhrady za zdravotné výkony podľa bodu 1 tejto časti sa pripočítava pre ambulanciu ZLPS výška úhrady **UHP** € mesačne na jedného poistenca v príslušnom spádovom území.
3. V prípade, že v rámci určitého spádového územia určeného orgánom príslušným na vydávanie povolení poskytuje ten istý druh ZLPS viac ako jeden poskytovateľ ZLPS (ďalej len „spoločné spádové územie“), počet poistencov v tomto spoločnom spádovom území, nevyhnutný pre výpočet výšky mesačnej úhrady pre každého poskytovateľa, predstavuje podiel počtu poistencov s trvalým pobytom v spoločnom spádovom území a počtu poskytovateľov poskytujúcich ZLPS v spoločnom spádovom území.
4. Poskytovateľ je povinný viesť záznam o službe v ZLPS.
5. Do úhrady za zdravotný výkon nie sú zahrnuté náklady na materiál pri výkone RTG snímok, ktorý sa uhrádza za každú správne vykázanú a uznanú RTG snímku za podmienky, že poskytovateľ predložil zdravotnej poisťovni príslušné povolenie na používanie zdrojov ionizujúceho žiarenia.

Časť - Špecializovaná ambulantná starostlivosť v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo

1. V kapitácii za kapítované poistenky nie je zahrnutá úhrada za zdravotné výkony poskytnuté kapítovanej poistenke, ktoré sa podľa tejto časti uhrádzajú u kapítovanej poistenky cenou bodu alebo cenou výkonu.

2. Ak nie je dojednané inak, cenou bodu sa u kapítovanej 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
100	Rady tehotnej žene v rámci starostlivosti o matku Vykazuje sa - s kódom choroby Z34.0 alebo Z34.8 - ak nie je súčasťou iného výkonu
102	Prvé vyšetrenie v rámci predpôrodnej starostlivosti o tehotné s určením termínu pôrodu vrátane zisťovania anamnézy a vystavenia materského preukazu, ako aj rád tehotnej o starostlivosti v gravidite vrátane vyšetrenia TK, pulzu, hmotnosti a výkonu pod kódom 101 Vykazuje sa - po potvrdení gravidity pri prvej návšteve - s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4
103 ³	Vyšetrenie a rady v priebehu gravidity s vyhodnotením výsledkov laboratórnych vyšetrení so zreteľom na riziká gravidity Vykazuje 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
105	Vyšetrenie a rady šestonedielke v 6. až 8. týždni po pôrode Vykazuje sa - 1x v súvislosti so šestonedelím - s kódom choroby Z39.2
157	Vyšetrenie na včasnú diagnostiku rakoviny u ženy vrátane rád, ak vyšetrenie trvá dlhšie ako 20 minút. vykazuje sa - 1x za kalendárny rok u poistenky od 18 rokov veku alebo od prvého tehotenstva - s kódom choroby Z01.4 alebo Z12.4
297	Odobratie, príprava a odoslanie sterového materiálu na cytologické vyšetrenie, prípadne aj fixácia vrátane nákladov (LBC) Výkon sa uhrádza: - u poistenky vo veku od 18 do 64 rokov - 1x za kalendárny rok - ak bol vykázaný s kódom choroby: • Z01.4 v prípade oportúnneho skríningu rakoviny krčka maternice • Z12.4 v prípade populačného skríningu rakoviny krčka maternice
108*	Ultrazvukové sledovanie tehotenstva vrátane biometrie a posúdenie vývoja orgánov vrátane obrazovej dokumentácie 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
118*	Externé kardiokografické vyšetrenie (CTG) 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.
252b	Očkovanie - pri očkovaní proti chrípke sa vykazuje 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, vykazuje 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.
1070*	Kolposkopia Vykazuje sa - s výkonom 157

³ Pri rizikovom tehotenstve sa vykazuje uvedená prehliadka pod kódom zdravotného výkonu č. 63; zdravotný výkon č. 63 sa neuhrádza ako preventívna prehliadka nad rámec kapitácie

	- s kódom choroby Z01.4 alebo Z12.4
5303*	Vyšetrenie močového traktu a orgánov malej panvy u ženy Ultrazvukové vyšetrenie intravaginálnou sondou 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.
5305*	
5809*	Vyšetrenie šijového prejasnenia (NT) plodu 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. Vyžaduje sa certifikát z Fetal Medicine Foundation alebo špecializácia ultrazvuk v gynekológii.
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 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
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.
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 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.

*Výkon sa uhrádza na základe splnenia povinnosti poskytovateľa podľa bodu 3.6. písm. m) VZP, prípadne aj po preukázaní ďalších podmienok úhrady výkonu. Zdravotnou poisťovňou schválený zdravotný výkon podľa predchádzajúcej vety, s uvedením kódu odbornosti ambulantnej zdravotnej starostlivosti a kódu zdravotného výkonu zdravotná poisťovňa oznamuje poskytovateľovi formou akceptačného listu. Pre účely uhrádzania výkonu 1070 podľa príslušných zmluvných podmienok nie je potrebné, aby poskytovateľ žiadal zdravotnú poisťovňu o zazmluvnenie výkonu; poskytovateľ je povinný disponovať dokladom o vlastníctve alebo prenájme prístroja s platným certifikátom (vyhlásením o zhode), zaškolením výrobcou alebo distribútorom prístroja a na vyžiadanie zdravotnej poisťovne tieto doklady predložiť v origináli k nahliadnutiu zdravotnej poisťovni alebo vo forme kópie ich doručiť zdravotnej poisťovni. V prípade, že poskytovateľ nie je oprávnený prístrojové výkony SVLZ vykonávať, lebo nespĺňa podmienky podľa tejto vysvetlivky, zdravotná poisťovňa uhradí tieto výkony tomu poskytovateľovi, ktorý tieto podmienky spĺňa, ktorý je zároveň jej zmluvným poskytovateľom a ktorý bol písomne oznámený zdravotnej poisťovni poskytovateľom. V prípade, že u poskytovateľa vykonáva SVLZ prístrojové vyšetrenia lekár inej odbornosti ako je gynekológia a pôrodnictvo (napr. rádiológ), poskytovateľ vykazuje vykonané výkony lekárom inej odbornosti podľa tohto bodu pod kódom lekára, ktorý vyšetrenia vykonával. Podmienkou vykazovania podľa tohto bodu je zároveň oprávnenie na vykonávanie činnosti podľa tohto bodu v platnom povolení poskytovateľa pre príslušnú odbornosť.

Časť - 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
108*	Ultrazvukové sledovanie tehotenstva vrátane biometrie a posúdenie vývoja orgánov vrátane obrazovej dokumentácie 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
118*	Externé kardiokardografické vyšetrenie (CTG) 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
1070*	Kolposkopia Vykazuje sa - s výkonom 157 - s kódom choroby Z01.4 alebo Z12.4
5303*	Vyšetrenie močového traktu a orgánov malej panvy u ženy Ultrazvukové vyšetrenie intravaginálnou sondou 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.
5305*	
5809*	Vyšetrenie šijového prejasnenia (NT) plodu 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.
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 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
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.
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 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.
--	---

*Výkon sa uhrádza na základe splnenia povinnosti poskytovateľa podľa bodu 3.6. písm. m) VZP, prípadne aj po preukázaní ďalších podmienok úhrady výkonu. Zdravotnou poisťovňou schválený zdravotný výkon podľa predchádzajúcej vety, s uvedením kódu odbornosti ambulantnej zdravotnej starostlivosti a kódu zdravotného výkonu zdravotná poisťovňa oznamuje poskytovateľovi formou akceptačného listu. Pre účely uhrádzania výkonu 1070 podľa príslušných zmluvných podmienok nie je potrebné, aby poskytovateľ žiadal zdravotnú poisťovňu o zazmluvnenie výkonu; poskytovateľ je povinný disponovať dokladom o vlastníctve alebo prenájme prístroja s platným certifikátom (vyhlásením o zhode), zaškolením výrobcou alebo distribútorom prístroja a na vyžiadanie zdravotnej poisťovne tieto doklady predložiť v origináli k nahliadnutiu zdravotnej poisťovni alebo vo forme kópie ich doručiť zdravotnej poisťovni. V prípade, že poskytovateľ nie je oprávnený prístrojové výkony SVLZ vykonávať, lebo nespĺňa podmienky podľa tejto vysvetlivky, zdravotná poisťovňa uhradí tieto výkony tomu poskytovateľovi, ktorý tieto podmienky spĺňa, ktorý je zároveň jej zmluvným poskytovateľom a ktorý bol písomne oznámený zdravotnej poisťovni poskytovateľom. V prípade, že u poskytovateľa vykonáva SVLZ prístrojové vyšetrenia lekár inej odbornosti ako je gynekológia a pôrodníctvo (napr. rádiológ), poskytovateľ vykazuje vykonané výkony lekárom inej odbornosti podľa tohto bodu pod kódom lekára, ktorý vyšetrenia vykonal. Podmienkou vykazovania podľa tohto bodu je zároveň oprávnenie na vykonávanie činnosti podľa tohto bodu v platnom povolení poskytovateľa pre príslušnú odbornosť.

Časť - Výkony asistovanej reprodukcie

- Uhrádzajú sa zdravotné výkony asistovanej reprodukcie poskytnuté poistenkám do 40. roku života t. j. do 39 rokov a 364 dní. U jednej poistienky sa z verejného zdravotného poistenia uhrádzajú maximálne 3 cykly asistovanej reprodukcie, pričom do úvahy sa berú cykly asistovanej reprodukcie uhradené ktoroukoľvek zdravotnou poisťovňou.
- Zdravotná poisťovňa uhradí výkony asistovanej reprodukcie v indikáciách stanovených platnou legislatívou:
 - chýbajúce vajcovody alebo nezvratné poškodenie vajcovodov diagnostikované laparoskopicky alebo laparotomicky okrem stavov, ktoré vznikli ako následok predchádzajúcej sterilizácie alebo umelého prerušenia tehotenstva,
 - endometrióza ženy, ktorá je diagnostikovaná laparoskopicky alebo laparotomicky,
 - nezvratné poškodenie vaječníkov, ktoré je potvrdené biochemicky, laparoskopicky alebo laparotomicky, ak toto poškodenie nie je následkom umelého prerušenia tehotenstva,
 - idiopatická sterilita, ktorá je neúspešne liečená jeden rok v špecializovanom zdravotníckom zariadení,
 - mužský faktor sterility - azoospermia, astenospermia, ejakulačné dysfunkcie a ochorenia súvisiace s chemoterapiou alebo poúrazovými stavmi, ktoré sú overené andrológom,
 - imunologické príčiny sterility overené laboratórne,
 - riziko dedičného ochorenia, v dôsledku ktorého nemôžu mať manželia zdravé potomstvo, ktoré je overené genetikom,
 - endokrinné príčiny sterility overené endokrinológom.
- Základná cena bodu zdravotných výkonov asistovanej reprodukcie uvedených v tejto tabuľke, sa upravuje smerom nahor na výslednú cenu bodu po preukázanom splnení v tabuľke uvedených podmienok nasledovne:

Kód výkonu	Špecifikácia výkonu	
1192a	Výkon asistovanej reprodukcie jeden cyklus pred odberom oocytov	
1192b	Výkon asistovanej reprodukcie jeden cyklus s odberom oocytov k in vitro fertilizácii, bez prenosu embryí	
1192c	Výkon asistovanej reprodukcie jeden komplexný cyklus s prenosom embryí	
Podmienka	Zvýšenie základnej ceny bodu / €	Poznámka
poskytovateľ vykonáva in vitro maturáciu	+0,0003	poskytovateľ oznamuje zdravotnej poisťovni písomne čestným vyhlásením
poskytovateľ vykonáva predimplantačnú genetickú diagnostiku	+0,0003	na základe indikácie klinického genetika poskytovateľ oznamuje zdravotnej poisťovni písomne čestným vyhlásením
poskytovateľ vykonáva viac ako 200 cyklov za kalendárny rok	+0,0007	poskytovateľ preukazuje zdravotnej poisťovni písomne čestným vyhlásením najneskôr 60 dní po skončení kalendárneho roka za obdobie predchádzajúceho kalendárneho roka
poskytovateľ prenáša jedno, najviac dve embryá počas výkonu asistovanej reprodukcie u poistienky	+0,0007	poskytovateľ preukazuje zdravotnej poisťovni písomne čestným vyhlásením najneskôr 60 dní po skončení kalendárneho roka za obdobie predchádzajúceho kalendárneho roka
Splnenie všetkých podmienok	+0,0020	maximálne zvýšenie základnej ceny bodu

4. Pri výkonoch asistovanej reprodukcie si poskytovateľ v jednom cykle môže uplatniť cenu len jedného z výkonov uvedených v bode 3 tejto časti. Poskytovateľ vykazuje výkony asistovanej reprodukcie v rámci odbornosti 289.

5. Poskytovateľ v ním vedenej zdravotnej dokumentácii poistienky uvedie hlavnú diagnózu poistienky, pre ktorú bol indikovaný výkon asistovanej reprodukcie, vedľajšie diagnózy, poradie cyklu, liekovú prípravu, priebeh doterajšej liečby a medicínske odôvodnenie potreby výkonu asistovanej reprodukcie s priloženými výsledkami vyšetrení realizovaných u poistienky – najmä operačné intervencie, výsledky imunologického, genetického, endokrinologického, andrologického vyšetrenia a výsledky laboratórnych biochemických parametrov.

6. Poskytovateľ do ním vedenej zdravotnej dokumentácie poistienky založí aj čestné prehlásenie poistienky o absolvovaných predchádzajúcich cykloch asistovanej reprodukcie a o spôsobe ich úhrady, absolvovaní umelého prerušenia tehotenstva a sterilizácie urobenej na tlačive, ktoré je zverejnené na webovom sídle zdravotnej poisťovne.

7. Cenou výkonu sa čiastočne uhrádzajú nasledovné výkony za podmienok úhrady uvedených v tabuľke:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady
44646	Komplexné vyšetrenie spermiogramu Môže zahŕňať napríklad nasledovné vyšetrenia: pohyblivosť spermií, koncentrácia spermií, vitalita spermií, morfológia spermií, protilátky proti spermiám, test integrity DNA spermií, trial wash test, fragmentácia DNA v spermiách, oxidačný stres, MiOXSYS

	Výkon sa uhrádza u poistenca za nasledovných podmienok: - ak je indikovaný lekárom s odbornosťou v špecializačnom odbore urológia, andrológia alebo reprodukčná medicína v súvislosti s plánovaným výkonom asistovanej reprodukcie hrazeným zdravotnou poisťovňou - u jedného poistenca maximálne 1x za život - ak je vykázaný s kódom choroby Z31.8
44651	Výkon realizovaný mikromanipulačnou metódou ICSI Výkon sa uhrádza u poistenky za nasledovných podmienok: - ak je splnené aspoň jedno z nasledovných indikačných kritérií: • porucha spermiogramu – znížený počet spermií, nedostatočný pohyb spermií, vysoká patológia • nízky počet získaných oocytov u ženy (5 a menej) • spermie získané z MESA/TESE, • imunologický faktor – protilátky proti spermiám • idiopatická sterilita • nedostatočná, resp. žiadna fertilizácia oocytov v predchádzajúcich IVF cykloch • opakované neúspešné IVF cykly • vývin nekvalitných embryí v predchádzajúcich cykloch • tubárny faktor - ak je indikovaný lekárom s odbornosťou reprodukčná medicína v súvislosti s plánovaným výkonom asistovanej reprodukcie hrazeným zdravotnou poisťovňou - ak je vykázaný s kódom choroby Z31.8 - do ceny výkonu 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“
1192c	Výkon asistovanej reprodukcie so zabezpečením vykonania PGD Výkon sa uhrádza u poistenky za nasledovných podmienok: - ak sú naplnené podmienky podľa bodov 1,2, 6 a 7 tejto časti - ak je splnené aspoň jedno z nasledovných indikačných kritérií: • štruktúrové chromozómové aberácie zistené u páru • monogénovo podmienené choroby s rizikom postihnutia plodu (autozómovo recesívne choroby, autozómovo dominantné choroby s včasným a neskorým nástupom klinických príznakov, choroby viazené na pohlavie) • gonozómové aberácie a mozaiky gonozómov nad 10% • použitie spermií, získaných metódou MESA/TESE • pôrod alebo potrat dieťaťa/plodu s významnou chromozómovou aberáciou • onkologické ochorenie v osobnej anamnéze partnerov • pri opakovaných reprodukčných stratách, vrodených vývojových chybách plodu a u mŕtvorodených plodov (2 a viac reprodukčných strát) • chemoterapia alebo rádioterapia u jedného z partnerov v anamnéze - je vopred odkonzultovaný, indikovaný a následne jeho výsledok interpretovaný lekárom s odbornosťou v špecializačnom odbore lekárska genetika - ak je vykázaný s kódom choroby Z31.8 - do ceny výkonu 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“ Realizácia len PGD, tj. bez výkonu asistovanej reprodukcie s prenosom embryí Výkon sa uhrádza za splnenia vyššie uvedených podmienok, ak: - je vykázaný s kódom choroby Z31.5, - poskytovateľ oznámi zdravotnej poisťovni, že zrealizoval PGD vyšetrenie bez prenosu embryí, a ktoré laboratórium vykonalo genetickú analýzu. Oznámenie je prílohou k faktúre za mesiac, v ktorom sa výkon realizoval, na tlačive zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne.
KRYO	Mrazenie oocytov zo zdravotných dôvodov Uhrádza sa ako pripočítateľná položka s kódom „KRYO“ k výkonu s kódom 63: - ak je splnené aspoň jedno z nasledovných indikačných kritérií: • znížená ovariálna rezerva (hodnoty AMH pod normu - <1,2 ng/ml); (vykazuje s kódom choroby N97.1) • endometrióza; (vykazuje sa s kódom choroby N80.0-9) • nepriechodnosť alebo poškodenie vajčikovodov, ochorenia ovárií; (vykazuje sa s kódom choroby E28.3-9, Q50.0-6, N99.9) • pri onkologických ochoreniach; (vykazuje sa s príslušným kódom onkologického ochorenia), u poistenky do 40. roku života t. j. do 39 rokov a 364 dní, 1x za život poistenky.

8. Zdravotná poisťovňa vyhlasuje, že revízny lekár zdravotnej poisťovne udelil predchádzajúci súhlas podľa § 42 ods. 5 a 6 zákona č. 577/2004 Z.z. s čiastočnou úhradou výkonov uvedených v bode 7 tejto časti VZP. Poskytovateľ berie na vedomie, že tento súhlas revízneho lekára zdravotnej poisťovne

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

- písm. b) tohto bodu,
- b) môže byť kedykoľvek, aj pred uplynutím doby uvedenej v písm. a), odvolaný na základe písomného odvolania súhlasu revízneho lekára zdravotnej poisťovne; odvolanie súhlasu nadobudne účinnosť ku dňu uvedenému v odvolaní súhlasu a
 - c) je podmienený tým, že poskytovateľ od výšky doplatku poistenca za dané výkony odpočíta výšku čiastočnej úhrady zdravotnej poisťovne.

Časť - Špecializovaná ambulantná starostlivosť

1. Prístrojové výkony poskytované nad rámec povinného materiálno-technického vybavenia ambulancie sa uhrádzajú na základe splnenia povinnosti poskytovateľa podľa bodu 3.6. písm. m) VZP, prípadne aj po preukázaní ďalších podmienok úhrady výkonu. Pre účely uhrádzania výkonov je potrebné, aby poskytovateľ spolu so žiadosťou o zazmluvnenie výkonov predložil zdravotnej poisťovni doklad o vlastníctve alebo prenájme prístroja s platným certifikátom (vyhlásením o zhode), zaškolením výrobcu alebo distribútorom prístroja, prípadne potvrdenie o odbornej spôsobilosti poskytovateľa. Zoznam prístrojových výkonov podľa prvej vety je zverejnený na webovom sídle zdravotnej poisťovne www.union.sk. Zdravotnou poisťovňou schválený zdravotný výkon podľa prvej vety, s uvedením kódu odbornosti ambulantnej zdravotnej starostlivosti a kódu zdravotného výkonu oznámi zdravotná poisťovňa poskytovateľovi formou akceptačného listu doručeného do online pobočky poskytovateľa.

2. Nasledovné výkony sa uhrádzajú cenou bodu za splnenia podmienok uvedených v tejto tabuľke:

Kód výkonu	Počet bodov	Špecifikácia podmienok úhrady
15d	150	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.
60	420	Vyšetrenia a príplatky pri sťaženom výkone Cena výkonu sa určí ako súčin počtu bodov podľa tejto tabuľky a (výslednej) ceny bodu za výkony ŠAS s bonusom priznaným pre príslušný kalendárny polrok podľa tejto časti. 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). U odborností s kódom 005, 073, 074, 105, 144, 223, 241, 367 je možné výkon 65 vykazovať s výkonom 820, 821, 822, 825, 826, 841, 842 a 845. U poistenca ťažko mobilného, imobilného, mentálne postihnutého, dementného, zrakovo alebo sluchovo postihnutého) sa výkon 65 vykonáva s kódom daného postihnutia podľa MKCH. Výkon 67 je možné vykazovať u detí do dňa ich 10. narodenín (vrátane tohto dňa) pri výkone odber krvi, injekcie alebo infúzie.
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 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.
158	170	Vyšetrenie na včasné rozpoznanie ochorenia na rakovinu u muža vrátane rád Akceptuje sa u odbornosti ŠAS s kódom: 012. Výkon sa vykonáva: - u poistencov od 40. roku veku 1x za dva roky alebo za podmienok a vo frekvencii podľa zákona č. 577/2004 Z.z., - s kódom choroby Z12.5. Môže sa vykonať s výkonom 5302.

163	200	Výšetrenie a včasné rozpoznanie hroziacej straty sebestačnosti u starých ľudí Akceptuje sa u odborností ŠAS s kódmi: 005,060,074,223 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 poistencov 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 poistencovi, 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.
760sp 760sn	1 500	Výkony skriningovej kolonoskopie Akceptuje sa u odbornosti ŠAS s kódom: 048 Výkony sa uhrádzajú poskytovateľovi zaradenému do programu skriningu kolorektálneho karcinómu v zmysle Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva SR pre realizáciu programu skriningu kolorektálneho karcinómu. Vyžaduje sa predloženie rozhodnutia Ministerstva zdravotníctva SR o zaradení gastroenterologického pracoviska do programu skriningu kolorektálneho karcinómu. Vykazuje sa 1x za 10 rokov u poistencov vo veku nad 50 rokov. Vykazuje sa s kódom choroby Z12.1. V prípade pozitívneho nálezu sa vykazuje s kódom 760sp, 760pp, 763sp, 763pp V prípade negatívneho nálezu sa vykazuje s kódom 760sn, 760pn, 763sn, 763pn
760pp 760pn		
763sp 763sn	3 000	Preventívna prehliadka konečníka a hrubého čreva kolonoskopom Akceptuje sa u odbornosti ŠAS s kódom: 048 Výkony sa uhrádzajú poskytovateľovi nezaradenému do programu skriningu kolorektálneho karcinómu za podmienok a vo frekvencii podľa zákona č. 577/2004 Z.z. Vykazuje sa s kódom choroby Z12.1.
763pp 763pn		
763p	3 000	Preventívna prehliadka konečníka a hrubého čreva kolonoskopom Akceptuje sa u odbornosti ŠAS s kódom: 048 Výkony sa uhrádzajú poskytovateľovi nezaradenému do programu skriningu kolorektálneho karcinómu za podmienok a vo frekvencii podľa zákona č. 577/2004 Z.z. Vykazuje sa s kódom choroby Z12.1.
1A02072	1 300	Cielené artrologické vyšetrenie Akceptuje sa u odborností ŠAS s kódmi: 045, 145. Výkon 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: 4x za 12 mesiacov.
1A02007	180	Cielené vyšetrenie nôh (180 bodov) Akceptuje sa u odbornosti ŠAS s kódom: 050. Vyšetrenie rizikových faktorov diabetickej nohy – poruchy citlivosti nôh monofilamentami a ne-elektronickou ladičkou alebo obdobnou metódou, zvýšenej kožnej teploty a zhodnotenie obuvi pacienta z hľadiska vhodnosti pre diabetika. Vykazuje sa 1x na obe nohy. Cielené vyšetrenie nôh (180 bodov) s využitím elektronickej ladičky

		(biotensiometer) Akceptuje sa u odborností ŠAS s kódom: 050. Vyšetrenie rizikových faktorov diabetickej nohy – poruchy citlivosti nôh monofilamentami a elektronickou ladičkou, zvýšenej kožnej teploty a zhodnotenie obuvi pacienta z hľadiska vhodnosti pre diabetika. Výkon sa môže vykazovať aj pod kódom 1A02011, ak to má poskytovateľ takto dohodnuté v prílohe 2 k zmluve. Vyказuje sa 1x na obe nohy s kódom choroby Z13.1.
1B06025 1A02009 1A02012 1A03007	-	Výkony súvisiace s ambulantným nastavením inzulínovej pumpy Akceptuje sa u odborností ŠAS s kódom: 050,153. Vyžaduje sa doklad o absolvovaní odborného školenia o ambulantnom nastavovaní inzulínovej pumpy/technické školenie systému CGM. Výkony sa uhrádzajú za nasledovných podmienok: - 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 vyказuje 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 s bonusom priznaným pre príslušným kalendárny polrok podľa tejto časti. - Sú splnené ostatné podmienky úhrady výkonov špecifikované v nasledovných tabuľkách:
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 pumpke v spolupráci s odborne spôsobilým pracovníkom - názorná ukážka obsluhy pumpy. Podmienky úhrady výkonu: - predchádzajúce schválenie inzulínovej pumpy zdravotnou poisťovňou, - priprava 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 glykémie 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
1A02013	500	Laboratórne vyšetrenie glykovaného hemoglobínu na mieste poskytovania zdravotnej starostlivosti (metódou Point of Care Testing - PoCT s vyhodnotením pomocou prístroja) Odbor vzorky kapilárnej krvi a kvantitatívne vyšetrenie hladiny glykovaného 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, pediatrický endokrinológ. Frekvencia výkonu: 3 krát za kalendárny rok.
1B05011 1B05012 1B05013 1B05014 10c	-	Výkony súvisiace s edukáciou pacienta v ambulancii Akceptuje sa u odborností ŠAS s kódmi: 050, 153. Výkony sa uhrádzajú za nasledovných podmienok: a) Edukáciu vykonáva lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy alebo pediatrická 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 výkony vykonáva 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 s bonusom priznaným pre príslušný kalendárny polrok podľa tejto časti. d) Sú splnené ostatné podmienky úhrady výkonov špecifikované v nasledovnej tabuľke:
1B05011	420	Edukácia pri zistení diabetes mellitus 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. 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. 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 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. 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 transplantačnej liečby, väčšej strate zraku až slepote, pri vzniknutej diabetickej nohe. a/alebo B) Edukácia pacienta s diabeticou 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. Dĺžka trvania výkonu je minimálne 10 minút. Maximálna frekvencia vykazovania výkonu: 1x za kalendárny štvrťrok 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 Dĺžka trvania výkonu je minimálne 10 minút. Maximálna frekvencia vykazovania výkonu: 1x za kalendárny štvrťrok Výkon nie je možné kombinovať s nasledovnými výkonmi: • 1B05011 • 1B05012 • 1B05013 • 1B05014
629b*	-	Skriningový antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou Obsahová náplň výkonu: Skriningový, 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 plastikový 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 hlbokej 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 vykázať, ak poskytovateľ v ten istý deň indikoval vykonanie daného vyšetrenia aj u poskytovateľa SVLZ na laboratórnu diagnostiku.
4485*		Stanovenie Troponínu Uhrádza sa: - za účelom stanovenia kardiálneho troponínu v ambulancii poskytovateľa pre potreby urýchlenej a spresnenej diferenciálnej diagnostiky bolestí 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 vykázať, ak poskytovateľ v ten istý deň indikoval vykonanie daného vyšetrenia aj u poskytovateľa SVLZ na laboratórnu diagnostiku.
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 vykázať, ak poskytovateľ v ten istý deň indikoval vykonanie daného vyšetrenia aj u poskytovateľa SVLZ na laboratórnu diagnostiku.
H0006	-	Stratifikácia kardiovaskulárneho rizika Akceptuje sa u odbornosti ŠAS s kódmi: 050,064 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 pre 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 prípočítateľná 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
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,

		- 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 vykázať, ak súčasne v ten istý deň bolo toto vyšetrenie indikované do laboratória. Maximálna frekvencia vyšetrení INR u jedného poistenca je 16x za rok.
H0008*	-	Stanovenie indexu ABI oscilometrickou metódou 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.
5153C	-	Punkcia alebo biopsia prostaty pod USG kontrolou Akceptuje sa u odbornosti ŠAS s kódom: 012. 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.
4L03003	-	Cystoskopia optickým 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.
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.

*Výkony 3860, H0007, H0008 sa uhrádzajú u odborností vnútorné lekárstvo, kardiológia, angiológia, cievna chirurgia a výkony 4485, 44418 sa uhrádzajú u odborností vnútorné lekárstvo, kardiológia a výkon H0006 sa uhrádza u odborností diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy a pediatrika endokrinológia a diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy. Pri týchto odbornostiach nie je potrebné, aby poskytovateľ žiadal zdravotnú poisťovňu o zazmluvnenie uvedených výkonov v zmysle bodu 3.6. písm. m) VZP. Pre účely ich vykonávania, vykazovania a uhrádzania v rámci daných odborností je poskytovateľ povinný disponovať dokladom o vlastníctve alebo prenájme prístroja s platným certifikátom (vyhlásením o zhode), zaškolením výrobcu alebo distribútorom prístroja a na vyžiadanie zdravotnej poisťovne tieto doklady predložiť v origináli k nahliadnutiu zdravotnej poisťovni alebo vo forme kópie ich doručiť zdravotnej poisťovni. U iných odborností ako je vnútorné lekárstvo, kardiológia, angiológia a cievna chirurgia zdravotná poisťovňa môže výkony 3860, H0007, H0008 zazmluvniť, ak poskytovateľ medicínsky zdôvodní žiadosť o zazmluvnenie daných výkonov za súčasného splnenia povinnosti poskytovateľa podľa bodu 3.6. písm. m) VZP, prípadne aj po preukázaní ďalších podmienok úhrady výkonu. Výkon 629b zdravotná poisťovňa môže zazmluvniť na základe splnenia povinnosti poskytovateľa podľa bodu 3.6. písm. m) VZP, prípadne aj po preukázaní ďalších podmienok úhrady výkonu.

3. 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.

4. 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, iniciálne 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 späťne 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
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 hradeným cenou bodu.
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 $\leq 93\%$ • pretrvávanie príznakov 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 hradeným cenou bodu, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi.

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

1. Do úhrady za zdravotné výkony špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti v odbore zubné lekárstvo 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 - uhrádza sa poskytovateľovi, ktorý zdravotnej poisťovni predložil príslušné povolenie na používanie zdrojov ionizujúceho žiarenia.
2. 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**.
3. Zdravotné výkony preventívnych prehliadok D01, D02, D02a, D05 a D06 sa vykazujú s kódom choroby Z01.2.

Časť – Mobilné odberové miesto

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

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady
16x	Vyhodnotenie COVID-19 na dôkaz IgM/IgG rýchlym diagnostickým kazetovým imunochromatografickým testom, ktorý má pridelený kód ZP IVD (ŠÚKL). Vykazuje sa s kódom choroby U07.1 alebo U07.2. Ostatné podmienky vykazovania a úhrady výkonu sú uvedené Usmernení k vykazovaniu výkonu 16x zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne.
299x	Odber a odoslanie akéhokoľvek biologického materiálu na vyšetrenie COVID - 19 v mobilnom odberovom mieste. Vykazuje sa s kódom choroby U07.1 alebo U07.2. Zdravotná poisťovňa výkon uhrádza len za podmienky, že pre účely daného odberu odberový set dodá regionálny úrad verejného zdravotníctva.
COVM	Odber biologického materiálu na vyšetrenie COVID – 19 sa výnimočne uhrádza aj formou výjazdovej služby osobe, ktorá je indikovaná ošetroujúcim lekárom a ktorej následne Národné centrum zdravotníckych informácií vydalo jednoznačný identifikátor (najmä CovidPass) potvrdzujúci indikáciu zo zdravotných dôvodov. Poskytovateľ je oprávnený využiť výjazdovú službu výlučne v prípade ak poistenec, ktorému bol zo zdravotných dôvodov indikovaný odber biologického materiálu na vyšetrenie COVID - 19, nie je schopný zo závažných zdravotných dôvodov využiť všetky dostupné prostriedky na transport k prevádzkovateľovi mobilného odberového miesta. Ostatné podmienky vykazovania a úhrady tohto typu prevozu sú uvedené v Usmernení k vykazovaniu prepravy zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne.

3. Zdravotné výkony poskytnuté v odbornosti mobilné odberové miesto podľa tejto časti sa nezahŕňajú do finančného objemu.

Časť - Jednodňová zdravotná starostlivosť

1. Cenník JZS je zverejnený na webovom sídle zdravotnej poisťovne www.union.sk. Zmluvné strany vyhlasujú, že im je známy ich aktuálne platný obsah v čase, keď sa JZS stala súčasťou dohodnutého vecného rozsahu poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

2. 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 operácií), 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.

3. 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.

4. Poskytovateľ je povinný:

- a) viesť evidenciu následných komplikácií a následných hospitalizácií po výkonoch jednodňovej zdravotnej starostlivosti a v prípade žiadosti ju predložiť zdravotnej poisťovni k nahliadnutiu,
- b) zabezpečiť histologické vyšetrenie biologického materiálu u výkonov, u ktorých je to indikované, zabezpečiť zaznamenanie výsledku histologického vyšetrenia do zdravotnej dokumentácie poistenca a zabezpečiť jeho prístupnosť tomu poskytovateľovi, ktorý je príslušný na poskytovanie ďalšej potrebnej zdravotnej starostlivosti.

5. 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, je poskytovateľ povinný úhradu za poskytnuté výkony, v dôsledku ktorých vznikli u poistenca komplikácie s následnou hospitalizáciou vrátiť zdravotnej poisťovni najneskôr do 30 dní odo dňa oznámenia výsledku kontroly.

Časť - Podmienky úhrady jednodňovej zdravotnej starostlivosti podľa klasifikačného systému diagnosticko-terapeutických skupín (systém DRG)

1. Zdravotná poisťovňa uhrádza podľa klasifikačného systému diagnosticko-terapeutických skupín (systém DRG) poskytovateľovi úhradu za zdravotnou poisťovňou uznanú jednodňovú zdravotnú starostlivosť.

2. Klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín je medicínsko-ekonomický klasifikačný systém, ktorý na základe definíčnej príručky umožňuje zaradiť jednotlivé klasifikačné prípady do ekonomicky a klinicky homogénnych diagnosticko-terapeutických skupín, ktorým spravidla prislúcha relatívna váha definovaná v katalógu prípadových paušálov. Podrobnosti zaradenia klasifikačného prípadu do príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupiny určuje definíčná príručka. Zaradenie do klasifikačného prípadu do príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupiny sa vykonáva prostredníctvom počítačového programu zdravotnej poisťovne (tzv. grouper).

3. Na účely tejto časti sa za klasifikačný prípad považuje poskytovanie jednodňovej zdravotnej starostlivosti poistencovi u poskytovateľa na pracovisku jednodňovej zdravotnej starostlivosti alebo oddelení s DRG relevantnou odbornosťou od okamihu jeho prijatia až do okamihu jeho ukončenia.

4. 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 závislých, 578 – drogové závislosti, 144 – klinická psychológia, 241 – psychoterapia.

5. Ošetrovacia doba je počet dní medicínsky opodstatneného pobytu poistenca u poskytovateľa na oddeleniach s DRG relevantnou odbornosťou v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, pričom do tohto počtu dní sa nezapočítava deň prijatia poistenca do zdravotnej starostlivosti; deň prijatia poistenca do zdravotnej starostlivosti sa započítava do ošetrovacej doby, ak ide o klasifikačný prípad trvajúci menej ako 24 hodín.

6. Základná sadzba je suma v absolútnej hodnote, ktorá je uhrádzaná podľa systému DRG za jednotlivý klasifikačný prípad s relatívnou váhou rovnou 1,0000.

7. Výška základnej sadzby je stanovená pre príslušný kalendárny rok Centrom pre klasifikačný systém (ďalej len „CKS“).

8. Výška úhrady za klasifikačný prípad sa vypočíta ako súčin základnej sadzby a príslušnej relatívnej váhy určenej podľa katalógu prípadových paušálov v závislosti od správneho zaradenia klasifikačného prípadu do príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupiny a od dĺžky ošetrovacej doby a podľa ostatných podmienok vyplývajúcich zo zmluvy. Za správne zaradenie klasifikačného prípadu do príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupiny sa považuje zaradenie vykázaného klasifikačného prípadu do diagnosticko-terapeutickej skupiny podľa definíčnej príručky.

9. Ak nie je dojednané inak, úhrada za klasifikačný prípad zahŕňa úhradu za všetku jednodňovú zdravotnú starostlivosť, špeciálny zdravotnícky materiál alebo služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti:

- a) poskytnuté poistencovi poskytovateľom alebo akýmkoľvek iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti počas trvania výkonu jednodňovej zdravotnej starostlivosti,
- b) poskytnutú poistencovi poskytovateľom alebo iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v súvislosti s výkonom jednodňovej zdravotnej starostlivosti (s výnimkou liekov a zdravotníckych pomôcok, na ktoré bol vystavený predpis, resp. lekárskeho poukazu v deň ukončenia klasifikačného prípadu);
- c) poskytnutú poistencovi kedykoľvek po ukončení klasifikačného prípadu poskytovateľom alebo akýmkoľvek iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ak bola indikovaná počas trvania klasifikačného prípadu podľa písm. c) bodu 3.7. VZP;

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

10. 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. c) bodu 3.7. VZP poskytovateľom alebo iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v deň poskytnutia jednodňovej zdravotnej starostlivosti, bez uvedeného ID klasifikačného prípadu, bude automaticky započítaná do úhrady za klasifikačný prípad, pokiaľ poskytovateľ nepreukáže, že táto zdravotná starostlivosť resp. služba súvisiaca s poskytovaním zdravotnej starostlivosti nesúvisí s klasifikačným prípadom. V prípade, ak na odporúčanie podľa písm. c) bodu 3.7. VZP 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.

11. Úhrada za klasifikačný prípad nezahŕňa úhradu za pripočítateľné položky ku klasifikačným prípadom uvedené v prílohách dokumentu „Katalóg prípadových paušálov“ podľa bodu 24 tejto časti a výkony záchrannej zdravotnej služby poskytnuté poskytovateľom alebo iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.

12. Zdravotná poisťovňa uhrádza zdravotné výkony poskytnuté poistencovi zariadením spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“), ktoré podľa ustanovení tejto časti mali byť zahrnuté v úhrade za klasifikačný prípad, poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti prevádzkujúcemu zariadenie SVLZ, pričom zdravotná poisťovňa má voči poskytovateľovi právo na refundáciu nákladov podľa bodu 14 tejto časti.

13. 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 klasifikačného prípadu poskytovateľovi alebo inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti a súčasne podľa ustanovení tejto časti mali byť zahrnuté v úhrade za klasifikačný prípad a/alebo za pripočítateľnú položku ku klasifikačnému 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.

14. 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.

15. 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 doba	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 ošlčky 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	
A63Z	M	Evaluačná hospitalizácia pred transplantáciou pľúc alebo srdca-pľúc	2,5747	14,1	5	0,4303	25	0,1752	0,1428
A66Z	M	Evaluačná 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
D16Z	OP	Odstúpenie materiálu z čeluste a tváre	0,9826						
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
E03Z	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
E41Z	I	Včasná rehabilitácia pri chorobách dýchacej sústavy	3,9371						
F08J	OP	Rekonštrukčné výkony na cievach bez použitia mimotelového obehu, bez komplikujúcej konstelácie, bez torakoabdominálnej aneuryzmy, bez komplexného výkonu, bez určitého výkonu na aorte, v JZS	0,1982						
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
F45Z	I	Včasná rehabilitácia u chorôb a porúch krvného obehu	9,2083						
F49A	I	Invazívna kardiologická diagnostika okrem pri akútnom infarkte myokardu, viac ako 2 ošetrovacie dni, s veľmi ťažkými CC, s komplexným výkonom	6,2802						
G51Z	I	Včasná rehabilitácia chorôb a porúch GIT	3,4982						
I02A	OP	Transplantácia tkaniva/kože, okrem ruky, s komplikujúcou konsteláciou, výkon na viacerých lokalizáciách alebo s ťažkými poškodeniami mäkkých tkanív, s veľmi ťažkými CC a komplexným operačným výkonom	3,9303						
I08J	OP	Iné výkony na bedrovom kĺbe a stehennej kosti bez viacnásobného výkonu, bez komplexného výkonu, bez komplexnej diagnózy, bez veľmi ťažkých CC, bez osteotómie, bez svalovo-/ kĺbovej plastiky, v JZS	0,4621						
I31J	OP	Viaceré komplexné výkony na laktovom kĺbe a predlakti alebo kĺb preklenujúce distalné mäkké časti u vrodených chýb ruky, v JZS	0,5670						
I32Q	OP	Výkony na zápästí a ruke, so stredne komplexnými výkonmi v JZS	0,2764						
I96Z	OP	Včasná rehabilitácia s OP výkonom u chorôb a porúch muskuloskeletálneho systému a spojivového tkaniva, viac ako 20 dní	2,1840						
J26Z	OP	Plastická rekonštrukcia prsníka s komplexnou kožnou transplantáciou, alebo veľké výkony na prsníku pri zhubnom nádore s komplexným výkonom	3,2393						
K04B	OP	Veľké výkony pri obezite bez komplexného výkonu	2,1419	5,2	2	0,3235	8	0,0866	0,1039
K43Z	I	Včasná rehabilitácia endokrinologických ochorení, porúch výživy a ochorení látkovej výmeny	2,8419						
L09J	OP	Iné výkony pri ochoreniach močových ciest okrem zavedenia jedného dialyzačného shuntu pri akútnej renálnej insuficiencii alebo pri chronickej renálnej insuficiencii s dialýzou, bez kalcifylaxie bez resekcii štítnej žľazy, v JZS	0,4094						
L73Z	M	Ochrnutie močového mechúra, viac ako jeden ošetrovací deň	0,7083	4,9	0		11	0,0977	0,1160
M38Z	OP	Komplikovaná konstelácia s operačným výkonom pri ochoreniach a poruchách mužských pohlavných orgánov	5,0323	16,7	6	0,5904	31	0,2124	0,2004
N01B	OP	Panvová viscerácia u ženy a radikálna vulvectómia alebo určitá lymfadenektómia s veľmi ťažkými CC, bez komplexného výkonu, bez komplikujúcej konstelácie s multiviscerálnym výkonom	6,0222	18,9	6	0,5469	32	0,1218	0,1653
V40Z	I	Kvalifikovaná odvykacia kúra	0,9427	10,9	0		15	0,0601	0,0785
W01A	OP	Polytrauma s UPV alebo určitými výkonmi, s včasnou rehabilitáciou	16,007						
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 bez RV v platnom Katalógu prípadových paušálov	1,0149						

16. Ak poskytovateľ počas trvania klasifikačného prípadu **vykázal použité lieky a/alebo zdravotnícke pomôcky v inej ako nulovej cene a ide o lieky a/alebo zdravotnícke pomôcky, ktoré na svoje náklady centrálne 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.

17. V prípade, že poskytovateľ pri poskytovaní jednodňovej 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 ku klasifikačnému 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.

18. Ak je v Katalógu prípadových paušálov a dokumente „Pripočítateľné položky DRG“ uvedená cena, zdravotná poisťovňa uhradí pripočítateľnú položku ku klasifikačnému 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 obstarávacia cena pripočítateľnej položky vyššia ako cena uvedená v dokumentoch podľa predchádzajúcej vety, je tento rozdiel zahrnutý do úhrady klasifikačného prípadu, v súvislosti s ktorým bola pripočítateľná položka vykázaná. Poskytovateľ dokladuje obstarávaciu cenu kópiami nadobúdacích dokladov, ak si ich zdravotná poisťovňa vyžiada.

19. 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.

20. Ak zdravotná poisťovňa zistí, že obstarávacia cena pripočítateľnej položky, ktorá bola dohodnutá podľa bodu 19 tejto časti, je nižšia ako cena uvedená v dokumente „Pripočítateľné položky DRG“, zdravotná poisťovňa z vlastného podnetu opätovne pristúpi k prehodnoteniu jej ceny podľa bodu 19 tejto časti.

21. 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 19 tejto časti nedohodli inak. Ak je dokument „Pripočítateľné položky DRG“ aktualizovaný podľa bodu 19 alebo 20 tejto časti, účinnosť nadobúda dňom uverejnenia na webovom sídle zdravotnej poisťovne alebo dňom platnosti, ktorý je uvedený v samotnom dokumente.

22. 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) pravidlá kódovania chorôb a zdravotných výkonov,
 - f) pravidlá pre výpočet prípadových paušálov a pravidlá pre zlučovanie klasifikačných prípadov,
- (ďalej spoločne aj ako „DRG dokumenty“).

23. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností platí, že pod pravidlami pre výpočet prípadových paušálov a zlučovanie klasifikačných prípadov podľa písm. f) bodu 22 tejto časti sa rozumie príslušný právny predpis upravujúci zúčtovanie klasifikačných prípadov v systéme úhrad podľa DRG v platnom znení.

24. 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 jednodňovej zdravotnej starostlivosti podľa systému DRG počas celého nasledujúceho kalendárneho roka. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností sa zmluvné strany dohodli, že na klasifikačný prípad sa aplikujú súvisiace dokumenty vzťahujúce sa na kalendárny rok, v ktorom došlo k prijatiu poistenca do jednodňovej zdravotnej starostlivosti pri prvom zo zlučovaných klasifikačných prípadov.

25. 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 22 tejto časti 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 22 tejto časti zdravotná poisťovňa a zverejní ich na svojom webovom sídle, pokiaľ uvedené neodporuje všeobecne záväzným právnym predpisom.

Časť - Zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek

- Úhrada za výkony spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej aj ako „SVLZ“), s výnimkou špecializačných odborov uvedených pod písm. A), B) alebo C) tejto časti 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

- 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**“.
- Dokumenty podľa predchádzajúceho bodu sú zverejnené na webovom sídle zdravotnej poisťovne www.union.sk. Zmluvné strany vyhlasujú, že im je známy ich aktuálne platný obsah v čase, keď sa SVLZ v špecializačných odboroch laboratórnej medicíny stal súčasťou dohodnutého vecného rozsahu poskytovanej zdravotnej starostlivosti.
- Výška ceny bodu za výkony SVLZ v špecializačných odboroch laboratórnej medicíny závisí od splnenia motivačných kritérií uvedených nižšie. Základná cena bodu (podmienkou je interný a externý systém kontroly kvality a zabezpečenie prepravy biologického materiálu) sa navýši za splnenie každého z nasledovných motivačných kritérií (ďalej aj „MK“)

Motivačné kritérium	Zvýšenie základnej ceny bodu / €
Ordinačné hodiny - nepretržitá prevádzka a/alebo vykonávanie manuálne náročných zdravotných výkonov	0,00061
Laboratórny informačný systém	0,00061
Akreditácia	0,00061

- Poskytovateľ poskytujúci zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačnom odbore patologická anatomia vykazuje zdravotné výkony súvisiace s cytologickým vyšetrením cervikálneho steru výlučne kódmi a za podmienok uvedených v tabuľke tohto bodu:

Kód výkonu	Názov výkonu	Počet bodov	Podmienky vykazovania
9980	Skríningové cytologické vyšetrenie steru z krčka maternice realizované konvenčnou metódou.	1 000	Vykazuje sa s kódmi choroby Z01.4, Z12.4, N72, N86, N87.0, N87.1, N87.2, N87.9, N88.8, N88.9, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54.0, C54.1, C54.2, C54.3, C54.8, C54.9, C55, C80.9, D06.9, C80.0, D06.0, D06.1, D06.7, R87.60, R87.61, R87.62, R87.63, R87.64, R87.65, R87.66, R 87.67 Výkon je možné 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 konvenčnou metódou /kontrolné cytologické vyšetrenie/	1 000	Vykazuje sa s kódmi choroby Z01.4, Z12.4, N72, N86, N87.0, N87.1, N87.2, N87.9, N88.8, N88.9, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54.0, C54.1, C54.2, C54.3, C54.8, C54.9, C55, C80.9, D06.9, C80.0, D06.0, D06.1, D06.7; Výkon je možné 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“

9952	Cytologické vyšetrenie realizované metódou "Liquid based cytology"	-	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 oportúnného 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 anatomia.

Ďalšie podmienky úhrady za výkon 9952 sú nasledovné:

- a) V úhrade za výkon sú zahrnuté celkové náklady na realizáciu výkonu poskytovateľom vrátane odberového materiálu (viálky).
- b) 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.
- c) Daný výkon bol indikovaný zdravotníckym pracovníkom v povolani lekáro so špecializáciou v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo alebo klinická onkológia alebo onkológia v gynekológii alebo pediatriká gynekológia alebo materno-fetálna medicína.
- d) Výkon sa uhrádza za podmienky, že pri výkone bol použitý odberový materiál (viálka), ktorú poskytovateľ dodal indikujúcemu poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti.
- e) 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.
- f) 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 skriningom 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. s úhradou výkonov uvedených pod písm. A), v bode 1 písm. a) [okrem výkonov uvedených v písm. c) tohto bodu] a v bode 4 v zmluvne dohodnutej cene s podmienkou, že poskytovateľ nebude za zdravotnú starostlivosť vo forme týchto výkonov požadovať úhradu od poistenca, ktorému bol výkon poskytnutý. Poskytovateľ berie na vedomie, že tento súhlas revízneho lekára zdravotnej poisťovne

- a) je účinný od nadobudnutia účinnosti zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej medzi zdravotnou poisťovňou a poskytovateľom a platí po dobu jej platnosti, pokiaľ nebol zdravotnou poisťovňou odvolaný podľa písm. b) tohto bodu
- b) môže byť kedykoľvek, aj pred uplynutím doby uvedenej v písm. a), odvolaný na základe písomného odvolania súhlasu revízneho lekára zdravotnej poisťovne; odvolanie súhlasu nadobudne účinnosť ku dňu uvedenému v odvolaní súhlasu, a
- c) nevzťahuje sa na zdravotné výkony, ktoré podľa dojednaných zmluvných podmienok podliehajú schvaľovaniu zdravotnej poisťovne na základe žiadosti.

7. Poskytovateľ je na žiadosť zdravotnej poisťovne povinný predložiť kópie výsledkov externej kontroly kvality vo forme ako ich dostáva od spoločnosti, s ktorou má uzatvorenú zmluvu o vykonávaní externej kontroly kvality (doklad o zaradení do systému externej kontroly kvality a prehľad získaných certifikátov); táto povinnosť sa vzťahuje na poskytovateľa

zdravotnej starostlivosti, ktorý poskytuje zdravotnú starostlivosť v zariadeniach spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek v odboroch klinická biochémia, patologická anatómia, hematológia a transfuziológia, klinická mikrobiológia, klinická imunológia a alergológia, nukleárna medicína, lekárska genetika a laboratórna medicína.

B) Zobrazovacie vyšetrovacie metódy

1. Výška ceny bodu za výkony SVLZ v špecializačnom odbore rádiológia závisí od technických parametrov prístrojového vybavenia pracoviska a od splnenia kritérií uvedených v tabuľke tohto bodu:

Zobrazovacia modalita	Kritérium
osteodenzitometria	-
Konvenčné RTG - okrem vybraných skiagrafických výkonov	-
Konvenčné RTG – vybrané skiagrafické výkony	RTG prístroj analógový
	RTG prístroj s nepriamou digitalizáciou a so systémom PACS
	RTG prístroj s priamou digitalizáciou a so systémom PACS
	RTG prístroj s priamou digitalizáciou, so systémom PACS a s vybavením na elektronické zdieľanie RTG snímok s iným poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti
Ultrasonografia	-
Mamografia	Poskytovateľ, ktorý poskytuje menej ako 3 000 vyšetrení za jeden kalendárny rok
	Poskytovateľ, ktorý poskytuje minimálne 3 000 vyšetrení za jeden kalendárny rok
počítačová tomografia	CT prístroj do 16 MSCT
	CT prístroj do 16 MSCT– 24 hodinová prevádzka
	CT prístroj 20 - 40 MSCT
	CT prístroj 20 - 40 MSCT– 24 hodinová prevádzka
	CT prístroj 64 MSCT a viac
	CT prístroj 64 MSCT a viac – 24 hodinová prevádzka
magnetická rezonancia	MR prístroj 0,2 T až 0,25 T pre vyšetrenie jedného orgánového systému - kĺbov
	MR prístroj 0,25 T pre viac orgánovú diagnostiku
	MR prístroj 0,3 T - 1,0 T
	MR prístroj od 1,1 T do 2,9 T
	MR prístroj 3T a vyššie

2. V prípade, že poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zariadení SVLZ použije špeciálny zdravotnícky materiál (ďalej len „SZM“) uvedený v Zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov (ďalej len „Zoznam SZM“) v zmysle zákona č. 363/2011 Z.z. a preskripčným obmedzením viazaný na špecializačný odbor rádiológia, zdravotná poisťovňa uhradí tento SZM ako pripočítateľnú položku k úhrade výkonu do výšky obstarávacej ceny SZM, najviac však do výšky príslušnej maximálnej úhrady zdravotnej poisťovne za SZM uvedenej v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne pri súčasnom dodržaní všetkých ostatných príslušných podmienok úhrady SZM, ak nie je dojednané inak. Ak je obstarávacia cena SZM vyššia ako maximálna úhrada zdravotnej poisťovne za SZM ako pripočítateľnej položky uvedená v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne, je tento rozdiel zahrnutý do úhrady výkonu, v súvislosti s ktorým bol SZM použitý. Týmto bodom nie je dotknutá výška doplatku poistenca na úhradu SZM.

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 uchovávaní 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.

- e) Poskytovateľ plní kritérium elektronického zdieľania RTG snímok s inými 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.
- f) Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti dodržiava Štandardný postup na vykonávanie lekárskeho ožiarenia - Skiagrafia a skiaskopia vydaný Ministerstvom zdravotníctva SR.
- g) Poskytovateľ je povinný v súlade s príslušnými všeobecne záväznými právnymi predpismi sledovať a zaznamenávať veľkosť ožiarenia poistenca.
- h) 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.
- i) Systém PACS poskytovateľa musí spĺňať príslušnú platnú technickú normu pre digitálne spracovanie obrazov a komunikáciu v medicíne.
- j) 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.
- k) 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.

6. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi zdravotnú starostlivosť súvisiacu so skríningom nádorov prsníka nad rámec globálneho rozpočtu/finančného objemu (t.j. v tomto prípade výkony mamografie nie sú zahrnuté do globálneho rozpočtu/ finančného objemu) za nasledovných podmienok:

- a) Skríning nádorov prsníka predstavuje organizovanú a vyhodnocovaciu činnosť majúcu za cieľ včasné zachytenie zhubných nádorov prsníka vykonávaním skríningových mamografických vyšetrení prsníkov a prípadne iných doplnkových diagnostických vyšetrení (USG, biopsia).
- b) Skríning nádorov prsníkov sa vykonáva v zmysle Štandardného postupu na výkon prevencie karcinómu prsníka metódou populačného skríningu - skríningová mamografia platného v aktuálnom čase.
- c) Poskytovateľ v čase realizácie skríningu nádorov prsníkov spĺňa všetky podmienky vstupu mamografického pracoviska do populačného skríningu rakoviny prsníka zverejnených na webovom sídle Ministerstva zdravotníctva SR v dokumente Skríning rakoviny prsníka alebo v inom príslušnom dokumente.
- d) Poskytovateľ elektronickou alebo bežnou poštou v lehote do 3 pracovných dní odo dňa účinnosti zazmluvnenia výkonov uvedených v tejto časti oznámi zdravotnej poisťovni mailový a telefonický kontakt, na ktorom sa zdravotnou poisťovňou pozvaná poistenka môže objednať na skríningové mamografické vyšetrenie; ak sa mailový a telefonický kontakt zmení, poskytovateľ ho oznámi zdravotnej poisťovni do 3 pracovných dní odo dňa zmeny.
- e) Poskytovateľ postupuje v súlade s dokumentom pod názvom Štandardný postup na vykonávanie lekárskeho ožiarenia a na výkone prevencie - skríningová mamografia vydaným Ministerstvom zdravotníctva SR podľa §9a ods. 7 zákona č. 578/2004 Z. z. alebo v inom príslušnom dokumente.
- f) V tabuľke je špecifikovaná zdravotná starostlivosť súvisiaca so skríningom nádorov prsníka, ktorá má stanovený osobitný spôsob vykazovania a úhrady vyplývajúci z nasledovnej tabuľky:

Kód výkonu	Popis výkonu	Špecifikácia ďalších podmienok úhrady
1301	Skríningová mamografia - negatívny nález	Výkony: - sa vykazujú v závislosti od výsledku a realizovaných doplnkových vyšetrení (viď popis výkonu) s príslušným kódom výkonu a s kódom choroby Z01.6, Z80.3 alebo Z87.7 - nie je možné vzájomne kombinovať - nie je možné vykazovať ani s výkonmi 5092, 5092p, 5308 a 5153a Úhrada za výkon zahŕňa: - skríningovú digitálnu mamografiu a v prípade potreby podľa kategórie BI-RADs vyplývajúce základné doplnkové diagnostické výkony, t.j. USG vyšetrenie prsníkov a jadrovú biopsiu (core-cut) lézie prsníka pod USG kontrolou, - vyhodnotenie realizované metódou tzv. dvojitého čítania, pričom minimálne jeden z dvojice hodnotiacich rádiológov disponuje platným certifikátom v certifikovanej pracovnej činnosti Mamodiagnostika v rádiológii, prípadné následné USG vyšetrenie a jadrovú biopsiu vykonáva lekár rádiológ, - celkový manažment poistenky spojený s vykonávaním skríningu nádorov prsníkov (najmä objednanie poistenky, odoslanie poistenky na ďalšie poskytnutie zdravotnej starostlivosti, napr.
1301a	Skríningová mamografia –abnormálny nález po mamografii bez absolvovania USG a biopsie	
1301b	Skríningová mamografia - negatívny nález po mamografii a USG bez biopsie	
1301c	Skríningová mamografia –abnormálny nález po mamografii a USG bez biopsie	
1301d	Skríningová mamografia - negatívny nález po mamografii, USG a biopsii	
1301e	Skríningová mamografia – pozitívny nález po mamografii, USG a biopsii	

		magnetická rezonancia, zariadenia poskytujúce zdravotnú starostlivosť v odbornosti klinická onkológia a pod.)
1301f	Ďalšie vyšetrenia v rámci diagnostiky prípadnej choroby zistenej na základe skríningu.	Výkon sa pre štatistické účely vykazuje s nulovou výškou úhrady v kombinácii s výkonom 1301c, 1301d alebo 1301e, ak poskytovateľ indikoval ďalšie vyšetrenie spadajúce do tzv. doriešujúcej fázy

C) Fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia

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

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

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

Časť – Priamo hradené výkony pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti

1. Zdravotné výkony vykazované s kódmi 333, 334, 335, Y0008, Y0023, Y0018, Y0021, Y0026, Y0037, 315y, 315x sa nezahŕňajú do finančného objemu.
2. V prípade uplatňovania finančného rozsahu na poskytovanie ŠAS sa zdravotné výkony vykazované s kódmi 4F00010 a 607A zahŕňajú do finančného objemu.
3. Zdravotná poisťovňa vyhlasuje, že revízny lekár zdravotnej poisťovne udelil predchádzajúci súhlas podľa § 42 ods. 5 a 6 zákona č. 577/2004 Z.z. 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
 - a) je účinný od nadobudnutia účinnosti zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej medzi zdravotnou poisťovňou a poskytovateľom a platí po dobu jej platnosti, pokiaľ nebol zdravotnou poisťovňou odvolaný podľa písm. b) tohto bodu
 - b) môže byť kedykoľvek, aj pred uplynutím doby uvedenej v písm. a), odvolaný na základe písomného odvolania súhlasu revízneho lekára zdravotnej poisťovne; odvolanie súhlasu nadobudne účinnosť ku dňu uvedenému v odvolaní súhlasu, a
 - c) nevzťahuje sa na zdravotné výkony, ktoré podľa dojednaných zmluvných podmienok podliehajú schvaľovaniu zdravotnej poisťovne na základe žiadosti.
4. 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.
5. 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.
6. **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.**
7. Uvedené guidelines (NCCN, MZSR,) akceptujeme podľa aktuálne platnej verzie v čase vyšetrenia.

Časť – Mobilný hospic

1. Nasledovné zdravotné výkony **vykonané lekárom a sestrou mobilného hospicu** sa uhrádzajú za podmienok úhrady uvedených v tejto tabuľke:

Kód výkonu	Názov výkonu a špecifikácia podmienok úhrady
25m	Návšteva osoby v paliatívnej starostlivosti v jej domácom prostredí alebo v inom prirodzenom prostredí, v ktorom je osoba umiestnená vykonaná lekárom a sestrou mobilného hospicu v rámci riadneho pracovného času od 7:00 hod. do 19:00 hod.
27	Návšteva osoby v paliatívnej starostlivosti v jej domácom prostredí alebo v inom prirodzenom prostredí, v ktorom je osoba umiestnená vykonaná lekárom a sestrou mobilného hospicu mimo riadneho pracovného času od 19:00 hod. do 7:00 hod., v sobotu, v nedeľu a vo sviatok, ktorý je dňom pracovného pokoja.
Indikácie na poskytnutie výkonu (za súčasného splnenia oboch podmienok): a) osoba je vo fáze nezvratne progresívneho ochorenia (prognóza života pacienta niekoľko týždňov až mesiacov) a b) boli vyčerpané všetky terapeutické možnosti, ktoré môžu chorobu vyliečiť alebo zastaviť jej progresiu. Popis výkonu (všetky poskytnuté obsahové zložky výkonu sú povinne obsahom zdravotnej dokumentácie): a) činnosti lekára: anamnéza (pri prvom vyšetrení kompletná, pri nasledujúcom vyšetrení od poslednej návštevy), založenie a vedenie zdravotnej dokumentácie, popis subjektívnych ťažkostí s dôrazom na špecifikáciu intenzity a charakteru bolesti, vyšetrenie všetkých orgánových systémov, vyšetrenie saturácie kyslíkom oxymetrom, diagnostický záver, podanie medikácie, nastavovanie a zmeny domácej oxygenoterapie, zavádzanie a výmena katétrov, tracheostomickej kanyly, punkcia a evakuácia ascitu, pleurálna punkcia a evakuácia obsahu, podrobný popis (lokalita, počet, plocha, spodina, fáza hojenia) dekubitov a iných chronických rán (ako podklad pre použitie rôznych druhov krytí), ošetrovanie rán, potrebné odbery na laboratórne vyšetrenia, vypísanie žiadaniek, plán paliatívnej liečby do nasledujúcej návštevy, predpis potrebných liekov a zdravotníckych pomôcok na obdobie do ďalšej návštevy, poučenie pacienta, psychosociálna intervencia, zabezpečenie ďalších laboratórnych vyšetrení, vypísanie žiadaniek, zabezpečenie ďalších odborných vyšetrení, vyhotovenie lekárskej správy; b) činnosti sestry: všetka potrebná ošetrovateľská starostlivosť, ktorú si vyžaduje zdravotný stav poistenca poskytnutá podľa príslušných ŠDTP, ďalšej súvisiacej legislatívy a uzatvorenej zmluvy; c) neoddeliteľnou súčasťou výkonu je psychosociálna intervencia u ošetrovateľských osôb, poučenie o diéte a životospráve, o starostlivosti o vylučovanie, hygienu kože a ústnej dutiny, o zásadách prevencie dekubitov, inštrukciách k polohovaniu pacienta. Trvanie výkonu: najmenej 120 minút, v zdravotnej dokumentácii sa vyžaduje presný čas začatia a ukončenia poskytovania zdravotnej starostlivosti. Vykazovanie výkonu: a) výkon sa vykazuje samostatne; výkon môže mať aj iné potrebné súčasti ako sú uvedené v popise výkonu, tieto sa osobitne nevykazujú; b) výkony 25m a 27 sa uhrádzajú kumulatívne, ich maximálny počet za 12 kalendárnych mesiacov na jedného pacienta 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, okrem prípadov, ak so zvýšením počtu návštev súhlasí zdravotná poisťovňa. Ak zdravotná poisťovňa odsúhlasila viac návštev ako je maximálny počet pri osobe, ktorá v čase indikovania paliatívnej zdravotnej starostlivosti dovŕšila 19 rokov veku, pevná cena sa uplatňuje aj na tieto odsúhlasené návštevy. c) vykazuje sa s diagnózou Z51.5; d) poskytovateľ je povinný k faktúre priložiť lekársku správu s odôvodnením návštevy v čase od 19:00 hod. do 07:00 hod., v sobotu, v nedeľu a vo sviatok, ktorý je dňom pracovného pokoja.	

2. Nasledovné zdravotné výkony **vykonané sestrou mobilného hospicu** sa uhrádzajú za podmienok úhrady uvedených v tejto tabuľke:

Kód výkonu	Názov a špecifikácia podmienok úhrady
3439	Návšteva pacienta (klienta) v pracovnom čase. Návšteva osoby v paliatívnej starostlivosti v jej domácom prostredí alebo v inom prirodzenom prostredí, v ktorom je osoba umiestnená vykonaná osobitne len sestrou mobilného hospicu v rámci riadneho pracovného času od 7:00 hod. do 19:00 hod.
3440	Návšteva mimo riadneho pracovného času (od 19.00 do 7.00 h, v sobotu, v nedeľu a vo sviatok). Návšteva osoby v paliatívnej starostlivosti v jej domácom prostredí alebo v inom prirodzenom prostredí, v ktorom je osoba umiestnená vykonaná osobitne len sestrou mobilného hospicu mimo riadneho pracovného času od 19:00 hod. do 7:00 hod., v sobotu, v nedeľu a vo sviatok, ktorý je dňom pracovného pokoja.
Indikácie na poskytnutie výkonu (za súčasného splnenia oboch podmienok): a) osoba je vo fáze nezvratne progresívneho ochorenia (prognóza života pacienta niekoľko týždňov až mesiacov) a b) boli vyčerpané všetky terapeutické možnosti, ktoré môžu chorobu vyliečiť alebo zastaviť jej progresiu. Popis výkonu: všetka potrebná ošetrovateľská starostlivosť, ktorú si vyžaduje zdravotný stav poistenca poskytnutá podľa príslušných ŠDTP, ďalšej súvisiacej legislatívy a uzatvorenej zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.	

pričom nie je možné ošetrovateľskú starostlivosť o pacienta realizovať prostredníctvom ADOS a zdravotný stav poistenca vyžaduje aj opakovanú návštevu lekára mobilného hospicu; neoddeliteľnou súčasťou výkonu je psychosociálna intervencia u ošetrovateľských osôb, poučenie o diéte a životospráve, o starostlivosti o vylučovanie, hygienu kože a ústnej dutiny, o zásadách prevencie dekubitov a inštruktáž k polohovaniu pacienta; všetky obsahové zložky výkonu sú povinne obsahom zdravotnej dokumentácie.

Trvanie výkonu: najmenej 45 minút, v zdravotnej dokumentácii sa vyžaduje presný čas začatia a ukončenia poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Vykazovanie výkonu:

- a) výkon sa vykazuje samostatne; výkon môže mať aj iné potrebné súčasti ako sú uvedené v popise výkonu, tieto sa osobitne nevykazujú;
- b) výkony nie je možné vykázať, ak v ten istý deň boli vykázané výkony 25m alebo 27;
- c) vykazuje sa s diagnózou **Z51.5**;
- d) neuhrádza sa návšteva osoby v paliatívnej starostlivosti vykonaná osobitne sestrou mobilného hospicu, ak v ten istý deň boli osobe v paliatívnej starostlivosti poskytnuté ošetrovateľské výkony podľa osobitného predpisu poskytované agentúrou domácej ošetrovateľskej starostlivosti;
- e) v prípade potreby poskytnutia izolovaného ošetrovateľského výkonu poistencovi (napr. zmeranie vitálnych funkcií, odber biologického materiálu, podanie injekcie) je tento možné poskytnúť a vykázať iba agentúrou domácej ošetrovateľskej starostlivosti;
- f) výkony 3439 a 3440 sa uhrádzajú kumulatívne, ich maximálny počet za 12 kalendárnych mesiacov na jedného pacienta 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, okrem prípadov, ak so zvýšením počtu návštev súhlasí zdravotná poisťovňa. **Ak zdravotná poisťovňa odsúhlasila viac návštev ako je maximálny počet pri osobe, ktorá v čase indikovania paliatívnej zdravotnej starostlivosti dovŕšila 19 rokov veku, pevná cena sa uplatňuje aj na tieto odsúhlasené návštevy.**
- g) poskytovateľ je povinný k faktúre priložiť lekársku správu s odôvodnením návštevy v čase od 19:00 hod. do 07:00 hod., v sobotu, v nedeľu a vo sviatok, **ktorý je dňom pracovného pokoja.**

3. Poskytovateľ vykazuje pevnú cenu dopravy za jeden kilometer jazdy osobným motorovým vozidlom za návštevu lekárom a sestrou alebo za návštevu sestrou pacienta v paliatívnej zdravotnej starostlivosti v dátovom rozhraní pre Dopravu a v súlade s **metodickým usmernením ÚDZS o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov a lekárskeho poukazov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou č. 5/2015** a opatrením MZ SR č. 07045/2003 – OAP z 30. decembra 2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov.

4. Pokiaľ poskytovateľ podal poistencovi liek, ktorý je uvedený v Zozname kategorizovaných liekov označených v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“, poisťovňa uhradí poskytovateľovi cenu lieku vo výške ceny nadobudnutia tohto lieku, ktorá však nesmie byť vyššia ako cena lieku uvedená v Zozname kategorizovaných liekov ako „Úhrada zdravotnou poisťovňou“. Ak poskytovateľ podal poistencovi len časť balenia lieku podľa predchádzajúcej vety sa určí ako súčin ceny celého balenia lieku a podielu podaných kusov lieku a celkového počtu kusov lieku v balení.

5. Podmienky úhrady za poskytnutú ošetrovateľskú starostlivosť poskytovanú sestrou:

- a) poskytovateľ poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť na základe riadne vyplneného, zdôvodneného, ošetrovateľským lekárom schváleného a jeho podpisom a odtlačkom pečiatky potvrdeného návrhu na poskytnutie ošetrovateľskej starostlivosti (ďalej len „návrh“), ktorého vzor tvorí prílohu č. 15 odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva SR o vedení zdravotnej dokumentácie,
- b) odborné lekárske nálezy súvisiace s poskytovanou ošetrovateľskou starostlivosťou sú neoddeliteľnou súčasťou zdravotnej dokumentácie poskytovateľa. V odôvodnených, resp. sporných prípadoch poskytovateľ na vyžiadanie zdravotnej poisťovni predloží kópie príslušných odborných lekárskeho nálezov podľa tohto písma,
- c) poskytovateľ zasiela kópiu dohody o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti s poistencom zdravotnej poisťovni na jej vyžiadanie v prípade, ak v jednom kalendárnom mesiaci budú fakturovať poskytovanú ošetrovateľskú starostlivosť na tomto istého poistenca dvaja a viacerí poskytovatelia. Zdravotná poisťovňa je oprávnená vyžiadať kópie dohody podľa tohto bodu písomne, telefonicky, faxom alebo e-mailom,
- d) platnosť návrhu podľa písm. a) tohto bodu je najviac tri mesiace odo dňa schválenia návrhu ošetrovateľským lekárom. Ak po uplynutí doby platnosti zdravotný stav poistenca vyžaduje pokračovanie poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti, poskytovateľ je povinný vystaviť a zaslať zdravotnej poisťovni nový návrh podľa písm. a) tohto bodu, v ktorom ošetrovateľský lekár zdôvodní nevyhnutnosť ďalšieho poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti,
- e) bez dodržania podmienok úhrady uvedených v tomto bode poskytovateľ nemá nárok na úhradu poskytnutej zdravotnej starostlivosti.
- f) poisťovňa neakceptuje ošetrovateľské výkony poskytnuté lekárom a/alebo sestrou mobilného hospicu poistencovi umiestnenému v zariadení sociálnej pomoci, s ktorým má poisťovňa uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a ktorému je poskytovaná ošetrovateľská starostlivosť v zariadení sociálnej pomoci.

Časť - Domáca ošetrovateľská starostlivosť

1. Nasledovné zdravotné výkony sa uhrádzajú za podmienok úhrady uvedených v tejto tabuľke:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady
3439a	Nultá návšteva u poistenca. Za nultú návštevu sa na účely tejto zmluvy považuje spracovanie návrhu na poskytnutie domácej ošetrovateľskej starostlivosti, ktorého vzor tvorí prílohu č. 15 odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva SR o vedení zdravotnej dokumentácie (ďalej len „návrh“), predloženie návrhu lekárovi všeobecnej ambulantnej starostlivosti poistenca, s ktorým má poistenec uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „ošetrojúci lekár“) na schválenie a návšteva poistenca poskytovateľom, ktorej výsledkom je komplexné posúdenie zdravotného stavu poistenca v rozsahu oprávnení sestry podľa vyhlášky Ministerstva zdravotníctva SR, ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom, vždy v platnom znení.
25a	Sledovanie a kontrolovanie klinického stavu osoby s trvalou potrebou umelej pľúcnej ventilácie. Popis výkonu: Sledovanie a kontrolovanie klinického stavu pacienta s trvalou potrebou umelej pľúcnej ventilácie v domácom prostredí pacienta v trvaní maximálne 8 hodín v rámci jedného dňa, maximálne 5 dní v týždni. Vykazovanie výkonu: - výkon môže vykazovať sestra agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti - výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť v domácom prostredí pacienta alebo v zariadení sociálnej ochrany detí a sociálnej kurately, v ktorom je pacient umiestnený na základe súdneho rozhodnutia, - zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii, - súčasťou zdravotnej dokumentácie je aj popis zdravotného výkonu a dĺžka jeho trvania, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, - výkon sa vykazuje na pacienta, ktorému je schválená Poistovňou trvalá domáca umelá pľúcna ventilácia - vykazuje sa za každú aj začatú hodinu s diagnózou Z99.1.

2. Poskytovateľ vykazuje pevnú cenu dopravy za jeden kilometer jazdy osobným motorovým vozidlom za návštevu pacienta v domácom alebo inom prirodzenom prostredí sestrou agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ošetrovateľskú starostlivosť) v dátovom rozhraní pre Dopravu a v súlade s **metodickým usmernením ÚDZS o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov a lekárskeho poukazov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou č. 5/2015** a opatrením MZ SR č. 07045/2003 – OAP z 30. decembra 2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov.

3. Podmienky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť poskytovateľom:

- poskytovateľ poskytuje domácu ošetrovateľskú starostlivosť na základe riadne vyplneného, zdôvodneného, ošetrovateľom lekárom schváleného a jeho podpisom a odtlačkom pečiatky potvrdeného návrhu,
- posúdenie miery imobility poistenca na základe posudzovacej stupnice a odborné lekárske nálezy súvisiace s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou sú neoddeliteľnou súčasťou zdravotnej dokumentácie poskytovateľa. V odôvodnených, resp. sporných prípadoch poskytovateľ na vyžiadanie zdravotnej poisťovni predloží kópiu záznamu o posúdení miery imobility poistenca alebo kópie príslušných odborných lekárskeho nálezu podľa tohto písmena,
- poskytovateľ zasiela kópiu dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poistencom zdravotnej poisťovni na jej vyžiadanie v prípade, ak v jednom kalendárnom mesiaci budú fakturovať poskytovanú domácu ošetrovateľskú starostlivosť na tohto istého poistenca dvaja a viacerí poskytovatelia. Zdravotná poisťovňa je oprávnená vyžiadať kópie dohody podľa tohto bodu písomne, telefonicky, faxom alebo e-mailom,
- zdravotné výkony fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie podľa bodu 1 písm. b) tejto časti indikuje v návrhu len lekár v špecializačnom odbore fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia podľa písm. a) tohto bodu, ktoré potvrdí svojim podpisom aj ošetrojúci lekár poistenca,
- platnosť návrhu podľa písm. a) tohto bodu je najviac tri mesiace odo dňa schválenia návrhu ošetrovateľom lekárom. Ak po uplynutí doby platnosti zdravotný stav poistenca vyžaduje pokračovanie poskytovania zdravotnej starostlivosti, poskytovateľ je povinný vystaviť a zaslať zdravotnej poisťovni nový návrh podľa písm. a) tohto bodu, v ktorom ošetrojúci lekár zdôvodní nevyhnutnosť ďalšieho poskytovania zdravotnej starostlivosti,
- pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti u poistencov s chronickým ochorením, kód choroby L97 (vred predkolenia, nezatriedený inde), kód choroby I83.2 [varixy (krčové žily) dolných končatín s vredom aj zápalom] a kód choroby L89 (dekubitus), je platnosť návrhu podľa písm. a) tohto bodu najviac šesť mesiacov odo dňa schválenia návrhu ošetrovateľom lekárom, ak nie je dojednané inak. Ak ide o ošetrovanie poistencov s trvalo zavedenými umelými vývodmi (najmä PMK, PEG, tracheostómia) je platnosť návrhu podľa písm. a) tohto bodu najviac dvanásť mesiacov. Súčasťou poskytovanej zdravotnej starostlivosti je edukácia poistenca zameraná na nácvik sebestačnosti. Ak po uplynutí doby platnosti návrhu zdravotný stav poistenca vyžaduje pokračovanie poskytovania zdravotnej starostlivosti, poskytovateľ je povinný vystaviť a zaslať zdravotnej poisťovni nový návrh podľa písm. a) tohto bodu, v ktorom ošetrojúci lekár zdôvodní nevyhnutnosť ďalšieho poskytovania zdravotnej starostlivosti. Ďalšie potrebné pokračovanie zdravotnej starostlivosti je podmienené predchádzajúcim súhlasom zdravotnej poisťovne,
- v prípade nedodržania podmienok úhrady uvedených v tomto bode poskytovateľ nemá nárok na úhradu poskytnutej

zdravotnej starostlivosti.

- h) poisťovňa neakceptuje ošetrovateľské výkony poskytnuté sestrou agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti poistencovi umiestnenému v zariadení sociálnej pomoci, s ktorým má poisťovňa uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a ktorému je poskytovaná ošetrovateľská starostlivosť v zariadení sociálnej pomoci.
- i) ošetrovateľské výkony podľa bodu 1 písm. a) sa uhrádzajú aj v prípade, ak v ten istý deň bola osobe poskytnutá paliatívna zdravotná starostlivosť formou návštevy osoby lekárom a sestrou mobilného hospicu.

Časť - Pôrodná asistencia

1. Výkony pôrodnej asistencie poskytuje pôrodná asistentka s odbornou spôsobilosťou podľa § 14 nariadenia vlády SR č. 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností.

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

Kód výkonu	Podmienky úhrady výkonu
Y0024	Pôrodná asistencia – prenatálna starostlivosť Výkon sa poskytuje v domácom prostredí poistienky alebo vo funkčnom priestore poskytovateľa, ktoré musí spĺňať požiadavky v zmysle výnosu MZ SR č. 9812/2008-OL. Vykazuje sa s kódom diagnózy O.00-O.99. Maximálna frekvencia: 7 výkonov za jedno tehotenstvo od 20. týždňa tehotenstva Obsahom výkonu je najmä: • príjem poistienky a odobratie anamnézy (ošetrovateľský assessment), • monitoring zdravotného stavu (odmeranie krvného tlaku, pulzu, teploty, váhový prírastok, sledovanie a posúdenie kontrakcií maternice v čase pred pôrodom, monitoring zdravotného stavu plodu - sledovanie oziev srdca), • vypracovanie plánu komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti, • odborné ošetrovateľské poradenstvo zamerané na prevenciu deficitov bio-psycho-sociálnych potrieb a ich riešenie, dodržiavanie zásad správnej životosprávy, • prevencia komplikácií v tehotenstve, • psycho-fyzická príprava na pôrod.
Y0025	Pôrodná asistencia – postnatálna starostlivosť Výkon sa poskytuje v domácom prostredí poistienky. Vykazuje sa s kódom diagnózy O.00-O.99. Maximálna frekvencia: 2 výkony za obdobie šestonedelia Obsahom výkonu je najmä: • príjem poistienky a odobratie anamnézy (ošetrovateľský assessment), • vypracovanie plánu komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti, poradenstvo v starostlivosti o dieťa, • odborné poradenstvo zamerané na prevenciu komplikácií v šestonedelí, dodržiavanie zásad správnej životosprávy matky aj v súvislosti s dojčením, • starostlivosť o ženu v šestonedelí, posúdenie celkového stavu ženy - odmeranie krvného tlaku, pulzu a teploty, hygiena pošvy a perinea, zavinovanie maternice, odchod čistiek; posúdenie a ošetrovanie rany (sutura perinea, sutura po sc), ošetrovanie primárne sa hojacej rany v šestonedelí, • starostlivosť o prsníky dojčiacej matky, laktačné poradenstvo.
Y0039	Starostlivosť o novorodenca v domácom prostredí – pôrodnou asistentkou Výkon sa vykazuje na rodné číslo novorodenca a poskytuje sa v jeho domácom prostredí. Vykazuje sa s kódom diagnózy O.00-O.99. Maximálna frekvencia: 2 výkony za obdobie šestonedelia Obsahom výkonu je najmä: • príjem novorodenca a odobratie anamnézy (ošetrovateľský assessment – novorodenca), • vypracovanie plánu starostlivosti o novorodenca, • poskytovanie informácií ohľadne starostlivosti o fyziologického novorodenca, • odborné poradenstvo v súvislosti so životosprávou novorodenca (význam a sledovanie dojčenia – polohy a technika dojčenia, prírastok na hmotnosti, spánok, vychádzky, pobyt na čerstvom vzduchu), hygienou novorodenca (prebaľovanie, starostlivosť o pokožku).

	Návšteva (v pracovnom čase) Ak sa v rámci výkonov pôrodnej asistencie poskytuje návštevná služba v domácom prostredí poistenky, zdravotná poisťovňa uhrádza pôrodnej asistentke náklady na cestu tam aj späť spolu do vzdialenosti 50 km (25 km cesta tam a 25 km cesta späť).
25	Náklady na cestu tam aj späť spolu od vzdialenosti 50 km hradí poistenka. Vykazuje sa s kódom príslušnej diagnózy. Výkon je možné v prípade návštevy na tej istej adrese vykázat len 1x za návštevu, a to aj v prípade, ak sa na tej istej adrese poskytuje starostlivosť viacerým poistenkám.

3. Union zdravotná poisťovňa, a. s. akceptuje vykázanie výkonu telemedicíny u zmluvných poskytovateľov pôrodnej asistencie za ďalej uvedených podmienok:

Kód výkonu	Podmienky úhrady výkonu
11a	Pôrodná asistencia poskytnutá v online prostredí (cez videohovor) – prenatálna starostlivosť Vyказuje sa s kódom diagnózy Z34.9. Maximálna frekvencia: 7 výkonov za jedno tehotenstvo od 20. týždňa tehotenstva Obsahom výkonu je najmä: Matka • príjem poistenky a odobratie anamnézy (ošetrovateľský assessment), • vypracovanie plánu komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti, • odborné ošetrovateľské poradenstvo zamerané na prevenciu deficitov bio-psycho-sociálnych potrieb a ich riešenie, dodržiavanie zásad správnej životosprávy, • prevencia komplikácií v tehotenstve, • psycho-fyzická príprava na pôrod, • laktčné poradenstvo.
	Pôrodná asistencia poskytnutá v online prostredí (cez videohovor) - postnatálna starostlivosť o matku a novorodenca Vyказuje sa s kódom diagnózy Z39.2 na rodné číslo matky. Maximálna frekvencia: 4 výkony za obdobie šestonedelia Obsahom výkonu je najmä: Matka • príjem poistenky a odobratie anamnézy (ošetrovateľský assessment), • vypracovanie plánu komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti, • odborné poradenstvo zamerané na prevenciu komplikácií v šestonedelí, dodržiavanie zásad správnej životosprávy matky aj v súvislosti s dojčením, • starostlivosť o ženu v šestonedelí, hygiena pošvy a perinea, starostlivosť o prsníky dojčiackej matky, • poradenstvo v starostlivosti o dieťa, • laktčné poradenstvo. Novorodenec • príjem novorodenca a odobratie anamnézy (ošetrovateľský assessment – novorodenca), • vypracovanie plánu starostlivosti o novorodenca, • poskytovanie informácií ohľadne starostlivosti o fyziologického novorodenca, • odborné poradenstvo v súvislosti so životosprávou novorodenca (význam a sledovanie dojčenia – polohy a technika dojčenia, prírastok na hmotnosti, spánok, vychádzky, pobyt na čerstvom vzduchu), hygienou novorodenca (prebaľovanie, starostlivosť o pokožku).

4. Podmienky k vykazovaniu výkonov pôrodnej asistencie:

- Poskytovateľ v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z. vykoná kompletný zápis do zdravotnej dokumentácie poistenky/poistenca (dátum a čas zápisu, dátum a čas poskytnutia zdravotnej starostlivosti, ak je odlišný, poučenie, informovaný súhlas, identifikácia ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka a osoby, ktorej sa zdravotná starostlivosť poskytla, rozsah poskytnutej zdravotnej starostlivosti, výsledky vyšetrení, lehota, predpokladaný dátum a dátum poskytnutia plánovanej zdravotnej starostlivosti), ako aj zápis o poskytnutí pôrodnej asistencie cez videohovor s tým, že v zápise uvedie aj softvérové zabezpečenie, telefonický kontakt alebo mailový kontakt matky. Je potrebné, aby zápis okrem vyššie uvedených náležitostí obsahoval aj subjektívny stav pacientky, objektívny nález, zhodnotenie klinického stavu pacientky a následné odporúčania a aktivity počas vyšetrenia a počas nasledujúceho obdobia.
- Prvá návšteva v rámci popôrodnej zdravotnej starostlivosti o ženu a novorodenca sa má vykonať do 24 hodín po prepustení poistenkyne z ústavnej starostlivosti po pôrode do domáceho prostredia.
- V prípade hromadného poskytovania výkonu pôrodnej asistencie viacerým poistenkám/poistencom naraz, vykáže poskytovateľ výkon len 1x na 1 rodné číslo poistenky/poistenca.
- Výkony pôrodnej asistencie nemôžu byť poskytované počas hospitalizácie poistenky/poistenca v ústavnom zariadení.

- e) 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.
- f) Výkon 11a nie je možné kombinovať s výkonmi Y0024, Y0025 a Y0039. Ak bol poskytnutý výkon 11a, znižuje sa zmluvne povolený maximálny počet výkonov Y0024, Y0025 a Y0039 o počet poskytnutých výkonov 11a.
- g) Nástroj použitý na videohovor spĺňa základné parametre IT bezpečnosti a ochrany osobných údajov:
 - nástroj použitý pre videohovor spĺňa nároky podľa zákona č. 18/2018 Z. z. 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 pôrodnou asistentkou 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 videohovor 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.

5. Zdravotná poisťovňa vyhlasuje, že revízny lekár zdravotnej poisťovne udelil predchádzajúci súhlas podľa § 42 ods. 5 a 6 zákona č. 577/2004 Z. z. s úhradou výkonov uvedených v Časti – Pôrodná asistencia 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

- a) je účinný od nadobudnutia účinnosti zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej medzi zdravotnou poisťovňou a poskytovateľom a platí po dobu jej platnosti, pokiaľ nebol zdravotnou poisťovňou odvolaný podľa písm. b) tohto bodu
- b) môže byť kedykoľvek, aj pred uplynutím doby uvedenej v písm. a), odvolaný na základe písomného odvolania súhlasu revízneho lekára zdravotnej poisťovne; odvolanie súhlasu nadobudne účinnosť ku dňu uvedenému v odvolaní súhlasu, a
- c) nevzťahuje sa na zdravotné výkony, ktoré podľa dojednaných zmluvných podmienok podliehajú schvaľovaniu zdravotnej poisťovne na základe žiadosti.

6. Pre zdravotné výkony pod kódom 3467, 3468 a 3469, ktoré poskytne pôrodná asistentka poistenke zdravotnej poisťovne v rámci poskytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti, sa nevyžaduje predchádzajúci súhlas zdravotnej poisťovne.

Časť – Stacionár

1. Výkony poskytnutej zdravotnej starostlivosti poistencovi v stacionári sa **vykazujú v dátovom rozhraní pre Ambulantnú zdravotnú starostlivosť** a uhrádzajú cenou výkonu – jedného ošetrovacieho dňa za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a zdravotnou poisťovňou uznaný ošetrovací deň.
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 v prípade stacionára v odbornosti psychiatria a detská psychiatria aj klinického psychológa, 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. V mimoriadnych prípadoch denný pobyt poistenca v stacionári po vyčerpaní 60-tich denných pobytov v kalendárnom roku schvaľuje zdravotná poisťovňa na základe písomnej žiadosti odosielajúceho ošetrojúceho lekára, s odôvodnením potreby ďalšej liečby formou denného pobytu v stacionári.
5. Maximálny počet denných pobytov v stacionári v odbornosti psychiatria a detská psychiatria u jedného poistenca v kalendárnom roku je 90. V mimoriadnych prípadoch denný pobyt poistenca v stacionári po vyčerpaní 90-tich denných pobytov v kalendárnom roku schvaľuje zdravotná poisťovňa na základe písomnej žiadosti odosielajúceho ošetrojúceho lekára, s odôvodnením potreby ďalšej liečby formou denného pobytu v stacionári.
6. V cene ošetrovacieho dňa podľa bodu 1 tejto časti sú zahrnuté všetky náklady, ktoré súvisia s poskytnutím zdravotnej starostlivosti poistencovi vrátane nákladov za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.
7. Stacionár v odbornosti psychiatria a detská psychiatria 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.
8. Zdravotná poisťovňa má právo požadovať vrátenie až 25% z úhrady za pobyt poistenca v stacionári v odbornosti psychiatria a detská psychiatria, 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%.

Časť - Stacionár - dialyzačné stredisko (mimotelová eliminačná liečba)

1. Poskytovateľ vykazuje poskytovanú zdravotnú starostlivosť v súlade s nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov.
2. V cene výkonu mimotelovej eliminačnej liečby sú zahrnuté všetky náklady spojené s poskytnutím výkonu, vrátane poskytnutých liekov, zdravotníckych pomôcok a zdravotníckeho materiálu, s výnimkou liekov zaradených v Zozname kategorizovaných liekov, označených v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“. Zdravotná poisťovňa cenu poskytnutého lieku zaradeného v Zozname kategorizovaných liekov uhradí poskytovateľovi vo výške ceny lieku, uvedenej v tomto zozname, v stĺpci označenom „UZP“ (maximálna výška úhrady zdravotnej poisťovne za liek). V prípade podania len časti balenia lieku sa cena lieku určí ako súčin ceny celého balenia lieku a podielu podaných kusov lieku a celkového počtu kusov lieku v balení.
3. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi každý medicínsky indikovaný, poskytovateľom správne vykázaný a zdravotnou poisťovňou uznaný zdravotný výkon.

Časť - Záchranná zdravotná služba

1. Zdravotná starostlivosť poskytovaná poskytovateľom pozemnej a vrtuľníkovej záchrannej zdravotnej služby (ďalej len „poskytovateľ“) sa uhrádza v súlade s opatrením Ministerstva zdravotníctva SR č. 07045/2003 – OAP z 30. decembra 2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov (ďalej len „opatrenie MZ SR č. 07045/2003 – OAP“) a v súlade s výnosom Ministerstva zdravotníctva SR č. 10548/2009-OL z 11. marca 2009, ktorým sa ustanovujú podrobnosti o záchrannej zdravotnej službe, na:

- a) ambulanciu rýchlej zdravotnej pomoci,
 - b) ambulanciu rýchlej lekárskej pomoci,
 - c) ambulanciu rýchlej lekárskej pomoci s vybavením mobilnej intenzívnej jednotky
 - d) ambulanciu rýchlej lekárskej pomoci v stretávacom režime "RV" a
 - e) ambulanciu rýchlej zdravotnej pomoci „S“,
 - f) ambulancia rýchlej lekárskej a zdravotnej pomoci,
 - g) ambulancia špecializovanej rýchlej zdravotnej pomoci,
 - h) ambulancia s vybavením detskej mobilnej intenzívnej jednotky,
 - i) ambulanciu vrtuľníkovej záchrannej zdravotnej služby,
- ktoré sú v nepretržitej prevádzke;
- j) ambulanciu špecializovanej prepravy,
- ktorá je v 12 hodinovej prevádzke cez deň počas kalendárnych dní alebo počas pracovných dní

2. Výšku preddavku na kalendárny rok na jednu ambulanciu podľa predchádzajúceho bodu prepočítanú v zmysle výnosu Ministerstva zdravotníctva SR č. 22160/2005-SL z 26. októbra 2005, ktorým sa ustanovuje spôsob určenia výšky preddavku pre poskytovateľa záchrannej zdravotnej služby (ďalej len „ZZS“) v znení neskorších predpisov, ktorý má povolenie na prevádzkovanie ambulancie ZZS v 24 – hodinovej službe v stanici ZZS, zdravotnej poisťovni oznamuje Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „ÚDZS“) nasledovne:

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

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

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

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

6. Úhrada poskytnutej zdravotnej starostlivosti podľa bodu 1. písm. a) až h) a j) zahŕňa všetky náklady súvisiace s jej poskytovaním, vrátane nákladov na výkony sterilizácie. Osobitne sa uhrádzajú náklady na lieky plne alebo čiastočne uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia zaradené v Zozname kategorizovaných liekov, označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ a „AS“, ktoré sa vykazujú zdravotnej poisťovni poistenca na osobitnom zúčtovacom doklade; Zoznam kategorizovaných liekov zverejňuje Ministerstvo zdravotníctva SR na svojom webovom sídle vždy k prvému dňu mesiaca.

7. Úhrada poskytnutej zdravotnej starostlivosti podľa bodu 1. písm. i) zahŕňa všetky náklady súvisiace s jej poskytovaním, vrátane nákladov na výkony sterilizácie.

Časť - Urgentný príjem

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

2. 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 materiálo-technického vybavenia pracoviska urgentného príjmu príslušného typu; SVLZ výkony poskytovateľ vyказuje v zmysle časti „Zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek“ tejto časti a ostatných ustanovení zmluvy.

3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. Na účely tejto časti sa za deti považujú osoby do dovŕšenia 19.roku veku.

Časť – Preprava

1. Poskytovateľ poskytuje prepravu v zmysle zákona č. 576/2004 Z.z., a to najmä prepravu poistencov v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti z miesta pobytu do zdravotníckeho zariadenia a späť po poskytnutí zdravotnej starostlivosti alebo medzi dvoma zdravotníckymi zariadeniami na základe písomnej objednávky ošetrojúceho lekára všeobecnej ambulantnej starostlivosti, špecializovanej ambulantnej starostlivosti alebo ústavnej zdravotnej starostlivosti na tlačive „Žiadosť na prepravu“.

2. Prepravovaná osoba je poistenec, ktorý využíva prepravu podľa odseku 1) tejto časti a jeho zdravotný stav neumožňuje samostatný pohyb alebo prepravu prostriedkami verejnej hromadnej alebo individuálnej dopravy. Stav prepravovaného je definovaný ako:

- a) chodiaci – ak je schopný sa k vozidlu poskytovateľa dostaviť samostatne alebo s oporou,
- b) sediaci – ak sa k vozidlu poskytovateľa dostane najmä na vozíku, prípadne na nosidlách a pri preprave môže vo vozidle sedieť, avšak pri sedení vyžaduje väčší priestor alebo špeciálne upravené sedadlo,
- c) ležiaci – ak zdravotný stav prepravovaného vyžaduje, aby počas prepravy ležal.

3. Cena za kilometer prepravy zahŕňa všetky náklady poskytovateľa na jednotlivé typy prepráv vrátane prepravy sprievodcu.

4. Ak zdravotný stav imobilného poistenca prepravovaného na základe Žiadanky na prepravu vyžaduje okrem vodiča asistenciu ďalšej osoby v pracovnoprávnom vzťahu s poskytovateľom prepravy, túto asistenciu poskytovateľ môže vykázať ako prepravu ležiaceho prepravovaného.

5. Preprava poistenca alebo lieku vykonávaná poskytovateľom, ktorý má vydané povolenie na prevádzkovanie ústavného zdravotníckeho zariadenia, sa v rámci tohto ústavného zdravotníckeho zariadenia nepovažuje za prepravu.

6. Poskytovateľ je oprávnený vykázať poskytnutie prepravy do zahraničia (typ prepravy DZSZ) len v prípade, ak s takou prepravou vyslovila zdravotná poisťovňa predchádzajúci súhlas.

7. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi každú správne vykázanú a zdravotnou poisťovňou uznanú prepravu v cene uvedenej v stĺpci:

- „Zvýhodnená cena za 1 km prepravy v € - 10r.“ v prípade, ak poskytovateľ preukáže, že priemerný vek vozidiel, na ktorých vykonáva prepravu poistencov (ďalej v texte aj „vozový park“) je menej ako 10 rokov (vrátane),
- „Zvýhodnená cena za 1 km prepravy v € - 6r.“ v prípade, ak poskytovateľ preukáže, že priemerný vek vozidiel, na ktorých vykonáva prepravu poistencov (ďalej v texte aj „vozový park“) je menej ako 6 rokov (vrátane).

Poskytovateľ preukáže splnenie podmienok podľa predchádzajúcej vety splnením podmienok uvedených v bode 10. tejto časti. „Zvýhodnenú cenu 10r.“ alebo „Zvýhodnenú cenu 6r.“ bude poskytovateľ oprávnený fakturovať počas celej doby, počas ktorej bude spĺňať podmienky podľa tohto odseku. Za vek vozidla sa považuje rozdiel kalendárneho roku, v ktorom sa vek vozidla posudzuje a kalendárneho roku uvedeného v Osvedčení o evidencii - časť II (ďalej v texte „technický preukaz“ alebo „TP“), v časti „Dátum prvej evidencie vozidla (rok výroby)“. Zdravotná poisťovňa vyhodnocuje splnenie kritérií podľa tohto odstavca pravidelne vždy k 1.1. daného roku a kedykoľvek po doložení technických preukazov k nadobudnutým vozidlám. O výsledku vyhodnotenia kritérií informuje zdravotná poisťovňa poskytovateľa písomne poštou alebo elektronickým spôsobom (ďalej v texte aj „Oznámenie o vyhodnotení kritérií“). Zmena výšky úhrady sa uplatní od prvého dňa mesiaca nasledujúceho po mesiaci, v ktorom bude poskytovateľovi doručené Oznámenie o vyhodnotení kritérií. V prípade, ak poskytovateľ nepreukáže splnenie podmienky podľa tohto odstavca, zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi každú správne vykázanú a zdravotnou poisťovňou uznanú prepravu v cene uvedenej v stĺpci „Základná cena za 1 km prepravy v €“. Na účely tejto časti prílohy sa pri vyhodnocovaní k 1.1. daného roku priemerný vek vozového parku počíta ako vážený priemer, pričom váha veku daného vozidla vstupujúca do výpočtu váženého priemeru sa určí ako podiel počtu kilometrov prepravy vykonaných daným vozidlom a vykázaných na úhradu do zdravotnej poisťovne za predchádzajúci kalendárny rok a celkového počtu kilometrov prepravy vykázaných poskytovateľom na úhradu do zdravotnej poisťovne za predchádzajúci kalendárny rok.

8. Poskytovateľ bez zbytočného odkladu oznámi zdravotnej poisťovni každú výmenu motorových vozidiel v rámci vozového parku a doručí kópiu technického preukazu; pri zmene počtu motorových vozidiel poskytovateľ predloží zdravotnej poisťovni nové povolenie na prevádzkovanie ambulancie dopravnej zdravotnej služby vydané ministerstvom zdravotníctva a aktualizáciu vozového parku s kópiami technických preukazov v prípade, že došlo k rozšíreniu počtu ambulancií dopravnej zdravotnej služby v povolení.

9. Poskytovateľ prepravu inej ako chodiacej osoby zabezpečuje len dopravnými prostriedkami označenými v technickom preukaze ako „sanitné“; podiel takýchto motorových vozidiel vo vozovom parku poskytovateľa tvorí minimálne 80%.

10. Vymedzené územie pre prepravu:

- a) Miesto prevádzkovania ambulancie dopravnej zdravotnej služby je územie Slovenskej republiky.
- b) Poskytovateľ realizuje prepravu poistencov zdravotnej poisťovne najmä v rámci vymedzeného územia uvedeného v akceptačnom liste, ktorý zdravotná poisťovňa zasiela poskytovateľovi. V rámci vymedzeného územia nie je poskytovateľ oprávnený odmietnuť indikovanú prepravu poistenca zdravotnej poisťovne.

Časť - Kúpeľná starostlivosť

1. Za ošetrovací deň sa v prípade ambulantnej starostlivosti v kúpeľoch považuje pobyt poistenca u poskytovateľa v trvaní nepresahujúci 24 hodín a v prípade ústavnej starostlivosti v kúpeľoch pobyt poistenca na lôžku presahujúci 24 hodín, pričom deň prijatia a deň prepustenia poistenca sa počítajú ako jeden ošetrovací deň.
2. Úhrada za jeden ošetrovací deň zahŕňa všetky náklady súvisiace s poskytovaním kúpeľnej starostlivosti poistencovi, vrátane výkonov spoločných vyšetровacích a liečebných zložiek. Úhrada za jeden ošetrovací deň zahŕňa aj náklady na stravovanie a pobyt poistenca na lôžku počas jedného dňa ústavnej starostlivosti v kúpeľoch v rozsahu, v akom tieto služby súvisiace s poskytovaním kúpeľnej starostlivosti na základe príslušného všeobecného záväzného právneho predpisu neuhrádza poistenec. Úhrada za pobyt sprievodcu poistenca zahŕňa iba náklady na ubytovanie.
3. Poskytovateľ poskytuje poistencom kúpeľnú starostlivosť na základe návrhu na poskytovanie kúpeľnej starostlivosti schváleného zdravotnou poisťovňou. Návrh na poskytovanie kúpeľnej starostlivosti môže obsahovať aj súhlas zdravotnej poisťovne s úhradou pobytu sprievodcu poistenca.
4. Po doručení návrhu na poskytovanie kúpeľnej starostlivosti od zdravotnej poisťovne alebo od poistenca poskytovateľ písomne predvolá poistenca na poskytovanie kúpeľnej starostlivosti najneskôr 28 dní pred určeným nástupom na liečebný pobyt. Poskytovateľ určí termín nástupu na liečebný pobyt tak, aby poistenec predpokladanú dĺžku liečebného pobytu stanovenú Indikačným zoznamom pre kúpeľnú starostlivosť absolvoval najneskôr pred skončením platnosti návrhu na poskytovanie kúpeľnej starostlivosti; to neplatí, ak pred odoslaním predvolania na liečebný pobyt poistencovi zdravotná poisťovňa a/alebo poistenec oznámi poskytovateľovi, že poistenec nenastúpi na liečebný pobyt.
5. Ak poistenec bez predchádzajúceho ospravedlnenia a dohodnutia nového termínu nenastúpi v oznámenom termíne na liečebný pobyt, poskytovateľ vráti zdravotnej poisťovni návrh na poskytovanie kúpeľnej starostlivosti do 7 dní od určeného termínu nástupu na liečebný pobyt. Uvedené platí aj v prípade, ak pred odoslaním predvolania na liečebný pobyt zdravotná poisťovňa a/alebo poistenec oznámi poskytovateľovi, že nenastúpi na liečebný pobyt.
6. Poskytovateľ má nárok na úhradu za všetky ošetrovacie dni za podmienky, že priemerný denný počet základných liečebných procedúr indikovaných na základe lekárskeho vyšetrenia a poskytnutých poistencovi počas starostlivosti v kúpeľoch je najmenej tri. Ak táto podmienka nie je splnená, poskytovateľ má nárok na úhradu najviac za tie ošetrovacie dni, počas ktorých priemerný denný počet základných liečebných procedúr indikovaných na základe lekárskeho vyšetrenia a poskytnutých poistencovi počas starostlivosti v kúpeľoch bol tri. Týmto nie sú dotknuté ostatné ustanovenia zmluvy týkajúce sa vzniku nároku poskytovateľa na úhradu zdravotnej starostlivosti.
7. Poskytovateľ sa zaväzuje poskytovať poistencovi pobyt na lôžku v ubytovacej jednotke s najviac dvoma posteľami a s vlastným sociálnym zariadením.
8. V kúpeľoch môže ošetrojúci lekár poskytovateľa v osobitne odôvodnených prípadoch, najmä ak zdravotný stav poistenca vyžaduje poskytovanie zdravotnej starostlivosti u iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti alebo v domácom prostredí, rozhodnúť o prerušení liečebného pobytu (ďalej aj ako „priepustka“), o čom urobí záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca. V prípade priepustky sa považuje deň odchodu na priepustku a deň príchodu z priepustky za jeden ošetrovací deň. V prípade prerušenia liečebného pobytu poskytovateľ najneskôr do 30 dní odo dňa zániku dôvodu prerušenia liečebného pobytu umožní poistencovi pokračovať v liečebnom pobyte najviac v počte nevyčerpaných dní liečebného pobytu, ak počas prerušenia liečebného pobytu nevznikla kontraindikácia liečebnému pobyту. Počas interkurentného ochorenia poistenca môže ošetrojúci lekár poskytovateľa prispôsobiť indikáciu liečebných procedúr primerane zdravotnému stavu poistenca.

Kapitola C Podmienky úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti

Časť - Podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti podľa klasifikačného systému diagnosticko-terapeutických skupín (systém DRG)

1. Zdravotná poisťovňa podľa klasifikačného systému diagnosticko-terapeutických skupín (systém DRG) uhrádza poskytovateľovi v rámci hospitalizačného prípadu úhradu za zdravotnou poisťovňou uznanú ústavnú zdravotnú starostlivosť, do ktorej bol poistenec prijatý. Odbornosti, ktoré nie sú DRG relevantné alebo inak DRG relevantné odbornosti, na ktorých sa tak zmluvné strany dohodli, sa hradia systémom nonDRG podľa ďalších častí tejto kapitoly.
2. Klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín je medicínsko-ekonomický klasifikačný systém, ktorý na základe definíčnej príručky 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 definíčná príručka. Zaradenie do hospitalizačného prípadu do príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupiny sa vykonáva prostredníctvom počítačového programu zdravotnej poisťovne (tzv. grouper).
3. Na účely tejto časti 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.
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 nižšie uvedenej tabuľke.

IČO PZS	Názov samostatného ústavného zariadenia (SÚZ)	kód SÚZ
31813861	Univerzitná nemocnica Bratislava – RUŽINOVSKÁ a KRAJINSKÁ	1
31813861	Univerzitná nemocnica Bratislava - LIMBOVÁ	2
31813861	Univerzitná nemocnica Bratislava - ANTOLSKÁ	3
31813861	Univerzitná nemocnica Bratislava - MICKIEWICZOVA	4
35971126	Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s.	0
35971126	Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s. - DKC	1

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 závislých, 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.
8. Výška základnej sadzby je stanovená pre príslušný kalendárny rok Centrom pre klasifikačný systém (ďalej len „CKS“).
9. 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 definíčnej príručky.
10. 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:
 - d) poskytnuté poistencovi poskytovateľom alebo akýmkoľvek iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti počas trvania hospitalizácie,
 - e) 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;
 - f) poskytnutú poistencovi kedykoľvek po prepustení z hospitalizácie poskytovateľom alebo akýmkoľvek iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ak bola indikovaná počas trvania hospitalizácie podľa písm. c) bodu 3.7. VZP;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. 2 k zmluve, ak sú na to splnené podmienky podľa tejto časti VZP.

11. 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. c) bodu 3.7. VZP 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. c) bodu 3.7. VZP 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.

12. Úhrada za hospitalizačný prípad nezahŕňa úhradu za pripočítateľné položky k hospitalizačným prípadom uvedené v prílohách dokumentu „Katalóg prípadových paušálov“ podľa bodu 24 tejto časti a výkony záchrannej zdravotnej služby poskytnuté poskytovateľom alebo iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.

13. Zdravotná poisťovňa uhradí zdravotné výkony poskytnuté poistencovi zariadením spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“), ktoré podľa ustanovení tejto časti 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 15 tejto časti.

14. 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 časti 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.

15. 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.

16. 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	
A63Z	M	Evaluačná hospitalizácia pred transplantáciou pľúc alebo srdca-pľúc	2,5747	14,1	5	0,4303	25	0,1752	0,1428
A66Z	M	Evaluačná 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
D16Z	OP	Odstúpenie materiálu z čeluste a tváre	0,9826						
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
E03Z	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
E41Z	I	Včasná rehabilitácia pri chorobách dýchacej sústavy	3,9371						
F08J	OP	Rekonštrukčné výkony na cievach bez použitia mimotelového obehu, bez komplikujúcej konstelácie, bez torakoabdominálnej aneuryzmy, bez komplexného výkonu, bez určitého výkonu na aorte, v JZS	0,1982						
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
F45Z	I	Včasná rehabilitácia u chorôb a porúch krvného obehu	9,2083						
F49A	I	Invazívna kardiologická diagnostika okrem pri akútnom infarkte myokardu, viac ako 2 ošetrovacie dni, s veľmi ťažkými CC, s komplexným výkonom	6,2802						
G51Z	I	Včasná rehabilitácia chorôb a porúch GIT	3,4982						
I02A	OP	Transplantácia tkaniva/kože, okrem ruky, s komplikujúcou konsteláciou, výkon na viacerých lokalizáciách alebo s ťažkými poškodeniami mäkkých tkanív, s veľmi ťažkými CC a komplexným operačným výkonom	3,9303						
I08J	OP	Iné výkony na bedrovom kĺbe a stehennej kosti bez viacnásobného výkonu, bez komplexného výkonu, bez komplexnej diagnózy, bez veľmi ťažkých CC, bez osteotómie, bez svalovo-/ kĺbovej plastiky, v JZS	0,4621						
I31J	OP	Viaceré komplexné výkony na lakťovom kĺbe a predlakti alebo kĺb preklenujúce distrakcie mäkkých častí u vrodených chýb ruky, v JZS	0,5670						
I32Q	OP	Výkony na zápästí a ruke, so stredne komplexnými výkonmi v JZS	0,2764						
I96Z	OP	Včasná rehabilitácia s OP výkonom u chorôb a porúch muskuloskeletálneho systému a spojivového tkaniva, viac ako 20 dní	2,1840						
J26Z	OP	Plastická rekonštrukcia prsníka s komplexnou kožnou transplantáciou, alebo veľké výkony na prsníku pri zhubnom nádore s komplexným výkonom	3,2393						
K04B	OP	Veľké výkony pri obezite bez komplexného výkonu	2,1419	5,2	2	0,3235	8	0,0866	0,1039
K43Z	I	Včasná rehabilitácia endokrinných ochorení, porúch výživy a ochorení látkovej výmeny	2,8419						
L09J	OP	Iné výkony pri ochoreniach močových ciest okrem zavedenia jedného dialyzačného shuntu pri akútnej renálnej insuficiencii alebo pri chronickej renálnej insuficiencii s dialýzou, bez kalcifylaxie bez resekcii štítnej žľazy, v JZS	0,4094						
L73Z	M	Ochrnutie močového mechúra, viac ako jeden ošetrovací deň	0,7083	4,9	0		11	0,0977	0,1160
M38Z	OP	Komplikovaná konstelácia s operačným výkonom pri ochoreniach a poruchách mužských pohlavných orgánov	5,0323	16,7	6	0,5904	31	0,2124	0,2004
N01B	OP	Panvová eviscerácia u ženy a radikálna vulvektómia alebo určitá lymfadenektómia s veľmi ťažkými CC, bez komplexného výkonu, bez komplikujúcej konstelácie s multiviscerálnym výkonom	6,0222	18,9	6	0,5469	32	0,1218	0,1653
V40Z	I	Kvalifikovaná odvykacia kúra	0,9427	10,9	0		15	0,0601	0,0785
W01A	OP	Polytrauma s UPV alebo určitými výkonmi, s včasnou rehabilitáciou	16,007						
Z64A	M	Iné faktory, ktoré ovplyvňujú zdravotný stav a následná starostlivosť po ukončenej liečbe s komplexnou rádiologickou diagnostikou	1,2414	2,4	2	0,6207	4	0,3620	0,3650
		ostatné skupiny bez RV v platnom Katalógu prípadových paušálov	1,0149						

17. Ak poskytovateľ predpokladá trvanie hospitalizačného prípadu dlhšie ako 2 mesiace, informuje o tejto skutočnosti zdravotnú poisťovňu najneskôr do 6 mesiacov od začiatku takéhoto hospitalizačného prípadu a dohodne so zdravotnou poisťovňou individuálny spôsob úhrady za hospitalizáciu.

18. Ak poskytovateľ počas trvania hospitalizačného prípadu vykázal použité lieky a/alebo zdravotnícke pomôcky v inej ako nulovej cene a ide o lieky a/alebo zdravotnícke pomôcky, ktoré na svoje náklady centrálne 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.

19. 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 „Prípočítateľné položky DRG“ zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne.

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

21. Ak nie je v Katalógu prípadových paušálov ani v dokumente „Prípočítateľné položky DRG“ uvedená cena, poskytovateľ vopred požiada zdravotnú poisťovňu o jej dohodnutie. Súčasťou žiadosti o dohodnutie ceny je predloženie nadobúdacích dokladov ku konkrétnej prípočítateľnej 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 prípočítateľnej položky, ktorá nemá stanovenú alebo dohodnutú cenu v súvislosti s poskytnutím neodkladnej zdravotnej starostlivosti poistencovi, poskytovateľ môže požiadať o schválenie ceny prípočítateľnej položky aj dodatočne, najneskôr však do piatich pracovných dní od poskytnutia tejto zdravotnej starostlivosti poistencovi.

22. Ak zdravotná poisťovňa zistí, že obstarávacia cena prípočítateľnej položky, ktorá bola dohodnutá podľa bodu 21 tejto časti, je nižšia ako cena uvedená v dokumente „Prípočítateľné položky DRG“, zdravotná poisťovňa z vlastného podnetu opätovne pristúpi k prehodnoteniu jej ceny podľa bodu 21 tejto časti.

23. Pre jednotlivé prípočítateľné položky je relevantná cena uvedená v dokumente „Prípočítateľné položky DRG“ uverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne, ak sa zmluvné strany počas dohadovania ceny podľa bodu 21 tejto časti nedohodli inak. Ak je dokument „Prípočítateľné položky DRG“ aktualizovaný podľa bodu 21 alebo 22 tejto časti, účinnosť nadobúda dňom uverejnenia na webovom sídle zdravotnej poisťovne alebo dňom platnosti, ktorý je uvedený v samotnom dokumente.

24. 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) pravidlá kódovania chorôb a zdravotných výkonov,
 - f) pravidlá pre výpočet prípadových paušálov a pravidlá pre zlučovanie hospitalizačných prípadov,
- (ďalej spoločne aj ako „DRG dokumenty“).

25. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností platí, že pod pravidlami pre výpočet prípadových paušálov a zlučovanie hospitalizačných prípadov podľa písm. f) bodu 24 tejto časti 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.

26. 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.

27. 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 24 tejto časti 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 24 tejto časti zdravotná poisťovňa a zverejní ich na svojom webovom sídle, pokiaľ uvedené neodporuje všeobecne záväzným právnym predpisom.

Časť - Ústavná zdravotná starostlivosť hrazená systémom nonDRG

1. Poskytovateľom správne vykázaná a zdravotnou poisťovňou uznaná zdravotná starostlivosť poskytnutá poistencovi v ústavnej zdravotnej starostlivosti v odbornostiach, ktoré nie sú DRG relevantné alebo v inak DRG relevantných odbornostiach, na ktorých sa tak zmluvné strany dohodli, sa s výnimkou osobitne hrazených výkonov uvedených ďalej v tejto časti, uhrádza systémom nonDRG za nasledovných podmienok:

a) cenou za ukončenú hospitalizáciu

kód -	odbornosť	Podmienky úhrady za hospitalizáciu poistenca
001	vnútorné lekárstvo	-
002	infektológia	-
003	pneumológia a ftizeológia	-
003-104	cystická fibróza dospelí	hospitalizovaný poisteneц s chorobou Cystická fibróza (E840 až, E849) a Stav po transplantácii pľúc (Z942) podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení
004	neuroológia	-
005	psychiatria	-
007	pediatria	-
009	gynekológia a pôrodnictvo	-
010	chirurgia	-
011	ortopédia	-
014	otorinolaryngológia	-
015	oftalmológia	-
025	anestéziológia a intenzívna medicína	Hospitalizácia poistenca, ktorého zdravotný stav vyžadoval nepretržitú intenzívnu starostlivosť najvyššieho alebo vyššieho stupňa pri zlyhaní alebo zlyhavaní 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)
027	fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	-
031	hematológia a transfuziológia	-
031	hematológia a transfuziológia	hospitalizovaný poisteneц s onkologickou chorobou podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení, ktorému je poskytovaná cytostatická alebo rádioterapeutická liečba
049	kardiológia	-
050	Diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy	-
053	čelustná ortopédia	-
056	angiológia	-

060	geriatria	hospitalizovaný poistenec v čase prijatia na hospitalizáciu už dovŕšil 65. rok veku
064	Endokrinológia	
068	cievna chirurgia	operačné výkony na karotických artériách, hrudnej a brušnej aorte, hornej a dolnej dutej žile, by-passové operácie na periférnych vetvách artériového cievneho riečiska, trombektómie a embolektómie
069	kardiochirurgia	-
070	maxilofaciálna chirurgia	-
155	pediatrická kardiológia	-
156	pediatrická pneumológia a ftizeológia	-
192	doliečovacie	-
196	JIS interná	-
197	JIS kardiologická	Hospitalizácia poistenca, ktorého zdravotný stav vyžadoval poskytnutie podpory extrakorporálnej membránovej oxygenácie (ECMO) v dôsledku niektorej alebo niektorých z nižšie uvedených indikácií k ECMO podpore. Indikácia k elektívnej ECMO podpore je potreba vykonania vysokorizikovej perkutánnej koronárnej intervencie. Indikácie k akútnej ECMO podpore sú nasledovné: 1. Fulminantná myokarditída. 2. Akútna pľúcna embólia s kardiogénnym šokom. 3. Ischemický defekt komorového septa ako dôsledok akútneho infarktu myokardu. 4. Kardiogénny šok ako dôsledok akútneho infarktu myokardu so včasnou aj oneskorenou reperfúziou. 5. Akútna ruptúra papilárneho svalu s mitrálnou regurgitáciou pri akútnom infarkte myokardu. Povinnou prílohou k faktúre za hospitalizáciu je: 1. Kópia lekárskej prepúšťacej správy poistenca, 2. Stanovisko indikačného tímu.
199	JIS pediatrická	-
201	JIS gynekologická	-
205	dlhodobó chorých	hospitalizácia trvá minimálne 21 dní
207	transplantačné	-
278	arytmia a koronárna jednotka	-
707	JISN – jednotka intenzívnej starostlivosti o novorodencov	hospitalizovaný poistenec spĺňa indikácie na hospitalizáciu podľa Koncepcie zdravotnej starostlivosti v odbore neonatológia
203	JRSN – jednotka resuscitačnej starostlivosti o novorodencov	
708	JVSN – jednotka vysokošpecializovanej starostlivosti o novorodencov	
323	pediatrická anestéziológia	Hospitalizácia poistenca, ktorého zdravotný stav vyžadoval nepretržitú intenzívnu starostlivosť najvyššieho alebo vyššieho stupňa pri zlyhaní alebo zlyhavaní 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 po anestézii. Pri posudzovaní odôvodnenosti hospitalizácie poistenca bude poisťovňa ako pomocné kritérium uplatňovať TISS skórovací systém (Therapeutic Intervention Scoring System).

332	pediatrická intenzívna medicína	Hospitalizácia poistenca, ktorého zdravotný stav vyžadoval nepretržitú intenzívnu starostlivosť stredného alebo vyššieho stupňa pri hrozíacej poruche jednej alebo viacerých životných funkcií a orgánových systémov počas najmenej 24 hodín hospitalizácie na oddelení, nepretržité monitorovanie najmenej dvoch životných funkcií, vnútrožilovú infúziu liečbu, nepretržité sledovanie zdravotného stavu poistenca. Pri posudzovaní odôvodnenosti hospitalizácie poistenca bude poisťovňa ako pomocné kritérium uplatňovať TISS skórovací systém.(Therapeutic Intervention Scoring System)
334	paliatívna medicína	Hospitalizovaný poistenec spĺňa indikácie na hospitalizáciu na paliatívnom oddelení výlučne podľa Koncepcie zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti v platnom znení. Minimálna dĺžka hospitalizácie je 14 dní a maximálna dĺžka hospitalizácie je 31 dní odo dňa prijatia osoby do ústavnej starostlivosti. Doba poskytovania ústavnej paliatívnej starostlivosti sa môže predĺžiť po odsúhlasení revíznym lekárom zdravotnej poisťovne a to vopred na základe písomnej žiadosti poskytovateľa paliatívnej starostlivosti s odôvodnením ďalšej potreby pobytu poistenca na predmetnom oddelení. Povinnou prílohou k faktúre za hospitalizáciu je kópia lekárskej prepúšťacej správy poistenca.
611	JIS ortopedická	-
613	JIS úrazová	-
626	JIS kardiochirurgická	-
668	JIS cievnej chirurgie	-
802	zubné lekárstvo	-

b) cenou mesačného paušálu

kód -	odbornosť	Podmienky úhrady za hospitalizáciu poistenca
007	pediatria	-
025	anestéziológia a intenzívna medicína	-
060	geriatria	-
095	dlhodobá intenzívna starostlivosť	vyžaduje sa predchádzajúci písomný súhlas zdravotnej poisťovne
199	JIS pediatrická	-
205	dlhodobo chorých	-
207	transplantačné	-
332	pediatrická intenzívna medicína	-
334	paliatívna medicína	-

c) cenou ošetrovacieho dňa

kód -	odbornosť	Podmienky úhrady za hospitalizáciu poistenca
004	neuroológia	-
005	psychiatria	ošetrojúci lekár môže v osobitne odôvodnených prípadoch rozhodnúť o povolení terapeutickej priepustky poistencovi, o čom urobí záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca;
073	medicína drogových závislostí	
074	gerontopsychiatria	
223	neuropsychiatria	

105	detská psychiatria	
095	dlhodobá intenzívna starostlivosť	-
027	fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	Podmienkou úhrady je predchádzajúci písomný súhlas revízneho lekára poisťovne s poskytnutím zdravotnej starostlivosti poistencovi na základe písomnej žiadosti poskytovateľa. Revízny lekár poisťovne udelí súhlas s poskytnutím zdravotnej starostlivosti len tým poistencom, ktorí spĺňajú niektorú (najmenej jednu) z nasledovných zdravotných indikácií na hospitalizáciu: 1. indikačné kritérium - poúrazové a pooperačné stavy: a) poúrazové a pooperačné stavy klinického obrazu kvadraparézy / plégie, paraparézy / plégie a stavy po polytraume so závažnou reziduálnou neurologickou symptomatológiou vyžadujúce si osobitnú starostlivosť zameranú na vertikalizáciu a nácvik sebestačnosti; dĺžka hospitalizácie 63 až 91 dní; frekvencia jedenkrát do roka po úraze alebo operácii; b) opakované pobyty poistenca na lôžku po úrazoch a operáciách s reziduálnou kvadraparézou/ plégiou, paraparézou / plégiou zamerané na posilňovanie a zlepšenie sebestačnosti nadväzujúce na kontinuálnu ambulantnú starostlivosť; dĺžka hospitalizácie maximálne 42 dní; frekvencia maximálne jedenkrát za dva roky; 2. indikačné kritérium - stavy po operácii na pohybovom aparáte: s výrazným obmedzením hybnosti ale s tendenciou k zlepšovaniu (najmä stavy po TEP s komplikáciami, stavy po operácii hernie disku s paretickými prejavmi na končatinách a periférne obrny); dĺžka hospitalizácie maximálne 35 dní; frekvencia jedenkrát do roka po operácii; 3. indikačné kritérium - stavy po akútnych cievnych mozgových príhodách operačne riešených, na prírodných alebo mozgových cievach, operáciách aneuryziem alebo cievnych malformácií, po dekompresívnych operáciách, Shuntoch alebo po endovaskulárnych výkonoch s ťažkým neurologickým deficitom s perspektívou zlepšovania funkčného stavu, najskôr po 6 týždňoch a do jedného roka od príhody a toleranciou záťaže kardiovaskulárneho systému v zmysle aktívnej rehabilitačnej liečby; 4. indikačné kritérium – po akútnej cievnej mozgovej príhode: a) po akútnej cievnej mozgovej príhode konzervatívne liečenej (aj po prípadnej mechanickej trombektómii), s reziduálnym neurologickým deficitom, s perspektívou zlepšovania neurologického deficitu najneskôr do 6 mesiacov od príhody a toleranciou záťaže kardiovaskulárneho systému v zmysle aktívnej rehabilitačnej liečby; b) osobitý písomný súhlas revízneho lekára poisťovne sa vyžaduje aj na žiadosť poskytovateľa o predĺženie pobytu, ak predpokladaná dĺžka pobytu poistenca v zdravotníckom zariadení presiahne: • 21 dní u poistenca s ľahkým reziduálnym neurologickým deficitom • 63 dní u poistenca so závažným reziduálnym neurologickým deficitom Neurorehabilitáciu poskytujú fyzioterapeuti pod vedením lekára FBLR, logopéd, psychológ; denne sa poskytuje minimálne 6 rôznych druhov terapií vrátane intervencie psychológa a logopéda. 5. indikačné kritérium - demyelinizačné a iné postihnutia centrálného nervového systému s parézmi končatín rôzneho stupňa postihnutia až do plégie (SM), vrátane extrapyramídových porúch a porúch hybnosti (Parkinsonova choroba a parkinsonov syndróm) u pacientov, ktorí sú medicínsky kontraindikovaní na kúpeľnú liečbu; dĺžka hospitalizácie maximálne 21 dní, frekvencia maximálne 1x za rok. Neurorehabilitáciu poskytujú fyzioterapeuti pod vedením lekára FBLR, logopéd, psychológ; denne sa poskytuje minimálne 6 rôznych druhov terapií vrátane intervencie psychológa a logopéda.
620	ústavná hospicová starostlivosť	Indikácie na prijatie do ústavnej hospicovej starostlivosti (za súčasného splnenia uvedených podmienok): a) osoba v terminálnej fáze nezvratne progresívneho somatického ochorenia (prognóza života pacienta niekoľko týždňov až mesiacov) po vyčerpaní všetkých terapeutických možností, ktoré by mohli chorobu

		vyliečiť alebo zastaviť jej progresiu, pričom platí, že takéto liečebné postupy ani nebudú poistencovi poskytované; b) zdravotný stav poistenca vyžaduje dennú lekársku starostlivosť dokumentovanú v dekurze, zameranú na riešenie akútnych zmien zdravotného stavu vyžadujúcich lekárske zásah a potvrdzujúcich progresiu ochorenia vedúcu k smrti (napr. úprava analgosedácie, psychofarmakologickej liečby, parenterálnej výživy, antiemetickej liečby, nastavenie antibiotickej liečby, odsatie ascitu, pneumothoraxu, úprava liečby kardiovaskulárneho systému a respiračných komplikácií); c) potreba nepretržitého poskytovania výlučne paliatívnej starostlivosti na udržanie kvality života a dôstojnosti pacienta a d) zdravotnú starostlivosť nie je možné realizovať v domácom prostredí prostredníctvom mobilného hospicu alebo agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti, ani v dome ošetrovateľskej starostlivosti alebo v zariadení sociálnych služieb; e) osoba vo vegetatívnom stave s dg. R40.2 bez známkov reverzibility, sprevádzanom v domácom prostredí nevládnuteľnými symptómami Prijatie do ústavnej hospicovej starostlivosti príslušná zdravotná poisťovňa vopred neschvaľuje, je však oprávnená preskúmať opodstatnenosť indikácie poistenca. V prípade, že je poistenec v hospici hospitalizovaný viac ako 60 dní, do 68. dňa poskytovateľ ústavnej hospicovej starostlivosti dokladuje zdravotnej poisťovni skutočnosti podľa písm. A. a B. a zasiela objektívne zhodnotenie aktuálneho zdravotného stavu poistenca v rozsahu tlačiva Žiadosti o predĺženie úhrady na základe verejného zdravotného poistenia uverejnenej na webovom sídle zdravotnej poisťovne. V prípade apalického pacienta je potrebné k žiadosti priložiť kópiu aktuálneho neurologického nálezu. Zdravotná poisťovňa poskytne poskytovateľovi vyjadrenie najneskôr do 15 dní od doručenia kompletnej žiadosti. Rovnako poskytovateľ a poisťovňa postupujú aj v prípade, ak zdravotný stav poistenca vyžaduje poskytovanie ústavnej hospicovej starostlivosti dlhšie ako šesť mesiacov bezprostredne po sebe nasledujúcich odo dňa prijatia osoby do hospicu. Ak zdravotná poisťovňa odsúhlasila predĺženie doby poskytovania paliatívnej zdravotnej starostlivosti nad 6 mesiacov bezprostredne po sebe nasledujúcich odo dňa prijatia osoby do hospicu, uplatňuje sa 50 % zo zmluvne dohodnutej ceny za lôžkodeň počas odsúhlasenej predĺženej doby hospitalizácie, ktorú poskytovateľ vykazuje samostatnou faktúrou. Ak sa odsúhlasenie predĺženia paliatívnej zdravotnej starostlivosti týka osoby, ktorej bola paliatívna zdravotná starostlivosť indikovaná pred dosiahnutím 19 roku veku, uplatní sa na túto predĺženú dobu poskytovania paliatívnej zdravotnej starostlivosti zmluvne dohodnutá pevná cena za lôžkodeň.
193	ústavná ošetrovateľská starostlivosť	-
?	Liečebňa – rôzne odbornosti	-

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

7. 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 v závislosti od povahy výkonu vykazuje a účtuje ako výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti alebo ako výkony jednodňovej zdravotnej starostlivosti.

8. 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 kapitoly
- výkony finančne náročnej zdravotnej starostlivosti uvedené ďalej v príslušnej časti tejto kapitoly

- 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 alebo ak ich použitie a suma boli oprávnené preukázané.
9. 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.
10. 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.
11. Cenou mesačného paušálu sa uhrádza hospitalizácia dlhodobu hospitalizovaného poistenca. Dlhodobu hospitalizovaný poistenec je poistenec, ktorý je súvisle hospitalizovaný u poskytovateľa v minimálnom trvaní šesť týždňov (ďalej len „dlhodobá hospitalizácia“) a počas ktorých je poistencom zdravotnej poisťovne. Do trvania dlhodobej hospitalizácie sa nezapočítava deň prijatia poistenca do dlhodobej hospitalizácie.
12. Cena mesačného paušálu zahŕňa všetky náklady, ktoré súvisia s poskytnutím zdravotnej starostlivosti dlhodobu hospitalizovanému poistencovi u poskytovateľa. Úhrada cenou mesačného paušálu za dlhodobú hospitalizáciu poistenca sa začína za kalendárny mesiac, v ktorom uplynulo prvých šesť týždňov dlhodobej hospitalizácie poistenca, poskytovateľ teda prvý raz fakturuje zdravotnú starostlivosť poskytnutú dlhodobu hospitalizovanému poistencovi po ukončení celého kalendárneho mesiaca, v ktorom uplynulo prvých šesť týždňov dlhodobej hospitalizácie. Ďalej sa dlhodobá hospitalizácia uhrádza cenou mesačného paušálu za každý kalendárny mesiac, v ktorom dlhodobá hospitalizácia pokračovala. Poskytovateľ zdravotnú starostlivosť poskytnutú dlhodobu hospitalizovanému poistencovi zdravotnej poisťovni vykazuje samostatnou dávkou a fakturuje samostatnou faktúrou.
13. 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 tejto časti) a príplatku k ukončenej hospitalizácii (príplatok sa berie do úvahy vo výške uvedenej v tejto časti), ak má poskytovateľ na tento príplatok 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.
14. 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.
15. 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.
16. Úhrada za výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti, výkony spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek poskytnuté na ambulancii špecializovanej ambulantnej starostlivosti a úhrada za výkony FBLR realizované počas hospitalizácie je zahrnutá v úhrade za hospitalizáciu.
17. 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.
18. Ak hospitalizácia poistenca na oddelení dlhodobu 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.
19. 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. 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.
20. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi hospitalizáciu na lôžku oddelenia anestéziológie a intenzívnej medicíny v prípade pobytu poistenca na lôžku supľujúceho starostlivosť 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 čísel a fakturuje ich samostatnou faktúrou označenou textom „Osobitná úhrada OAIM“.

21. 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.

Časť - Osobitne hradené výkony

1. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi zdravotnú starostlivosť spočívajúcu vo výkonoch uvedených v tabuľke nižšie, s výnimkou ústavnej zdravotnej starostlivosti hradenej systémom DRG, za podmienok ustanovených v tejto tabuľke:

Kód výkonu	Názov výkonu	Povolená odbornosť
H5555	Osobitný diagnosticko terapeutický výkon - poskytnutie ústavnej zdravotnej starostlivosti, trvajúcej menej ako 96 hodín, ktorá je spravidla potrebná a bezprostredne súvisí s poskytovaním diagnosticko-terapeutických výkonov v kardiológii, angiológii, pri kardioverzii, a pri výkonoch č. 5110, 5111, 5112, 5120, 5121, 5122, 5140a, a 5140b.	
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

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 pozitívity 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.

Časť - Úhrada špeciálnych zdravotníckych materiálov v rámci ústavnej zdravotnej starostlivosti hradenej systémom nonDRG

1. V prípade, že poskytovateľ pri poskytovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti, s výnimkou ústavnej zdravotnej starostlivosti hradenej systémom DRG, použije špeciálny zdravotnícky materiál (ďalej aj ako „ŠZM“) uvedený v Zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov (ďalej aj ako „Zoznam ŠZM“) v zmysle zákona č. 363/2011 Z.z., odôvodňuje použitie ŠZM písomne v zdravotnej dokumentácii poistenca a ŠZM, ktoré:

- 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,
- 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 hradenej systémom DRG, 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 uvedenej 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.

Časť - Ceny výkonov finančne náročnej zdravotnej starostlivosti

1. Zdravotná poisťovňa uhradí výkony finančne náročnej zdravotnej starostlivosti uvedené nižšie, s výnimkou ústavnej zdravotnej starostlivosti hradenej systémom DRG, 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 uhradza poskytovateľovi za splnenia podmienok podľa predchádzajúcich bodov tejto časti 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	Nepribuzenská	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 poskytovateľov:**

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