

**Dodatok č. 31**  
**k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**  
**č. 1001NSP2000113**

**Union zdravotná poisťovňa, a. s.**

zastúpená: Ing. Elena Májeková, riaditeľka sekcie zdravotného poistenia  
so sídlom: Karadžičova 10, 814 53 Bratislava  
IČO: 36 284 831  
DIČ: 2022152517  
IBAN:

označenie registra: Okresný súd Bratislava I, oddiel: Sa, vložka číslo: 3832/B, právna forma: akciová spoločnosť  
kód Union zdravotnej poisťovne, a. s.: 27  
(ďalej len „zdravotná poisťovňa“)

a

**Univerzitná nemocnica - Nemocnica svätého Michala, a. s.**

zastúpený: doc. MUDr. Branislav Delej ,PhD., MPH, predseda predstavenstva, Ing. Radovan Majerský, PhD, člen predstavenstva, Ing. Milan Kyrinovič, člen predstavenstva

so sídlom: Satinského I.7770/1, 81108 Bratislava - Staré Mesto

IČO: 44570783

identifikátor poskytovateľa (prvých šesť znakov kódu poskytovateľa): P36845

(ďalej len "poskytovateľ")

(spoločne aj „zmluvné strany“)

Zmluvné strany uzatvárajú tento dodatok č. 31 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti č. 1001NSP2000113 (ďalej len „zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti“):

**Článok 1**  
**Predmet dodatku**

Na základe článku X bodu 10.4. zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa zmluvné strany dohodli na tejto zmene zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti:

1. Znenie bodov 5.1. a 5.2. článku V zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa mení a znie nasledovne:

„5.1. Zmluvné strany sa dohodli, že zdravotná poisťovňa uhradí v súlade s touto zmluvou vykázanú a zdravotnou poisťovňou uznanú zdravotnú starostlivosť (ďalej len „uznaná zdravotná starostlivosť“) bližšie určenú v prílohe č. 2a (okrem gynekologickej špecializovanej ambulantnej starostlivosti, všeobecnej ambulantnej starostlivosti, ambulantnej pohotovostnej služby, zubno–lekárskej pohotovostnej služby, záchrannej zdravotnej služby, výkonov asistovanej reprodukcie), v prílohe č. 2b zmluvy, v prílohe č. 2c zmluvy (okrem ukončených hospitalizačných prípadov v odbornosti 037 – neurochirurgia), vrátane zdravotnej starostlivosti dohodnutej podľa § 8 ods. 3 vyhlášky MZ SR č. 412/2009 Z. z. v platnom znení, a uznaný špeciálny zdravotnícky materiál<sup>1</sup> (ak ho poskytovateľ vykazuje a ak náklady na špeciálny zdravotnícky materiál podľa zmluvy a/alebo podľa niektorého z predpisov uvedeného v bode 4.1. zmluvy nie sú zahrnuté v úhrade za zdravotnú starostlivosť v súvislosti, s ktorou bol špeciálny zdravotnícky materiál použitý) poskytnutý v príslušnom kalendárnom mesiaci poistencom zdravotnej poisťovne (okrem poistencov EÚ) najviac do výšky celkovej mesačnej úhrady (ďalej len „globálny rozpočet“). Zdravotná starostlivosť, na ktorú sa podľa tohto bodu globálny rozpočet nevzťahuje, sa uhrádza bez určenia finančného rozsahu a v cenách uvedených v príslušných prílohách.

5.2. Výška globálneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac je **76 600,- eur.**“

2. Znenie bodov 6.1. a 6.2. článku VI zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa mení a znie nasledovne:

„6.1. Poskytovateľ zdravotnej poisťovni predkladá účtovný doklad – faktúru (ďalej len „faktúra“) za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v zúčtovacom období, spravidla do 10-tich kalendárnych dní po uplynutí tohto zúčtovacieho obdobia. Zúčtovacím obdobím je celý kalendárny mesiac. V prípade doručenia faktúry pred uplynutím zúčtovacieho obdobia sa za deň doručenia faktúry považuje prvý kalendárny deň nasledujúceho mesiaca. Poskytovateľ je povinný predložiť faktúru výlučne spôsobom uvedeným v bode 9.2. zmluvy a to v členení podľa druhu zmluvne dohodnutých druhov poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Ak nie je pre osobitné prípady uvedené v zmluve alebo v prílohách k zmluve dohodnuté inak, poskytovateľ vyvinie maximálne úsilie, aby pre účely úhrady zdravotnej starostlivosti hradenej globálnym rozpočtom používal iba jednu samostatnú faktúru za jedno zúčtovacie obdobie. Vzhľadom na povahu globálneho rozpočtu poskytovateľ berie na vedomie, že v prípade vystavenia viac ako jednej faktúry za jedno

<sup>1</sup> Na účely čl. V sa špeciálnym zdravotníckym materiálom rozumie špeciálny zdravotnícky materiál, ktorý je v čase jeho použitia zaradený do platného Zoznamu kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov v zmysle zákona č. 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „Zoznam ŠZM“), a špeciálny zdravotnícky materiál, ktorý nie je zaradený v Zozname ŠZM a ktorého úhradu zdravotná poisťovňa schválila.

zúčtovacie obdobie, zdravotná poisťovňa uhradí celý globálny rozpočet iba ku jednej faktúre. Bezprostredne predchádzajúcimi dvoma vetami nie sú dotknuté oprávnenia zdravotnej poisťovne podľa čl. VI a VII zmluvy a ani úhrada zdravotnej starostlivosti, ktorá nie je hrazená globálnym rozpočtom. Poskytovateľ všetku zdravotnú starostlivosť poskytnutú na urgentnom príjme 1.typu a/alebo 2.typu a/alebo zdravotnú starostlivosť poskytnutú ambulantnou pohotovostnou službou vykazuje jednou osobitnou faktúrou za jedno zúčtovacie obdobie.

6.2. Povinnou prílohou faktúry za poskytovanie zdravotnej starostlivosti sú elektronicky spracované dávky obsahujúce zoznam poskytnutých zdravotných výkonov, a to vykázané poskytovateľom zdravotnej poisťovni v zmysle príslušných právnych predpisov. Ak predmetom zmluvy podľa prílohy č. 1 k zmluve je:

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

3. V texte bodu 6.7. článku VI zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa vypúšťajú slová „na dátovom médiu“.
4. Znenie bodu 9.2. článku IX zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa mení a znie nasledovne:  
„9.2. Poskytovateľ zásielku - faktúru spolu s prílohami ako aj ostatné doklady podľa článku VI zmluvy doručuje zdravotnej poisťovni elektronicky prostredníctvom Internetového portálu, ktorý prevádzkuje zdravotná poisťovňa na svojom webovom sídle a ktorého používanie upravujú Všeobecné podmienky podľa bodu 4.19. zmluvy.“
5. V texte bodu 10.3. článku X zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa slová „30.06.2021“ nahrádzajú slovami „31.12.2021“.
6. Príloha č. 2a k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa s účinnosťou od 01.03.2021 nahrádza novým znením, ktoré tvorí prílohu tohto dodatku.
7. V prílohe č. 2b k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa tabuľka bodu 1 v časti III. Osobitne hrazené výkony a výkony jednodňovej zdravotnej starostlivosti, s účinnosťou od 01.03.2021 nahrádza novým znením, ktoré tvorí prílohu tohto dodatku.
8. Príloha č. 2c k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa s účinnosťou od 01.02.2021 nahrádza novým znením, ktoré tvorí prílohu tohto dodatku.
9. Ostatné ustanovenia zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti ostávajú týmto dodatkom nezmenené.

## **Článok 2 Spoločné a záverečné ustanovenia**

1. Tento dodatok je neoddeliteľnou súčasťou zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Tento dodatok je vyhotovený vo dvoch rovnopisoch, z ktorých sa každý považuje za originál. Každá zo zmluvných strán obdrží po jednom vyhotovení dodatku.
2. Súhlas s obsahom dodatku vyjadria zástupcovia zmluvných strán svojím podpisom na poslednej strane tohto dodatku.
3. Zmluvné strany vyhlasujú, že ich spoločným úmyslom a záujmom bolo uzavrieť bod 1 a bod 8 článku 1 tohto dodatku s účinnosťou od 01.02.2021. Preto sa zmluvné strany dohodli na úhrade zdravotnej starostlivosti podľa bodu 1 a bodu 8 článku 1 tohto dodatku aj za obdobie od 01.02.2021 do dňa nadobudnutia účinnosti tohto dodatku.
4. Tento dodatok nadobúda platnosť dňom podpisu oboma zmluvnými stranami a účinnosť nasledujúci deň po dni zverejnenia tohto dodatku na webovom sídle zdravotnej poisťovne, ak priamo v texte dodatku nie je vyznačená iná účinnosť príslušných ustanovení.

V Bratislave dňa

Union zdravotná poisťovňa, a.s.

Univerzitná nemocnica – Nemocnica sv. Michala, a.s.

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

doc. MUDr. Branislav Delej, PhD., MPH  
predseda predstavenstva

**Príloha č. 2a**  
**k Zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**

**Podmienky úhrady poskytnutej ambulantnej zdravotnej starostlivosti**

**I. Všeobecné ustanovenia**

1. Zdravotné výkony sa uhrádzajú v súlade so zmluvou o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a za nasledovných podmienok:

a) Zdravotná poisťovňa uhrádza všetky medicínsky indikované, zdravotnej poisťovni vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony podľa podmienok vyplývajúcich zo zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

b) Ak je ako spôsob úhrady určená „cena bodu“, výška úhrady za zdravotný výkon sa určí ako súčin počtu bodov podľa „Zoznamu výkonov a ich bodové hodnoty k zdravotným výkonom uvedeným v časti A“ (ďalej len „zoznam výkonov“) uvedeným v prílohe č. 4 časť C opatrenia MZ SR č. 07045/2003 – OAP z 30. decembra 2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov, s výnimkou zdravotných výkonov, pre ktoré je v tejto prílohe určené iné bodové ohodnotenie, a príslušnej (výslednej) ceny bodu dohodnutej v tejto prílohe pre daný výkon; ak dôjde k zrušeniu právneho predpisu uvedeného v tomto písmene, použije sa na účely určenia bodovej hodnoty posledné platné a účinné znenie tohto právneho predpisu, ak nebude dohodnuté inak.

c) Ak je ako spôsob úhrady určená „cena výkonu“, príslušná cena za výkon dohodnutá v tejto prílohe predstavuje výšku úhrady za výkon.

d) Ak je úhrada za zdravotný výkon zahnutá v úhrade za iný zdravotný výkon alebo v kapitácii, takýto zdravotný výkon sa osobitne neuhrádza a vykazuje sa na úhradu do zdravotnej poisťovne s nulovou výškou úhrady.

e) Úhrada za zdravotný výkon zahŕňa náklady na všetku zdravotnú starostlivosť poskytnutú v rámci zdravotného výkonu, ak nie je dojednané inak.

f) Zdravotný výkon, ktorý nemá v zozname výkonov určenú bodovú hodnotu, môže zdravotná poisťovňa uhradiť poskytovateľovi len s jej predchádzajúcim súhlasom a to najviac vo výške preukázateľných nákladov spojených s jeho poskytnutím poistencovi.

2. Ak je ako spôsob úhrady zdravotnej starostlivosti určená kapitácia, zdravotná poisťovňa ju uhrádza za nasledovných podmienok:

a) Kapitácia je mesačná paušálna úhrada za poskytovanie zdravotnej starostlivosti jednému poistencovi (ďalej aj ako „kapitovaný poistenec“), s ktorým má poskytovateľ podľa § 12 zákona č. 576/2004 Z. z. uzavretú platnú a účinnú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „dohoda“).

b) Pre účely úhrady kapitácie zdravotná poisťovňa akceptuje uzavretie dohody len s jedným poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti a s jedným poskytovateľom ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodnictvo. Ak poistenec uzatvorí dohodu s ďalším poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo poskytovateľom ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodnictvo, zdravotná poisťovňa pre účel úhrady kapitácie akceptuje novú dohodu len za podmienky, že predchádzajúca dohoda zanikne v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z.

c) Kapitácia zahŕňa náklady na všetku zdravotnú starostlivosť poskytnutú kapitovanému poistencovi za daný kalendárny mesiac, ak v tejto prílohe nie je dojednané inak.

d) Poskytovateľ:

da) zasiela kópiu dohody a kópiu odstúpenia od dohody s predchádzajúcim poskytovateľom zdravotnej poisťovni na jej vyžiadanie v prípade, ak v jednom kalendárnom mesiaci budú fakturovať kapitáciu na tohto istého poistenca dvaja alebo viacerí poskytovatelia; zdravotná poisťovňa je oprávnená vyžiadať kópie dohody písomne, telefonicky alebo e-mailom; za účelom prípadného doriešenia kolízie podľa tohto bodu je zdravotná poisťovňa oprávnená vyžiadať aj preukázanie odstúpenia od dohody poistencom a vyžiadanie (odovzdanie) zdravotnej dokumentácie poistenca zo strany toho poskytovateľa, ktorý uzavrel s poistencom novú dohodu,

db) zasiela k termínu 30. jún a 31. december príslušného kalendárneho roka hlásenie o počte kapitovaných poistencov zdravotnej poisťovni v elektronickej podobe v dátovom rozhraní určenom metodickým usmernením vydaným Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou; vzťahuje sa to na poskytovateľov, ktorí nevykazujú zdravotnú starostlivosť na úhradu do zdravotnej poisťovne prostredníctvom online pobočky zdravotnej poisťovne,

dc) má nárok na úhradu kapitácie aj spätne, ak poistenec alebo jeho zákonný zástupca neohlásil poskytovateľovi zmenu zdravotnej poisťovne; nárok na spätnú úhradu kapitácie za kapitovaného poistenca, ktorého opomenul vykázat má iba v tom prípade, ak zdravotná poisťovňa v období, za ktoré si tohto poistenca spätne vykazuje, neuhradila kapitáciu inému poskytovateľovi,

dd) má nárok, aby zdravotná poisťovňa vykonala porovnanie kapitačného stavu poistencov poskytovateľa a oznámila výsledok poskytovateľovi na základe údajov poskytnutých poskytovateľom podľa písm. db) tohto bodu a informovala poskytovateľa o skutočnom počte kapitovaných poistencov u poskytovateľa, evidovaných v informačnom systéme zdravotnej poisťovne.

e) Ak poskytovateľ nemal uzavretú dohodu s poistencom po dobu celého kalendárneho mesiaca, zdravotná poisťovňa má právo krátiť kapitáciu za tie dni kalendárneho mesiaca, za ktoré nebola uzavretá dohoda.

3. Výška úhrady za zdravotný výkon a kapitácia nezahŕňa náklady na lieky plne alebo čiastočne uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia zaradené v Zozname kategorizovaných liekov (platnom čase podania lieku), označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom A a AS. Úhrada za výkony domácej ošetrovateľskej starostlivosti nezahŕňa náklady na špeciálny zdravotnícky materiál zaradený v Zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov.

## II. Všeobecná ambulantná starostlivosť pre dospelých

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

Špecifikácia podmienok úhrady	Kapitácia v €
poistenec vo veku od 18 rokov do 50 rokov života vrátane	2,54
poistenec vo veku od 51 rokov do 60 rokov života vrátane	2,92
poistenec vo veku od 61 rokov do 80 rokov života vrátane	4,07
poistenec vo veku od 81 rokov života	4,46

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

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

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
159b	Vykazuje sa - s kódom choroby Z00.1, Z00.0 alebo Z52.0 u darcov krvi, - s výkonom 160, - aj u poistencov vo veku od 19 do 39 rokov vrátane, ak výkon doteraz alebo v uplynulom roku poskytnutý nebol.	0,053
3671	Vykazuje sa - s kódom choroby Z00.1, Z00.0 alebo Z52.0 u darcov krvi - s výkonom 160	0,053
252b	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 pri očkovaní proti vírusovej hepatitíde typu A + B sa vykazuje s kódom choroby Z24.6 môže byť poskytnutý len poistencovi, ktorý nebol očkovaný proti vírusovej hepatitíde typu A alebo B pri očkovaní proti meningokokovej meningitíde sa vykazuje s kódom choroby Z20.8 pri očkovaní proti kliešťovej encefalitíde sa vykazuje s kódom choroby Z24.1 pri očkovaní proti pneumokokom sa vykazuje s kódom Z23.8 v zmysle indikačných obmedzení pri očkovaní proti osýpkam sa vykazuje s kódom choroby Z27.4, Z27.8, Z27.3, Z27.1, Z24.4	0,053
25 26 29	Výkon 25 je možné vykazať aj: - s výkonom 160 u imobilných poistencov alebo z dôvodu iného závažného dlhodobého zdravotného postihnutia poistenca, - 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 dostať sa do ambulancie poskytovateľa za účelom vykonania očkovania. O uvedených skutočnostiach vykoná poskytovateľ záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca.	0,0250
4;5;6;30	Výkony sa vykazujú nasledovne: - výkon 4 s výkonom 25 alebo 26 - výkon 5 s výkonom 26 a s výkonom 30 - výkon 6 s výkonom 26 alebo 29 a s výkonom 30 - výkon 30 s výkonom 26 alebo 29	0,0150
40	Zotrvávanie poskytovateľa pri poistencovi mimo ambulancie cez deň (za každú začatú polhodinu), najmä v súvislosti s potrebou jeho zotrvania do príchodu záchrannej zdravotnej služby zabezpečujúcej prevoz poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti; vyžaduje sa odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii poistenca.	0,0150
41	Zotrvávanie poskytovateľa pri poistencovi mimo ambulancie v noci medzi 20.00 a 7.00 hodinou (za každú začatú polhodinu), najmä v súvislosti s potrebou jeho zotrvania do príchodu záchrannej zdravotnej služby zabezpečujúcej prevoz poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti; vyžaduje sa odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii poistenca.	0,0150
5702*	Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil.	0,0082
5300*	USG vyšetrenie v ambulancii VLD – hornej časti brucha USG vyšetrenie v ambulancii VLD – jedného orgánu alebo orgánového systému	0,0082

<b>5301*</b>		
<b>4571a</b>	C - reaktívny proteín, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil (380 bodov).	<b>0,012</b>
-	Výkony (okrem SVLZ výkonov) neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanému poistencovi	<b>0,0260</b>
-	SVLZ výkony neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanému poistencovi	<b>0,0082</b>
-	Výkony (okrem SVLZ výkonov) neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté poistencovi EÚ	<b>0,0260</b>
-	SVLZ výkony zdravotnej starostlivosti poskytnuté poistencovi EÚ s výnimkou výkonov, pre ktoré je v tejto časti prílohy určená iná cena bodu alebo cena výkonu	<b>0,0082</b>
-	Vybrané výkony za podmienok uvedených v dokumente „ <b>Usmernenie k vykazovaniu výkonov telemedicíny</b> “ zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne. V prípade zmeny uvedeného dokumentu zdravotná poisťovňa elektronickou poštou o tom informuje poskytovateľa najneskôr 7 dní pred plánovaným dňom účinnosti takejto zmeny, ak zdravotná poisťovňa disponuje mailovým kontaktom poskytovateľa.	<b>0,026</b>

\* Výkon sa uhrádza na základe splnenia povinnosti poskytovateľa podľa bodu 4.6. písm. f) tejto zmluvy, prípadne aj po preukázaní ďalších podmienok úhrady výkonu. Zdravotnou poisťovňou schválený zdravotný výkon podľa predchádzajúcej vety, s uvedením kódu odbornosti ambulantnej zdravotnej starostlivosti a kódu zdravotného výkonu tvoria prílohu č. 3, ktorá tvorí neoddeliteľnú súčasť tejto zmluvy. Pri výkone 5300 a 5301 sa vyžaduje zdokladovanie certifikátu o spôsobilosti vykonávať dané vyšetrenia vydaného na to oprávnenou slovenskou vzdelávacou ustanovitzňou alebo zdokladovanie certifikátu uznaného Ministerstvom zdravotníctva SR.

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

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena výkonu v €
<b>160</b>	Vykazuje sa - s kódom choroby Z00.0 alebo Z52.0 u darcov krvi, - s výkonom 5702 u poistencov, ktorí dovŕšili 40 rokov veku, ak ho poskytovateľ sám urobil a vyhodnotil	<b>19,35</b>
<b>159a</b>	Vykazuje sa - pri pozitívnom výsledku s kódom choroby Z00.0 alebo Z12.1 - u poistencov vo veku nad 40 rokov raz za dva roky	<b>8,80</b>
<b>159z</b>	Vykazuje sa - pri negatívnom výsledku s kódom choroby Z00.0 alebo Z12.1 - u poistencov vo veku nad 40 rokov raz za dva roky	<b>8,80</b>
<b>159x</b>	Vykazuje sa - pri neznámom / znehodnotenom teste s kódom choroby Z00.0 alebo Z12.1 - u poistencov vo veku nad 40 rokov raz za dva roky	<b>8,80</b>
<b>60b</b>	Základné vyšetrenie zahŕňa potrebné odbery krvi, zhodnotenie laboratórných a zobrazovacích vyšetrení a zaradenie pacienta do rizikovej skupiny ASA Výkon možno vykazovať iba raz v rámci jednej operácie, výkon sa vykazuje s kódom choroby, pre ktorú je poistenec plánovaný na operáciu. V prípade odoslania poistenca na vykonanie predoperačného vyšetrenia k lekárovi špecializovanej zdravotnej starostlivosti, zdravotná poisťovňa poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súvislosti s predoperačným vyšetrením uhrádza v rámci kapitačnej platby za poistenca.	<b>13,00</b>
<b>5702Z*</b>	Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie ako súčasť predoperačného vyšetrenia; vykazuje sa s výkonom 60b.	<b>4,41</b>
<b>3842a*</b>	Meranie INR z kapilárnej krvi všeobecným lekárom pre dospelých (ďalej aj ako „vyšetrenie INR VLD“) 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, - 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,	<b>5,00</b>

	<p>- Poskytovateľ je povinný v polročných intervaloch vyhodnotiť a v dokumentácii zaznamenať hodnotu TTR. V prípade dvoch za sebou nasledujúcich neuspokojivých hodnôt TTR je poskytovateľ povinný odoslať pacienta na ďalší manažment antikoagulačnej liečby na pracovisko ŠAS (hematológ, kardiológ, internista).</p> <p>Výšetrenie INR VLD v ambulancii lekára nie je povolené vykázať ak súčasne v ten istý deň bolo toto vyšetrenie indikované do laboratória.</p> <p>Maximálna frekvencia vyšetrení INR VLD v ambulancii lekára u jedného poistenca maximálne 16 / rok.</p>	
5715*	<p>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 účel tejto prílohy zahŕňa meranie a vyhodnotenie tohto výkonu na základe Klinických indikácií pre meranie tlaku krvi mimo ambulancie na diagnostické účely podľa Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s artériovou hypertenziou, pokiaľ vyšetrenie nemožno nahradit' domácim monitorovaním tlaku krvi.</p> <p>Výkon sa uhrádza, ak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pri realizácii výkonu AMTK v ambulancii VLD boli dodržané podmienky indikácie a štandardné terapeutické postupy,</li> <li>- indikácia poskytnutia výkonu zodpovedá klinickému stavu a odporúčaniam podľa Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s artériovou hypertenziou. Kontrola vyšetrením v dvojročnom intervale. V prípade nutnosti častejšej kontroly písomné zdôvodnenie PZS,</li> <li>- je zabezpečené správne vedenie a archivovanie zdravotnej dokumentácie pacienta vrátane písomného záznamu, vyhodnotenia vyšetrenia a diagnostického záveru.</li> </ul> <p>Výkon sa uhrádza maximálne raz za dva roky u jedného poistenca</p>	13,00
H0008*	<p>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;</p> <p>Výkon sa uhrádza, ak:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bol poskytnutý v rámci preventívnej prehliadky poistencovi vo veku nad 40 rokov s minimálne jedným rizikovým faktorom - podozrenie na ischemickú chorobu dolných končatín, arteriálna hypertenzia, abnormálne EKG, diabetes mellitus, obezita, fajčenie, vysoká hladina celkového cholesterolu, porucha metabolizmu lipidov,</li> <li>- nebude súčasne vykázaný v ambulancii ŠAS,</li> <li>- poskytovateľ predložil aj doklady o zaškolení výrobcou prístrojového vybavenia.</li> </ul>	5,00
163	<p>Obsahom zdravotného výkonu je realizácia testu na zistenie rizika kognitívneho deficitu, ktorý/ktorého</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sa môže vykonať u poistencov vo veku nad 50 rokov maximálne raz dva roky v rámci preventívnej prehliadky, alebo v prípade záujmu poistenca,</li> <li>- sa vykazuje s diagnózami v závislosti od výsledku testu: <ul style="list-style-type: none"> <li>• negatívny výsledok testu: Z00.0 (všeobecné lekárske vyšetrenie)</li> <li>• pozitívny výsledok testu: Z03.2 (pozorovanie pri podozrení na duševnú poruchu a poruchu správania),</li> </ul> </li> <li>- výstupom je celkové dosiahnuté skóre,</li> <li>- po vyplnení zostáva súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca.</li> </ul> <p>Výsledok testu všeobecný lekár oznámi poistencovi, poskytne mu informácie a zabezpečí jeho ďalší manažment (napr. odporúčenie odborného vyšetrenia u špecialistu).</p>	6,00
1540	<p>Výplach zvukovodu (jedno ucho). Výkon sa uhrádza dva krát ročne u jedného poistenca.</p>	1,00
10	<p>Starostlivosť o poistenca s artériovou hypertenziou, dyslipidémiou a/alebo obezitou</p> <p>Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- u kapitovaného poistenca, ktorý má aspoň jedno z nasledujúcich ochorení alebo ich kombináciu: <ul style="list-style-type: none"> <li>• artériová hypertenzia</li> <li>• dyslipidémia</li> <li>• obezita</li> </ul> <p>(ďalej jednotlivo aj ako „dané ochorenie“ alebo spoločne ako „dané ochorenia“)</p> </li> <li>- ak ide o poistenca, ktorý má len izolovanú obezitu (t.j. nemá artériovú hypertenziu a/alebo dyslipidémiu), podmienkou úhrady je aj: <ul style="list-style-type: none"> <li>• BMI: <ul style="list-style-type: none"> <li>30 – 34,99 (obezita I. stupňa) alebo</li> <li>35 – 39,99 (obezita II. stupňa) alebo</li> <li>nad 40 (obezita III. stupňa)</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	8,80

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ak poistenec nie je dispenzarizovaný a/alebo liečený u iného poskytovateľa pre dané ochorenia; ak je poistenec dispenzarizovaný u iného poskytovateľa pre dané ochorenia, podmienkou akceptácie zmluvnej úhrady výkonu 10 je absencia výkonov v špecializovanej ambulantnej starostlivosti nad rámec dispenzárnej starostlivosti u pacienta s daným ochorením, a to v období 6 mesiacov pred vykázaním výkonu 10; táto podmienka akceptácie sa netýka výkonov ústavnej pohotovostnej služby, urgentných príjmov a záchranej zdravotnej služby ani výkonov počas hospitalizácie,</li> <li>- po stanovení diagnózy a liečebného plánu s tým, že poskytovateľ určí aj BMI poistenca a zapíše ho do zdravotnej dokumentácie,</li> <li>- ak je vykázaný s príslušnou diagnózou,</li> <li>- maximálne trikrát za kalendárny rok u jedného poistenca; v prípade potreby vyššej frekvencie vyšetrení je úhrada za ďalšiu zdravotnú starostlivosť zahrnutá v kapitácii,</li> <li>- 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),</li> <li>- ak poskytovateľ vykonáva príslušné zápisy v súvislosti s liečbou daného ochorenia do zdravotnej dokumentácie.</li> </ul> <p>V cene výkonu je zahrnuté komplexné poskytovanie zdravotnej starostlivosti v súvislosti daným ochorením, najmä</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- iníciaľne a/alebo kontrolné vyšetrenie poistenca,</li> <li>- odbery na laboratórne vyšetrenia a/alebo vyhodnotenie dostupných výsledkov vyšetrení poistenca,</li> <li>- ďalšia zdravotná starostlivosť v zmysle príslušných odborných usmernení vydaných Ministerstvom zdravotníctva SR (ak existujú).</li> </ul> <p>Pre účely úhrady tohto výkonu nad rámec kapitácie zároveň platí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- o iníciaľne vyšetrenie ide v prípade, keď poistenec, nebol v posledných 24 mesiacoch liečený, diagnostikovaný alebo dispenzarizovaný pre dané ochorenie u iného poskytovateľa,</li> <li>- kontrolné vyšetrenie je každé ďalšie vyšetrenie po iníciaľnom vyšetrení,</li> <li>- pri hodnotení laboratórných a iných výsledkov vyšetrení zdravotná poisťovňa akceptuje vyšetrenia, ktoré neboli realizované neskôr ako 3 mesiace pred dňom realizácie iníciaľného alebo kontrolného vyšetrenia.</li> </ul>	
<p><b>H0006</b></p>	<p><b>Stratifikácia kardiovaskulárneho rizika</b>  Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- poskytovateľ vykonáva u poistencov nad 40 rokov stratifikáciu kardiovaskulárneho rizika systémom SCORE v súlade s Odborným usmernením Ministerstva zdravotníctva SR č. Z52182-2014 - IZP na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s artériovou hypertenziou zo dňa 1. 12. 2014 v platnom znení a v súlade s Odborným usmernením Ministerstva zdravotníctva SR na poskytovanie zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s dyslipidémiou v ambulantnej zdravotnej starostlivosti zo dňa: 27. 11. 2015 v platnom znení,</li> <li>- maximálne jedenkrát za kalendárny rok u jedného poistenca,</li> <li>- ak je vykázaný pri preventívnej prehliadke minimálne s jedným rizikovým faktorom, napr. artériovou hypertenziou, dyslipidémiou, obezitou, fajčením, diabetes mellitus, a s kódom diagnózy, pre ktorú bola stratifikácia kardiovaskulárneho rizika u poistenca vykonaná, alebo ak je vykázaný pri starostlivosti o pacienta s artériovou hypertenziou a/alebo dyslipidémiou (výkon č. 10) a súčasne poistenec nie je dispenzarizovaný u iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti pre dané ochorenie,</li> <li>- ak je s výkonom v dávke 751a Dátové rozhranie - Vykazovanie výkonov v ambulantnej zdravotnej starostlivosti určenom príslušným metodickým usmernením Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, v položke č. 13 – PRIPOČITATEĽNÁ POLOŽKA v závislosti od rizika alebo dosiahnutého skóre vykázaná pripočítateľná položka v tvare: <ul style="list-style-type: none"> <li>• SKOR01 pri nízkom riziku alebo SCORE &lt;1%,</li> <li>• SKOR02 pri strednom riziku alebo SCORE ≥1% &lt; 5 %,</li> <li>• SKOR03 pri vysokom riziku alebo SCORE ≥5% a &lt; 10 %,</li> <li>• SKOR04 pri veľmi vysokom riziku alebo SCORE ≥10%;</li> </ul> pričom na 5. a 6. mieste položky je vyjadrenie dosiahnutého skóre,</li> <li>- pri novozistenej fibrilácii predsieni stanovenie rizika CMP podľa príslušného odborného usmernenia MZSR; v tomto prípade sa výkon vykazuje s dg. I48.9 a podmienkou je aj vyhotovenie a vyhodnotenie 12-zvodového EKG záznamu s minimálne s 10QRS komplexami,</li> </ul>	<p><b>5,00</b></p>

	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.	
<b>60</b>	Komplexné vyšetrenie poistenca pri prevzatí dospeléj osoby do zdravotnej starostlivosti ako prvotné komplexné vyšetrenie s vystavením zdravotného záznamu. Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z.</li> <li>- 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.</li> <li>- Kontrola povinného očkovania poistenca.</li> <li>- Kontrola poslednej preventívnej prehliadky poistenca.</li> </ul>	<b>4,50</b>

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

### III. Špecializovaná ambulantná starostlivosť v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo

#### A) Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo

1. Kapitácia sa uhrádza nasledovne:

Špecifikácia podmienok úhrady	Kapitácia v €
poistenky po dovŕšení 15-teho roku veku	<b>1,32</b>

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

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
<b>100</b>	Vykazuje sa - s kódom choroby Z34.0 alebo Z34.8 - ak nie je súčasťou iného výkonu	<b>0,053</b>
<b>102</b>	Vykazuje sa - po potvrdení gravidity pri prvej návšteve - s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4	<b>0,053</b>
<b>103<sup>2</sup></b>	Vykazuje sa - od druhého mesiaca tehotenstva 1x/za 28 dní (max. 8x u jednej poistenky počas tehotenstva), ak ďalej nie je uvedené inak, - 1x/týždenne v posledných 4 týždňoch tehotenstva (max. 4x u jednej poistenky počas posledných 4 týždňov tehotenstva) - s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4	<b>0,053</b>
<b>105</b>	Vykazuje sa - 1x v súvislosti so šestonedelím - s kódom choroby Z39.2	<b>0,053</b>
<b>157</b>	vykazuje sa - 1x/kalendárny rok u ženy vo veku od 18 rokov veku alebo od prvého tehotenstva - s kódom choroby Z01.4 alebo Z12.4	<b>0,053</b>
<b>297</b>	Výkon sa uhrádza: - u poistenky vo veku od 18 do 64 rokov - raz za kalendárny rok - ak bol vykázaný s kódom choroby: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Z01.4 v prípade oportúnneho skríningu rakoviny krčka maternice</li> <li>• Z12.4 v prípade populačného skríningu rakoviny krčka maternice</li> </ul>	<b>0,032</b>
-	Výkony SVLZ (vrátane prístrojových) okrem 108, 118, 5303, 5305 a 5308 akceptovaných ako preventívne prístrojové výkony	<b>0,0082</b>

<sup>2</sup> Pri rizikovitom tehotenstve sa vykazuje uvedená prehliadka pod kódom zdravotného výkonu č. 63; zdravotný výkon č. 63 sa neuhrádza ako preventívna prehliadka nad rámec kapitácie



108	Výkon 108 sa akceptuje ako preventívny prístrojový výkon najviac štyri razy počas tehotenstva. Vykazuje sa súčasne s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4.	0,053
118	Výkon 118 sa akceptuje ako preventívny prístrojový výkon raz týždenne počas obdobia posledných štyroch týždňov gravidity (maximálne 6x). Vykazuje sa súčasne s výkonom 103 a s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4	0,0266
252b	- 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 roku života, vykazuje sa s kódom choroby Z25.8 Zdravotná poisťovňa výkon neuhradí, ak už bol u daného poistenca v danom kalendárnom roku uhradený u iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.	0,053
1070	Vykazuje sa - s výkonom 157 - s kódom choroby Z01.4 alebo Z12.4	0,053
5303*	Výkony 5303 a 5305 sa akceptujú ako preventívne výkony raz za dvanásť mesiacov, vykazujú sa v nadväznosti na výkon 157 a s kódom choroby Z01.4 alebo Z12.4. Výkony 5303 a 5305 sa nevykazujú naraz v rámci vykonania jednej preventívnej prehliadky (výkon 157). Výkony 5303 a 5305 sa akceptujú k úhrade aj bez naviazania na vykonanie preventívnej prehliadky (výkon 157); v tomto prípade sa uhrádzajú cenou bodu za výkony SVLZ, ktoré nie sú preventívne prístrojové výkony.	0,0266
5305*		0,0266
5308*	Výkon 5308 sa akceptuje ako preventívny výkon raz za dva roky v intervaloch a vekovom rozmedzí stanovených v skríningu. Vykazuje sa súčasne s výkonom 157 a kódom choroby Z01.4 alebo Z12.4	0,008535
5809*	Vykazuje sa s výkonom 108	0,0266
-	Výkony (okrem SVLZ výkonov) neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanej poisťovni	0,026
-	SVLZ výkony neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanej poisťovni	0,0082
-	Výkony (okrem SVLZ výkonov) zdravotnej starostlivosti poskytnuté poisťovni EÚ s výnimkou výkonov, pre ktoré je v tejto časti prílohy určená iná cena bodu	0,026
-	SVLZ výkony zdravotnej starostlivosti poskytnuté poisťovni EÚ s výnimkou výkonov, pre ktoré je v tejto časti prílohy určená iná cena bodu	0,0082
-	Vybrané výkony za podmienok uvedených v dokumente „ <b>Usmernenie k vykazovaniu výkonov telemedicíny</b> “ zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne. V prípade zmeny uvedeného dokumentu zdravotná poisťovňa elektronickou poštou o tom informuje poskytovateľa najneskôr 7 dní pred plánovaným dňom účinnosti takejto zmeny, ak zdravotná poisťovňa disponuje mailovým kontaktom poskytovateľa.	0,026

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

**B) Špecializovaná ambulantná starostlivosť v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo, reprodukčná medicína, materno-fetálna medicína, ultrazvuk v gynekológii a pôrodnictve, mamológia a v certifikovanej pracovnej činnosti mamodiagnostika v gynekológii**

1. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
-	Výkony špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo	0,0250
-	Výkony SVLZ (vrátane prístrojových) okrem 108, 118, 5303, 5305 a 5308 akceptovaných ako preventívne prístrojové výkony	0,0082
108	Výkon 108 sa akceptuje ako preventívny prístrojový výkon najviac štyri razy počas tehotenstva. Vykazuje sa súčasne s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4	0,053

118	Výkon 118 sa akceptuje ako preventívny prístrojový výkon raz týždenne počas obdobia posledných štyroch týždňov gravidity (maximálne 6x). Vykazuje sa súčasne s výkonom 103 a s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4	0,0266
1070	Vykazuje sa - s výkonom 157 - s kódom choroby Z01.4 alebo Z12.4	0,053
5303*	Výkony 5303 a 5305 sa akceptujú ako preventívne výkony raz za dvanásť mesiacov, vykazujú sa v nadväznosti na výkon 157 a s kódom choroby Z01.4 alebo Z12.4. Výkony 5303 a 5305 sa nevykazujú naraz v rámci vykonania jednej preventívnej prehliadky (výkon 157). Výkony 5303 a 5305 sa akceptujú k úhrade aj bez naviazania na vykonanie preventívnej prehliadky (výkon 157); v tomto prípade sa uhrádzajú cenou bodu za výkony SVLZ, ktoré nie sú preventívne prístrojové výkony.	0,0266
5305*		0,0266
5308*	Výkon 5308 sa akceptuje ako preventívny výkon raz za dva roky v intervaloch a vekovom rozmedzí stanovených v skríningu. Vykazuje sa súčasne s výkonom 157 a kódom choroby Z01.4 alebo Z12.4.	0,008535
5809*	Vykazuje sa s výkonom 108	0,0266
-	Výkony (okrem SVLZ výkonov) neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanej poisťovne	0,0260
-	SVLZ výkony neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanej poisťovne	0,0082
-	Výkony (okrem SVLZ výkonov) zdravotnej starostlivosti poskytnuté poisťovne EÚ s výnimkou výkonov, pre ktoré je v tejto časti prílohy určená iná cena bodu	0,0260
-	SVLZ výkony zdravotnej starostlivosti poskytnuté poisťovne EÚ s výnimkou výkonov, pre ktoré je v tejto časti prílohy určená iná cena bodu	0,0082
-	Vybrané výkony za podmienok uvedených v dokumente „ <b>Usmernenie k vykazovaniu výkonov telemedicíny</b> “ zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne. V prípade zmeny uvedeného dokumentu zdravotná poisťovňa elektronickou poštou o tom informuje poskytovateľa najneskôr 7 dní pred plánovaným dňom účinnosti takejto zmeny, ak zdravotná poisťovňa disponuje mailovým kontaktom poskytovateľa.	0,026

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

#### IV. Špecializovaná ambulantná starostlivosť

1. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
-	Výkony špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti (ďalej aj ako „ŠAS“)	0,0250
-	Výkony ústavnej pohotovostnej služby a centrálného príjmu. V prípade poskytovateľa prevádzkujúceho pracovisko urgentného príjmu 1.typu iba výkony ústavnej pohotovostnej služby v špecializačnom odbore psychiatria, pediatria a gynekológia a pôrodníctvo.	0,0250
15d	Ohodnocuje sa <b>150 bodmi</b> . Výkon popisu RTG natívnej snímky vykonaný lekárom špecialistom v súvislosti s uskutočneným zdravotným výkonom. Akceptuje sa u odborností ŠAS s kódmi: 003, 156, 010, 011, 013, 014, 027, 045. Zápis o vykonaní výkonu lekár založí do zdravotnej dokumentácie, ktorá bude spolu s popisom RTG vyšetrenia v prípade požiadania predložená revíznemu lekárovi zdravotnej poisťovne. Zdravotná poisťovňa uhradí pri jednom rodnom čísle v jednom dni iba jeden výkon 15d; platí aj v prípade kontrolného vyšetrenia, ak je v jednom dni potrebné.	0,020
-	Výkony SVLZ poskytnuté na ambulancii ŠAS, okrem výkonov 5330, 5331, 5332, 5793, 5794 a 5795.	0,0082
5330* 5331* 5332*		0,0055
5793* 5794* 5795*		0,01275

-	Vybrané výkony za podmienok uvedených v dokumente „ <b>Usmernenie k vykazovaniu výkonov telemedicíny</b> “ zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne. V prípade zmeny uvedeného dokumentu zdravotná poisťovňa elektronickou poštou o tom informuje poskytovateľa najneskôr 7 dní pred plánovaným dňom účinnosti takejto zmeny, ak zdravotná poisťovňa disponuje mailovým kontaktom poskytovateľa.	0,035
---	---	-------

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

2. Cenou výkonu sa uhrádzajú nasledovné výkony ŠAS:

Kód výkonu	Počet bodov	Špecifikácia podmienok úhrady
60	420	Cena výkonu sa určí ako súčin počtu bodov podľa tejto tabuľky a ceny bodu za výkony ŠAS. Výkony sa vykazujú v prípadoch určených Katalógom zdravotných výkonov. Nad rámec Katalógu zdravotných výkonov je možné výkony 65 a 66 vykazovať aj u detí do 6 rokov veku (vrátane). V prípade výkonu s kódom 741 ustanovenia tohto bodu platia len pre odbornosť pediatrická gastroenterológia (kód odbornosti 154).
60r	480	
62	270	
63	210	
741	3 292	
65	200	
66	320	
67	200	

3. Cenou výkonu sa uhrádza nasledovný výkon:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena za výkon v €
H0008*	Obsahom zdravotného výkonu je stanovenie indexu ABI oscilometrickou metódou, meranie a vyhodnotenie indexu ABI na štyroch končatinách na zistenie zvýšeného rizika ischemickej choroby dolných končatín. Výkon sa uhrádza, ak: - bol poskytnutý poistencovi vo veku nad 40 rokov s minimálne jedným rizikovým faktorom - podozrenie na ischemickú chorobu dolných končatín, arteriálna hypertenzia, abnormálne EKG, diabetes mellitus, obezita, fajčenie, vysoká hladina celkového cholesterolu, porucha metabolizmu lipidov, - nebude súčasne vykázaný v ambulancii všeobecnej ambulantnej starostlivosti, - poskytovateľ predložil aj doklady zaškolení výrobcem prístrojového vybavenia.	5,00

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

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

Kód IPP	Suma (€)	K výkonu s kódom	Akceptované u odborností ŠAS
IPP1	0,57	60	001; 002; 003
IPP2	0,36	62	001; 002; 003
IPP3	0,28	63	001; 002; 003
IPP4	2,49	60	004; 060; 104; 154
IPP5	0,73	62	004; 060; 104; 154
IPP6	0,57	63	004; 060; 104; 154
IPP7	0,65	60r	045;

## A. Špecializovaná ambulantná starostlivosť v špecializačnom odbore gastroenterológia

### 1. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
-	Výkony špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti	0,0250
-	Výkony SVLZ poskytnuté na ambulancii ŠAS	0,0082
-	Vybrané výkony za podmienok uvedených v dokumente „ <b>Usmernenie k vykazovaniu výkonov telemedicíny</b> “ zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne. V prípade zmeny uvedeného dokumentu zdravotná poisťovňa elektronickou poštou o tom informuje poskytovateľa najneskôr 7 dní pred plánovaným dňom účinnosti takejto zmeny, ak zdravotná poisťovňa disponuje mailovým kontaktom poskytovateľa.	0,035

2. Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,053 €** uhrádzajú zdravotné výkony preventívnej gastroenterologickej prehliadky podľa prílohy č. 2 k zákonu č. 577/2004 Z. z., v znení neskorších predpisov:

a) poskytovateľovi **zaradenému** do programu skríningu kolorektálneho karcinómu v zmysle Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva SR pre realizáciu programu skríningu kolorektálneho karcinómu<sup>3)</sup>, za podmienok podľa tejto tabuľky:

Kód výkonu	Vykazovanie / výsledok	Počet bodov / vyšetrenie	Vek / frekvencia
760sp 760pp	vykazuje sa v prípade <b>pozitívneho</b> nálezu s kódom choroby Z12.1	1500	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov
760sn 760pn	vykazuje sa v prípade <b>negatívneho</b> nálezu s kódom choroby Z12.1		
763sp 763pp	vykazuje sa v prípade <b>pozitívneho</b> nálezu s kódom choroby Z12.1	3000	
763sn 763pn	vykazuje sa v prípade <b>negatívneho</b> nálezu s kódom choroby Z12.1		

b) poskytovateľovi **nezaradenému** do programu skríningu kolorektálneho karcinómu za podmienok podľa tejto tabuľky:

Kód výkonu	Vykazovanie	Vek / frekvencia	Počet bodov / vyšetrenie
763p	vykazuje sa s kódom choroby Z12.1	za podmienok a vo frekvencii podľa zákona č. 577/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov	3000

### 3. Cenou výkonu sa uhrádzajú nasledovné výkony ŠAS:

Kód výkonu	Počet bodov	Špecifikácia podmienok úhrady
60	420	Cena výkonu sa určí ako súčin počtu bodov podľa tejto tabuľky a ceny bodu za výkony ŠAS. Výkony sa vykazujú v prípadoch určených Katalógom zdravotných výkonov. Nad rámec Katalógu zdravotných výkonov je možné výkony 65 a 66 vykazovať aj u detí do 6 rokov veku (vrátane).
60r	480	
62	270	
63	210	
65	200	
66	320	
67	200	

<sup>3)</sup> Zoznam endoskopických pracovísk a zoznam špecialistov oprávnených na výkon skríningu kolorektálneho karcinómu je zverejnený na [www.health.gov.sk](http://www.health.gov.sk).

## B. Špecializovaná ambulantná starostlivosť v špecializačnom odbore urológia

### 1. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
-	Výkony špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti	0,0250
-	Výkony SVLZ poskytnuté na ambulancii ŠAS	0,0082
158	Vyказuje sa – u poistencov od 40. roku veku / raz za dva roky alebo za podmienok a vo frekvencii podľa zákona č. 577/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov, – s kódom choroby Z12.5. Môže sa vykázat s výkonom 5302.	0,053
-	Vybrané výkony za podmienok uvedených v dokumente „ <b>Usmernenie k vykazovaniu výkonov telemedicíny</b> “ zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne. V prípade zmeny uvedeného dokumentu zdravotná poisťovňa elektronickou poštou o tom informuje poskytovateľa najneskôr 7 dní pred plánovaným dňom účinnosti takejto zmeny, ak zdravotná poisťovňa disponuje mailovým kontaktom poskytovateľa.	0,035

### 2. Cenou výkonu sa uhrádzajú nasledovné výkony ŠAS:

Kód výkonu	Počet bodov	Špecifikácia podmienok úhrady
60	420	Cena výkonu sa určí ako súčin počtu bodov podľa tejto tabuľky a ceny bodu za výkony ŠAS. Výkony sa vykazujú v prípadoch určených Katalógom zdravotných výkonov. Nad rámec Katalógu zdravotných výkonov je možné výkony 65 a 66 vykazovať aj u detí do 6 rokov veku (vrátane).
60r	480	
62	270	
63	210	
65	200	
66	320	
67	200	

3. V prípade, že poskytovateľ pri poskytovaní ambulantnej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore urológia 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 uvedenej v Zozname ŠZM zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne, je tento rozdiel zahrnutý do zdravotného výkonu, v súvislosti s ktorou bol ŠZM použitý. Týmto nie je dotknutá výška doplatku poistenca na úhradu ŠZM.

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

### 1. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
Výkony špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti v odbore zubné lekárstvo. Výkon V12 sa ohodnocuje 300 bodmi. Pre náročnosť ošetrovania poistencov s vrodenou vývojovou chybou čelustí 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 <b>H 1,3</b> . Zdravotné výkony preventívnych prehliadok D01, D02, D02a, D05 a D06 sa vykazujú s kódom choroby Z01.2.	0,095
Vybrané výkony za podmienok uvedených v dokumente „ <b>Usmernenie k vykazovaniu výkonov telemedicíny</b> “ zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne. V prípade zmeny uvedeného dokumentu zdravotná poisťovňa elektronickou poštou o tom informuje poskytovateľa najneskôr 7 dní pred plánovaným dňom účinnosti takejto zmeny, ak zdravotná poisťovňa disponuje mailovým kontaktom poskytovateľa.	0,026

2. Do úhrady za zdravotný výkon nie sú zahrnuté náklady na:
  - a) zdravotnícke pomôcky skupiny „Z“ uvedené v Zozname zdravotníckych pomôcok na mieru; ktorý vydáva Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky opatrením,
  - b) materiál pri výkone RTG snímok podľa bodu 3 tejto časti.

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

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

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

## VI. Stacionár

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

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

2. Za ošetrovací deň v stacionári sa považuje pobyt poistenca u poskytovateľa v pracovnom dni v trvaní nepresahujúcom 24 hodín (ďalej len „denný pobyt“) v nadväznosti na predchádzajúcu ambulantnú alebo ústavnú zdravotnú starostlivosť.

3. Poistenec môže byť prijatý do stacionára len na odporúčanie lekára špecializovanej ambulantnej starostlivosti, u ktorého je poistenec v dlhodobej alebo dispenzárnej starostlivosti (ďalej len „ošetrojúci lekár“).

4. Maximálny počet denných pobytov v stacionári u jedného poistenca v kalendárnom roku je 30, okrem psychiatrického stacionára. V mimoriadnych prípadoch denný pobyt poistenca v stacionári po vyčerpaní 30-tich denných pobytov v kalendárnom roku schvaľuje zdravotná poisťovňa na základe písomnej žiadosti odosielajúceho ošetrojúceho lekára s odôvodnením potreby ďalšej liečby formou denného pobytu v stacionári.

5. Maximálny počet denných pobytov v psychiatrickom stacionári u jedného poistenca v kalendárnom roku je 60. V mimoriadnych prípadoch denný pobyt poistenca po vyčerpaní 60-tich denných pobytov v kalendárnom roku schvaľuje zdravotná poisťovňa na základe písomnej žiadosti odosielajúceho ošetrojúceho lekára s odôvodnením potreby ďalšej liečby formou denného pobytu.

6. V cene ošetrovacieho dňa sú zahrnuté všetky náklady, ktoré súvisia s poskytnutím zdravotnej starostlivosti poistencovi vrátane nákladov za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

## VII. Zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek

1. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
Výkony spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej aj ako „SVLZ“), s výnimkou špecializačných odborov uvedených pod písm. A), B) alebo C) tejto časti prílohy.	0,0073 €

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

### A) Laboratórne vyšetrovacie metódy

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

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

2. Dokumenty podľa predchádzajúceho bodu sú zverejnené na webovom sídle zdravotnej poisťovne [www.union.sk](http://www.union.sk). Zmluvné strany vyhlasujú, že im ich obsah je známy v čase uzavretia zmluvy alebo dodatku, ktorej súčasťou táto príloha je. V prípade zmeny ktoréhokoľvek z dokumentov uvedených v predchádzajúcom bode zdravotná poisťovňa informuje poskytovateľa najneskôr 21 dní pred plánovaným dňom účinnosti takejto zmeny.

3. Cenou bodu v rozmedzí **0,0047 € do 0,0062 €** sa uhrádzajú výkony SVLZ v špecializačných odboroch laboratórnej medicíny; výška ceny bodu závisí od splnenia motivačných kritérií uvedených nižšie:

- základná cena bodu **0,0047 €** (podmienkou je interný a externý systém kontroly kvality a zabezpečenie prepravy biologického materiálu) sa navýši o 0,0005 € za splnenie každého z nasledovných motivačných kritérií (ďalej aj „MK“)

Motivačné kritérium	Zmluvná cena bodu v €
ordinačné hodiny - nepretržitá prevádzka a/alebo vykonávanie manuálne náročných zdravotných výkonov	<b>prevádzka Bratislava 0,0062</b>
laboratórny informačný systém	<b>prevádzka Košice 0,0052</b>
Akreditácia	

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

Kód výkonu	Názov výkonu	Počet bodov	Podmienky vykazovania
<b>9980</b>	Skríningové cytologické vyšetrenie steru z krčka maternice realizované konvenčnou metódou.	<b>1 000</b>	Vykazuje sa s kódmi choroby Z01.4, Z12.4, N72, N86, N87.0, N87.1, N87.2, N87.9, N88.8, N88.9, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54.0, C54.1, C54.2, C54.3, C54.8, C54.9, C55, C80.9, D06.9, C80.0, D06.0, D06.1, D06.7, R87.60, R87.61, R87.62, R87.63, R87.64, R87.65, R87.66, R 87.67 výkon je možné vykázat maximálne jedenkrát za dvanásť mesiacov na jedno rodné číslo. Pri vyšetrení touto metódou si poskytovateľ súčasne nevykazuje u daného poistenca vyšetrenia realizované metódou "Liguid based cytology"
<b>9980a</b>	Cytologické vyšetrenie steru z krčka maternice realizované konvenčnou metódou /vek poistenky do 23 rokov a nad 64 rokov/	<b>1 000</b>	Vykazuje sa s kódmi choroby Z01.4, Z12.4, N72, N86, N87.0, N87.1, N87.2, N87.9, N88.8, N88.9, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54.0, C54.1, C54.2, C54.3, C54.8, C54.9, C55, C80.9, D06.9, C80.0, D06.0, D06.1, D06.7; výkon je možné vykázat maximálne dvakrát za dvanásť mesiacov na jedno rodné číslo. Pri vyšetrení touto metódou si poskytovateľ súčasne nevykazuje u daného poistenca vyšetrenia realizované metódou "Liguid based cytology"
<b>9980b</b>	Cytologické vyšetrenie steru z krčka maternice realizované konvenčnou metódou /kontrolné cytologické vyšetrenie/	<b>1 000</b>	Vykazuje sa s kódmi choroby Z01.4, Z12.4, N72, N86, N87.0, N87.1, N87.2, N87.9, N88.8, N88.9, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54.0, C54.1, C54.2, C54.3, C54.8, C54.9, C55, C80.9, D06.9, C80.0, D06.0, D06.1, D06.7; výkon je možné vykázat maximálne dvakrát za dvanásť mesiacov na jedno rodné číslo. Pri vyšetrení touto metódou si poskytovateľ súčasne nevykazuje u daného poistenca vyšetrenia realizované metódou "Liguid based cytology"

**Poznámka:**

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

- **negatívny nález z oportúnneho skríningu**- kód choroby: Z01.4
- **negatívny nález z populačného skríningu**- kód choroby: Z12.4
- **pozitívny nález** - kódy choroby: N87.9 - ASC- US, AGC - NOS; N87.0 – LSIL, N87.1 a N87.2 – HSIL, AGC – FN, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54.0, C54.1, C54.2, C54.3, C54.8, C54.9, C55, C80.9., D06.9, N72, N86, N88.8, N88.9, C80.0, D06.0, D06.1, D06.7, R87.60, R87.61, R87.62, R87.63, R87.64, R87.65, R87.66, R 87.67

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

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

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

<b>4303x</b>	Okultné krvácanie v stolici (OBTI), nehodnotiteľný nález	<b>300</b>	vykazuje sa pri neznámom/ znehodnotenom teste s kódom choroby Z00.0 alebo Z12.1
--------------	---	------------	---

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

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

7. Poskytovateľ je na žiadosť zdravotnej poisťovne povinný predložiť kópie výsledkov externej kontroly kvality vo forme ako ich dostáva od spoločnosti, s ktorou má uzatvorenú zmluvu o vykonávaní externej kontroly kvality (doklad o zaradení do systému externej kontroly kvality a prehľad získaných certifikátov); táto povinnosť sa vzťahuje na poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorý poskytuje zdravotnú starostlivosť v zariadeniach spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek v odboroch klinická biochémia, patologická anatómia, hematológia a transfuziológia, klinická mikrobiológia, klinická imunológia a alergológia, nukleárna medicína, lekárska genetika a laboratórna medicína.

## B) Zobrazovacie vyšetrovacie metódy

1. Cenou bodu v rozmedzí **od 0,003400 € do 0,011100 €** sa uhrádzajú výkony SVLZ v špecializačnom odbore rádiológia. Výška ceny bodu závisí od technických parametrov prístrojového vybavenia pracoviska a od splnenia kritérií uvedených v tabuľke tohto bodu:

Zobrazovacia modalita	Kritérium	Cenové úrovne podľa splnenia kritérií v €	Zmluvná cena bodu v €
osteodenzitometria	-	0,005500	<b>X</b>
Konvenčné RTG - okrem vybraných skiagrafických výkonov	-	0,008000	<b>0,008000</b>
Konvenčné RTG – vybrané skiagrafické výkony	RTG prístroj analógový	0,008700	P36845023511 <b>0,008700</b>
	RTG prístroj s nepriamou digitalizáciou a so systémom PACS	0,009500	
	RTG prístroj s priamou digitalizáciou a so systémom PACS	0,010000	P36845023504 P36845023505 <b>0,011100</b>
	RTG prístroj s priamou digitalizáciou, so systémom PACS a s vybavením na elektronické zdieľanie RTG snímok s inými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti	0,011100	
ultrasonografia	-	0,007303	0,007303
mamografia	Poskytovateľ, ktorý poskytuje menej ako 3.000 vyšetrení za jeden kalendárny rok	0,007400	0,007400
	Poskytovateľ, ktorý poskytuje minimálne 3.000 vyšetrení za jeden kalendárny rok	0,008000	
počítačová tomografia	CT prístroj do 16 MSCT	0,003515	prevádzka Bratislava <b>0,004300</b>
	CT prístroj do 16 MSCT– 24 hodinová prevádzka	0,003705	
	CT prístroj 20 - 40 MSCT	0,003800	
	CT prístroj 20 - 40 MSCT– 24 hodinová prevádzka	0,003990	prevádzka Košice <b>0,003515</b>
	CT prístroj 64 MSCT a viac	0,004180	
	CT prístroj 64 MSCT a viac – 24 hodinová prevádzka	0,004300	
magnetická rezonancia	MR prístroj 0,2 T až 0,25 T pre vyšetrenie jedného orgánového systému - kĺbov	0,003400	0,005500
	MR prístroj 0,25 T pre viac orgánovú diagnostiku	0,003900	
	MR prístroj 0,3 T - 1,0 T		



	MR prístroj od 1,1 T do 2,9 T	0,004200	
	MR prístroj 3T a vyššie	0,005500	

2. V prípade, že poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zariadení SVLZ použije špeciálny zdravotnícky materiál (ďalej len „SZM“) uvedený v Zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov v zmysle zákona č. 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „Zoznam SZM“) a preskripčným obmedzením viazaný na špecializačný odbor rádiológia, zdravotná poisťovňa uhradí tento SZM ako pripočítateľnú položku k úhrade výkonu do výšky obstarávacej ceny SZM, najviac však do výšky príslušnej maximálnej úhrady zdravotnej poisťovne za 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 uvedenej 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:
  - a) Za vybrané skiografické 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.
  - b) Za analógový RTG prístroj sa považuje taký RTG prístroj, ktorý nemá zabudovanú technológiu potrebnú na vytváranie a uchovávanie RTG snímok v digitálnej podobe.
  - c) 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.
  - d) 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 iným poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, ak má k dispozícii funkčné hardvérové a softvérové vybavenie umožňujúce bezpečné zdieľanie digitálnych RTG snímok poskytovateľa s inými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti prostredníctvom prepojenia softvérového vybavenia.
  - 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.

### C) Fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia

1. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

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

### VIII. Priamo hradené výkony

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

Kód výkonu	Názov výkonu	diagnózy	indikujúce odbornosti	maximálna frekvencia	iné podmienky úhrady	úhrada v €
335	Hyperbarická oxygenoterapia v jednomiestnej komore			maximálne 10 expozícií v jednej sérii pre danú diagnózu a maximálne 3 série za rok	Union ZP uhradí liečbu HBO na základe indikačnej triedy a úrovne dôkazu EBM (ECHM 2016) pri indikáciách uvedených nižšie a len s jej predchádzajúcim súhlasom.	39
9650	Kapsulová enteroskopia vrátane nákladov na kapsulu				Zdravotnou indikáciou úhrady tohto výkonu z verejného zdravotného poistenia je krvácanie z tráviaceho traktu z neznámeho zdroja: a) hemodynamicky významné - pri negativite gastrofibroskopie a kolonoskopie a s nutnosťou pobytu na JIS a podávaním transfúzií, b) hemodynamicky nevýznamné - opakovaná anemizácia s nutnosťou jej liečby bez zistenia zdroja krvácania dostupnými vyšetrovacími postupmi. Poznámka: vyšetrenie možno vykonať u detí vo veku od 10 rokov, výnimočne aj u mladších. Výkon podlieha schvaľovaniu zdravotnej poisťovne na základe predloženého protokolu vypracovaného odbornou spoločnosťou a zdravotnými poisťovňami.	830

2. Zdravotný výkon vykazovaný s kódom 335 sa nezahŕňa do globálneho rozpočtu.

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

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 prílohy.

Kód výkonu	Názov výkonu	Povolená odbornosť	Výška úhrady v €	Podmienky vykazovania
1390	operácia sivého zákalu s implantáciou umelej vnútroočnej šošovky	015,215	434	vysvetlivka 1
1391	sekundárna implantácia intraokulárnej šošovky do prednej očnej komory alebo do sulcus ciliare	015,215	423	vysvetlivka 1
1392	sekundárna implantácia intraokulárnej šošovky transsklerálnou fixáciou	015,215	385	vysvetlivka 1
1393	operácia sekundárnej katarakty	015,215	383	vysvetlivka 1
1393a	operácia sekundárnej katarakty laserom	015,215	208	
1394	repozícia implantovanej umelej vnútroočnej šošovky	015,215	335	
1395	primárna implantácia umelej vnútroočnej šošovky zo zdravotných dôvodov (Implantácia fakickej vnútroočnej šošovky zo zdravotných dôvodov)	015,215	361	vysvetlivka 1
7006	vyšetrenie v celkovej anestézii		267	predchádzajúci súhlas ZP
8501a	operácia prietrží bez použitia sieťky	010,038,107,222,319	394	
8501b	operácia jednoduchých prietrží s použitím sieťky	010,038,107,222,319	523	
8501c	laparoskopická operácia jednoduchých prietrží	010,107,222,319	546	
8502	transrektálna polypektómia	010,107,222,319	480	
8506	artroskopická operácia subakromiálneho impingement syndrómu	011,013,206	550	
8507	operácia poúrazovej paraatikulárnej burzitídy vo všetkých lokalizáciách	011,013,108,206	350	
8508	operačná mobilizácia kontraktúry stuhnutého kľbu	011,013,108,206	489	
8509	operačná dynamizácia vnútrodreňových klincov	011,013,108,206	365	
8510	operačná repozícia jednoduchých zlomenín v celkovej anestézii	010,011,013,107,108,206	395	
8511	operačné riešenie pollex saltans	011,038,108,206	340	
8512	operačné riešenie fractúra metacarpi	011,013,038,108,206	409	
8513	operačné riešenie epicondylitis radialis	011,013,108,206	305	
8514	operačné riešenie epicondylitis ulnaris	011,013,108,206	305	
8516	operačné riešenie fractúra capitis radii	011,013,108,206	373	
8517	operačné riešenie synovitis cubiti	011,013,108,206	357	
8518	operačné riešenie luxatio acromioclavicularis	011,013,108,206	464	
8519	operačné riešenie fractura clavicularae	011,013,108,206	464	
8520	operačné riešenie abruptio tuberculi majoris et minoris humeri	011,013,108,206	446	
8521	operačné riešenie decompressio subacromialis	011,013,108,206	446	
8522	operačné riešenie instabilitas glanohumeralis	011,013,108,206	464	
8523	operačné riešenie ruptúry rotátorovej manžety	011,013,108,206	446	
8525	operačné riešenie hallux valgus	010,011,013,107,108,206	400	
8525k	operačné riešenie hallux valgus v kombinácii s iným výkonom	011,013,108	487	
8526	operačné riešenie pes transversoplanus	011,013,108	315	
8527	operačné riešenie digitus hammatu	010,011,013,107,108,206	400	
8528	operačné riešenie digitus malleus	010,011,013,107,108,206	400	
8529	operačné riešenie digitus supraductus	010,011,013,107,108,206	400	
8530	operačné riešenie metatarsus I.varus	010,011,013,107,108,206	380	
8531	operačné riešenie morbus Laderhose	010,011,013,107,108,206	400	
8533a	artroskopické výkony v lakťovom zhybe s použitím kobračných a shaverových sond	010,011,013,107,108,206	1020	
8533b	artroskopické výkony v lakťovom zhybe s použitím kobračných a shaverových sond a fixačného materiálu	010,011,013,107,108,206	1238	
8534a	artroskopické výkony v ramennom zhybe s použitím kobračných a shaverových sond	010,011,013,107,108,206	1020	
8534b	artroskopické výkony v ramennom zhybe s použitím s použitím kobračných a shaverových sond a fixačného materiálu	010,011,013,107,108,206	1238	
8535a	artroskopické výkony v kolennom zhybe s použitím kobračných a shaverových sond	010,011,013,107,108,206	1020	
8535b	artroskopické výkony v kolennom zhybe s použitím kobračných a shaverových sond a fixačného materiálu	010,011,013,107,108,206	1238	
8536a	artroskopické výkony v členkovom zhybe s použitím kobračných a shaverových sond	010,011,013,107,108,206	1020	
8536b	artroskopické výkony v členkovom zhybe s použitím kobračných a shaverových sond a fixačného materiálu	010,011,013,107,108,206	1349	
8537	operačná extrakcia osteosyntetického materiálu a vonkajších fixátorov v anestézii	010,011,013,107,108,206	361	

8538	exstirpácia sakrálneho dermoidu	010,011,013,107,108,222,319	367	
8539	operácia varixov dolných končatín	010,068	432	
8539a	operácia varixov dolných končatín s použitím rádiofrekvenčného katétra - vrátane ceny za katéter	010,068	798	
8539k	operácia varixov oboch dolných končatín	010,068	542	
8540	operácia análnych fistúl a/alebo fisúr	010,107,222,319	388	
8542	operácia ruptúry Achilovej šľachy	010,011,013,107,108,206,319	453	
8543	operácia syndrómu karpálneho tunela	010,011,013,037,038,107,108,206,319	347	
8547	exstirpácia a excízia benígnych a malígnych nádorov kože, podkožia a svalu	010,038,107,319	103	
8548	tenolýza šľachy	010,011,013,038,107,108,206	339	
8549	sutúra šľachy	010,011,013,038,107,108,206	439	
8550	voľný šľachový transplantát	010,011,013,038,107,108,206	330	
8551	transpozícia šľachy	010,011,013,038,107,108,206	302	
8552	operácia malých kĺbov ruky - artrolýza	011,038,108,206	331	
8553	operácia malých kĺbov ruky - artrodéza	011,038,108,206	331	
8564	laparoskopická cholecystektómia	010,222,319	607	
8565	operácia hemoroidov	010,068,222,319	540	
8566	odstránenie hemoroidov elastickou ligatúrou	010,068,222,319	96	
8567	vytvorenie alebo rekonštrukcia arteriovenózneho fistuly	010,068,107,222,319	376	
8568	zrušenie arteriovenózneho fistuly	010,068,107,222,319	232	
8571	exstirpácia lymfatických uzlín	009,010,012,017,068,107,222,229,319,322	222	
8572	exstirpácia benígneho nádoru prsnej žľazy	009,010,017,038,229,319	315	
8573	exstirpácia gangliómu	010,011,013,038,107,108,206	62	
8575	amputácia prsta pre gangrénu	010,011,013,038,107,108,206	207	
8576	laparoskopické výkony diagnostické	009,010,012,107,109,222,229,319,322	420	
8577	laparoskopická apendektómia	010,107,222,319	550	
8578a	artroskopické výkony v zápästí s použitím koblačných a shaverových sond	010,011,013,107,108,206	1020	
8578b	artroskopické výkony v zápästí s použitím koblačných a shaverových sond a fixačného materiálu	010,011,013,107,108,206	1234	
8582	operácia Dupuytrenovej kontraktúry - punkčná fasciektómia	010,011,038,206	368	
8583	operácia Dupuytrenovej kontraktúry - parciálna fasciektómia	010,011,038,206	368	
8584	operácia Dupuytrenovej kontraktúry - totálna fasciektómia	010,011,038,206	373	
8586	endoskopické vyšetrovanie v celkovej anestézii	009,010,048,107,154,222,229,319,322	267	
8588	nekrektómie	010,011,012,013,014,015,037,038,068,222,229,319,322	113	
8611	konizácia cervixu	009,017,229	340	
8611k	konizácia cervixu v kombinácii s iným výkonom	009,017	349	
8612	excízia vulvy - len ako terapeutický zákrok v CA	009,017,229	291	
8613	exstirpácia cýst glandule vestibularis - Bartolinskej žľazy	009,017,229	291	
8614	kordocentéza	009,017,229	277	
8617	hysterosalingografia	009,017	162	
8619	resekcia vaginálneho septa	009,017,229	302	
8620	hysteroskopia (+ prípadná resekcia uterinného septa)	009,017,229	449	
8622	diagnostická laparoscopia	009,017	327	
8623	sterilizácia ženy zo zdravotných dôvodov	009,017,229	327	predchádzajúci súhlas ZP
8624	laparoscopia s adheziolýzou (rozrušenie zrastov)	009,017,229	400	
8625	salpingostómia - laparoskopicky	009,017,229	400	
8626	salpingektómia - laparoskopicky	009,017,229	400	
8627	ovariálna cystektómia - laparoskopicky	009,017,229	400	
8628	oophorektómia - laparoskopicky	009,017,229	400	
8629	ablácia endometriotických ložísk - laparoskopicky	009,017,229	400	
8630	kolpoperineoplastika (zadná pošvová plastika bez použitia sietečky)	009,017,229	386	
8631	uretrálna suspenzia (s použitím suburetrálnej pásky na liečbu stresovej inkontinencie) alebo pri vezikorenálnom refluxe	009,012,322	450	vysvetlivka 4
8634	kyretáž vrátane dilatácie	009,017,229	338	
8634k	kyretáž v kombinácii s iným výkonom JZS(OHV)	009,017,229	428	
8635	amniocentéza - pod USG kontrolou	009,017,229	109	
8636	excízia zo steny pošvy na histológiu	009,017	230	

8640	ablácia cervikálneho polypu	009,017,229	263	
8641	adnexektómia - laparoskopicky	009,017,229	400	
8642	myomektómia - laparoskopicky	009,017,229	409	
8643	predná pošvová plastika	009,017,229	375	
8643k	predná pošvová plastika v kombinácii s iným výkonom	009, 017	445	
8644	rekonštrukčná operácia defektu panvového dna s použitím setu (predný alebo zadný oddiel)	009,017,229	450	
8648	prerušenie tehotenstva zo zdravotných dôvodov	009,017,229	302	vysvetlivka 5
8660k	hysteroskopia v kombinácii s inými výkonmi v odbornosti	009,017,229	500	
8662k	laparoskopia v kombinácii s inými výkonmi v odbornosti	009,017,229	500	
8700	operácia strabizmu zo zdravotných dôvodov (jeden sval)	015,215,336	306	
8700k	operácia strabizmu zo zdravotných dôvodov (dva a viac svalov)	015,215,336	406	
8701	plastické operácie na mihalniciach (ektropium, entropium, blefarochalázia) zo zdravotných dôvodov (na jednej mihalnici)	015,038,215,336	266	predchádzajúci súhlas ZP
8701k	plastické operácie na mihalniciach (ektropium, entropium, blefarochalázia) zo zdravotných dôvodov (na oboch mihalniciach)	015,038,215,336	322	predchádzajúci súhlas ZP
8703	elektropilácia	015,215,336	96	
8704	excimer - laserové operácie rohovky len zo zdravotných indikácií (jedno oko)	015,215,336	368	vysvetlivka 2
8704k	excimer - laserové operácie rohovky len zo zdravotných indikácií (obe oči)	015,215,336	427	vysvetlivka 2
8705	fotodynamická terapia sietnice	015,215,336	312	
8706a	operácia glaukómu filtračná	015,215,336	394	
8706b	operácia glaukómu laserom	015,215,336	286	
8706c	operácia glaukómu kryom	015,215,336	258	
8707	operácia pterygia - ablácia a plastika (jedno oko)	015,215,336	266	
8707k	operácia pterygia - ablácia a plastika (obe oči)	015,215,336	307	
8708	operácia nádorov mihalníc	015,215,336	250	
8709	operácia nádorov spojovky	015,215,336	242	
8710	keratoplastika - vrátane ceny za transplantát	015,215,336	2 379	
8710a	predná lamelárna keratoplastika - vrátane ceny za transplantát	015,215,336	1300	
8710b	zadná lamelárna keratoplastika - vrátane ceny za transplantát	015,215,336	1500	
8711	operácie slzných bodov a slzných ciest	015,215,336	166	
8712r	operácie slzného vaku (jedno oko)	015,215,336	220	
8713	zavedenie trvalej alebo dočasnej sondy do slzných ciest (operácie slzných ciest)	015,215,336	173	
8714	tarzorafia (jedno oko)	015,215,336	286	
8714k	tarzorafia (obe oči)	015,215,336	307	
8716	operácia zrastov spojovky (operácia zrastov spojovky s voľným transplantátom)	015,215,336	291	
8717	krytie rohovky amniovou membránou	015,215,336	294	
8718	CXL - corneal cross linking	015,215,336	390	
8719	IAK - incízna astigmatická keratotómia	015,215,336	394	
8720	intraštomálna implantácia distančných prstencov -vrátane nákladov za prstence	015,215,336	1495	
8722	explantácia a reimplantácia umelej vnútroočnej šošovky	015,215,336	383	
8724	intravitreálna aplikácia liekov	015,215,336	144	vysvetlivka 3
8725	operácia odlúpenia sietnice episklerálne	015,215,336	571	
8726	pneumoretinopexia	015,215,336	274	
8728	pars plana vitrektómia	015,215,336	826	
8729	pars plana vitrektómia a lensektómia s implantáciou umelej vnútroočnej šošovky	015,215,336	826	
8731	primárne ošetrovanie hlbokéj rany rohovky alebo skléry alebo mihalníc	015,215,336	190	
8732	primárne ošetrovanie penetrujúcej rany rohovky alebo skléry bez poranenia šošovky a bez vnútroočného cudzieho telesa	015,215,336	345	
8734	primárne ošetrovanie penetrujúcej rany rohovky alebo skléry bez poranenia šošovky s vnútroočným cudzím telesom	015,215,336	345	
8750k	operácia sivého zákalu v kombinácii s iným súvisiacim výkonom v odbornosti	015,215,336	559	
8800	endoskopická adenotómia	014,114	351	
8800k	endoskopická adenotómia v kombinácii s iným výkonom	014, 114	477	
8801	tonsilektómia	014,114	313	
8801k	tonsilektómia v kombinácii s iným výkonom	014, 114	438	
8802	tonsilotómia	014,114	300	
8802k	tonsilotómia v kombinácii s iným výkonom	014, 114	464	
8803	uvulopalatoplastika	014,114	330	
8803k	uvulopalatoplastika v kombinácii s iným výkonom	014, 114	438	
8804	plastika oroantrálnej komunikácie	014,070,114,345	310	
8805	extrakcia kameňa submandibulárnej žľazy	014,070,114	272	
8806	exstirpácia sublingválnej slinnej žľazy	014,070,114	290	
8807	exstirpácia submandibulárnej slinnej žľazy	014,070,114	290	

8808	exstirpácia príušnej žľazy	014,070,114	340	
8809k	endoskopická chordektómia v kombinácii s iným výkonom	014, 114	427	
8813	exstirpácia mediálnej krčnej cysty	014,070,114	373	
8814	exstirpácia laterálnej krčnej žľazy	014,070,114	380	
8815	turbinoplastika	014,114	350	
8815k	turbinoplastika v kombinácii s iným výkonom	014, 114	615	
8819	operácia stenózy zvukovodu (plastika zvukovodu)	014,114	320	
8820	myringoplastika	014,114	409	
8820k	myringoplastika v kombinácii s iným výkonom	014, 114	564	
8821	tympanoplastika bez protézy	014,114	300	
8821a	tympanoplastika s protézou	014,114	354	
8821k	tympanoplastika (bez protézy) v kombinácii s iným výkonom	014, 114	438	
8823	stapedoplastika	014,114	354	
8824	sanačná operácia stredného ucha	014,114	470	
8825	adenotómia	014,114	200	
8825k	adenotómia v kombinácii s iným výkonom	014, 114	343	
8826	mikrochirurgické výkony na hrtane	014,114	450	
8827	septoplastika - operácia nosovej priehradky (podmienkou je zdravotná indikácia výkonu)	014,038,114	330	
8827k	septoplastika v kombinácii s iným výkonom	014, 114	564	
8828	rekonštrukcia perforácie nosového septa	014,038,114	385	
8829	plastika nosovej chlopne	014,038,114	372	
8830	funkčná endoskopická sínusová chirurgia (FESS)	014,114	440	
8830k	funkčná endoskopická sínusová chirurgia (FESS) v kombinácii s iným výkonom	014, 114	606	
8832	funkčná septorinoplastika	014,038,114	383	
8833	aurikuloplastika zo zdravotných dôvodov	014,038,114	252	predchádzajúci súhlas ZP
8834	frenulotómia	014,114	153	
8835	transpozícia vývodu submandibulárnej slinnej žľazy pri sialolitíaze a stenóze vývodu	014,070,114	340	
8836	diagnostická mikroendoskopia hrtana	014,114	260	
8837	exstirpácia ohraničeného tumoru alebo lymfatickej uzliny podkoží na krku	014,114,222,319	150	
8838	diagnostická excízia z tumoru nosohltana	014,114	285	
8840	korekcia nosového krídla vložení chrupkového transplantátu, auto- alebo alotransplantátu	014,038	470	
8841	endoskopická operácia prínosových dutín	014,114	464	
8841k	endoskopická operácia prínosových dutín v kombinácii s iným výkonom	014, 070, 114	658	
8842	dakryocystorinostómia	014, 114	440	
8844	rekonštrukcia dna orbity pri blow-out fraktúre	014,015,038,070,114, 215,336	423	
8846	operácia povrchového tumoru tváre a krku	010,014,038,070,107, 319	69	
8847	transmyringická drenáž so zavedením ventilačnej trubičky	014,070,114	150	
8847k	transmyringická drenáž so zavedením ventilačnej trubičky obojstranne	014, 114	183	
8850	endoskopická adetonómia + tonzilektómia	014, 114	500	
8852	tonzilektómia + uvulopalatoplastika	014, 114	500	
8853	turbinoplastika + dakryocystorinostómia	014, 114	780	
8857	septoplastika + funkčná endoskopická sínusová chirurgia (FEES)	014, 114	660	
8858	operácia stenózy zvukovodu (plastika zvukovodu) + tympanoplastika	014, 114	644	
8900	orchiektómia	010,012,107,109,319, 322	346	
8901	orchiektómia pre karcinóm prostaty	010,012,107,109,319, 322	350	
8902	resekcia kondylomat na penise	012,018,038	253	
8903	Orchiopexia retinovaného hmatného semenníka (nie pri kryptorchizme)	012,109,322	354	
8904	biopsia steny močového mechúra	012,109,322	120	
8905	zavedenie a/alebo odstránenie ureterálnej endoprotézy	012,109,322	294	
8905k	obojsstranné zavedenie a/alebo odstránenie uretrálnej endoprotézy	012, 109,332	345	
8906	perkutánná nefrostómia	012, 109	323	
8909	operácia fimózy - cirkumcizia zo zdravotných dôvodov	010,012,038,107,109, 319,322	300	
8910	divulzia uretry pri stenóze ženskej uretry	012,109,322	210	
8911	plastika varikokély	010,012,107,109,319, 322	372	
8911k	plastika varikokély v kombinácii s iným výkonom	012, 109	498	
8914	operácia jednoduchej hydrokély u mužov	010,012,107,109,319, 322	372	
8914k	operácia hydrokély v kombinácii s iným výkonom	012, 109	403	

8915	frenuloplastika pre frenulum breve penis	010,012,107,109,319,322	245	
8916	sterilizácia u muža so zdravotných dôvodov	012,109,322	290	predchádzajúci súhlas ZP
8917	resekcia karunkuly uretry	012,109,322	184	
8918	exstirpácia kožných nádorov na vonkajších genitáliách	009,010,012,018,107,109,319,322	140	
8919	sutúra kožnej rany v oblasti vonkajších genitálií	009,010,012,018,107,109,319,322	90	
8920	optická uretrotómia krátkej striktúry	012,109,322	230	
8921	biopsia prostaty	012,109,322	203	
8922	biopsia glans penis	012,109,322	93	
8924	diagnostická cystoskopia (biopsia močového mechúra )	012,109,322	160	
8926	ureteroskopia	012,109,322	285	
8927	ureteroskopická litotripsia a extrakcia konkrémentu pri jednoduchej ureterolitiáze	012,109,322	349	
8928	dilatácia striktúry uretry	012,109,322	112	
8929	operačná repozícia parafimózy	010,012,038,107,109,319,322	195	
8930	resekcia spermatokély alebo cysty nadsemenníka	010,012,038,107,109,319,322	361	
9000	artroskopická operácia temporomandibulárneho kĺbu (stomat.)	070	450	
9001	probatórne excízie na histologické vyšetrenie v celkovej anestézii (stomat.)	070,345,358	144	
9005	operačná extrakcia retinovaných alebo semiretinovaných zubov (stomat.)	070,345	264	
9006	operačná fixácia luxovaných a subluxovaných zubov (stomat.)	070,345	261	
9007	operačná replantácia zubov (stomat.)	070,345	322	
9008	operačné ošetrenie komplikovaného prerezávania zuba múdrosti (stomat.)	070,345,358	98	
9009	operačná predprotetická úprava čelustí (stomat.)	070,345	319	
9010	operačné ošetrenie nepravých nádorov - epulis (stomat.)	070,345,358	148	
9011	operačná egalizácia ďasnových výbežkov (stomat.)	070,345	283	
9013	extrakcia viacerých zubov v celkovej anestéze (stomat.)	016,115,070,345,802	275	
9014	dentoalveolárne chirurgické výkony v celkovej anestéze pre polyvalentnú alergiu (stomat.)	070,345,358	322	
9015	dentoalveolárne chirurgické výkony v lokálnej anestéze u geriatrických a rizikových pacientov vzhľadom na interné ochorenie	070,345,358	338	
9016	operačné odstránenie osteosyntézového materiálu v anestézii v stomatológii	070,345	324	
9017	operačná elevácia zygomatickomaxilárneho komplexu v celkovej anestézii (stomat.)	070	372	
9023	exstirpácia dentálnych cyst (stomat.)	070,345	338	
9024	operačné prehĺbenie vestibula v oblasti maxily a frontálneho úseku mandibuly	070,345,358	338	
9026	frenulektómia frenulum labii, frenulum accessorii a frenulum linguae (stomat.)	070,345,358	141	
9027	exstirpácia kameňov zo slinovodov (stomat.)	070,345,358	288	
9030	resekcia koreňového hrotu troch alebo viacerých zubov	016,070,115,345	246	
9034	operácia exostózy, torus palatinus, torus mandibularis (stomat.)	014,070,345	246	
9103	endoskopické zavedenie drenáže žilových ciest alebo pankreasu	048,222	400	
9104	endoskopická polypektómia a endoskopická mukózna resekcia v tráviacom trakte	048,222	400	
9105	endoskopická injekčná sklerotizácia pažerákových varixov	048,222	350	
9106	aplikácia stentov v tráviacom trakte pod endoskopickou alebo rtg kontrolou	048,222	400	
9107	endoskopická laserová a argón plazma koagulačná ablácia v tráviacom trakte	048,222	350	
9109	tenkoihlová biopsia pod endoskopickou ultrasonografickou kontrolou v tráviacom trakte	048,222	360	
9202	resekcia alebo iná operácia dolnej nosovej mušle	014,038	277	
9203	uzáver vestibulonazálnej alebo oronazálnej komunikácie	038,070,345	256	
9205	korekcia nosných dierok zo zdravotných dôvodov	014,038	300	
9205a	korekcia nosových dierok zo zdravotných dôvodov u detí do 18 rokov vrátane	014,038,114	385	
9210	korekcia ptózy hornej mihalnice zo zdravotných dôvodov (na jednej mihalnici)	015,038,336	300	predchádzajúci súhlas ZP
9210k	korekcia ptózy hornej mihalnice zo zdravotných dôvodov (na oboch mihalniciach)	015,038,336	406	predchádzajúci súhlas ZP
9211	rekonštrukcie viečok po resekcii tumoru alebo traumatickej strate lalokovou plastikou	038	350	

9212	odstránenie benígneho alebo malígneho tumoru kože a podkožia v ktorejkoľvek lokalizácii s krytím defektu lalokovou plastikou alebo voľným kožným transplantátom	038	254	
9213	korekcia kontrahujúcej jazvy Z - plastikou alebo voľným kožným transplantátom	038	214	
9215	dermabrázia kože v ktorejkoľvek lokalizácii z inej príčiny ako jazva	038	250	
9219	endoskopická operácia syndrómu karpálneho tunela	010,107,011,013,108,038	587	
9222	deliberácia a transpozícia nervus ulnaris	011,037,038,108,206	337	
9223	discízia retinaculum flexorum	011,038,108,206	357	
9225	operačný výkon pre útlakové syndrómy v iných lokalitách	011,038,108,206	337	
9226	primárna alebo sekundárna mikrosutúra periférneho nervu	037,038	330	
9246	redukčná mamoplastika zo zdravotných dôvodov	009,038,229	430	predchádzajúci súhlas ZP
9247	vloženie implantátu alebo expanderu po ablácii prsníka	009,038,229	449	vysvetlivka 6
9248	operácia gynekomastie a/alebo s liposukciou zo zdravotných dôvodov	010,038,106	312	predchádzajúci súhlas ZP
9255	operácia diastázy priamych brušných svalov	010,038,107,222	357	
9260	mikrosutúra nervu end to side	037,038	250	
9300	diagnostická biopsia kože, podkožia a svalov v celkovej anestéze u detí	010,107,011,013,108,319	144	
9303	drenáž povrchového abscesu s anestézou u detí	010,107	230	
9304	operačné odstránenie benígnych alebo malígnych útvarov kože a podkožia (preaurikulárne výbežky, pigmentové névy, ateróm) s anestéziou u detí	010,038,107	302	
9306	operačné odstránenie zarastajúceho nechta u detí (resekcia a plastika nechtového lôžka) po predchádzajúcej neúspešnej ambulantnej liečby	010,011,107,108,038	247	
9308	excízia a exstirpácia hemangiómu u detí	010,107,319	288	
9310	exstirpácia a/alebo biopsia lymfatických uzlín z jednej lokality u detí	010,107,319	285	
9315	operácia jednoduchej hydrokély u chlapcov	010,012,107,109,319	333	
9319	incízia perianálneho abscesu u detí do 12 rokov v CA	010,107,222,319	282	
9400	presadovanie v anestézii u detí	010,011,013,107,108,319	123	
9513	extraneurálna mikroneurolyza	037,038	354	
9515	rekonštrukcia periférneho nervu nervovým štepom u detí	037,038	307	
9522	korekčná osteotómia a osteosyntéza	010,011,013,107,108	519	
9603	exstirpácia chalasea	015,215,336	237	
9606	sondáž slzných ciest	015,215,336,	172	
9608	extrakcia stehov z rohovky u detí	015,215,336	172	
9609	laserová koagulácia sietnice	015,215,336	162	
9804	korekcia hypospádie u detí	012,109,038	242	
9924	sanácia chrupu v celkovej anestézii u nespolupracujúcich pacientov so stomatófóbiou alebo u nespolupracujúcich pacientov s mentálnou retardáciou	016,070,115,802	308	
H5560	<b>Diagnosticko terapeutický výkon v ústavnej zdravotnej starostlivosti</b> - ukončená hospitalizácia z dôvodu potreby pozorovania zdravotného stavu a/ alebo diagnostického vyšetrenia a/alebo podania lieku/liekov poisťencovi počas jeho hospitalizácie v trvaní od 24 hodín do 72 hodín na príslušnom oddelení	odbornosti oddelení hradených cenou ukončenej hospitalizácie	460	



**Príloha č. 2c**  
**k Zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**

**Podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti podľa klasifikačného systému  
diagnosticko-terapeutických skupín**

**I. Základné ustanovenia**

1. Zdravotná poisťovňa podľa klasifikačného systému diagnosticko-terapeutických skupín (ďalej aj ako „systém DRG“) uhrádza poskytovateľovi v rámci hospitalizačného prípadu úhradu za zdravotnú poisťovňou uznanú ústavnú zdravotnú starostlivosť, do ktorej bol poistenec prijatý počas účinnosti tejto prílohy.
2. Klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín je medicínsko-ekonomický klasifikačný systém, ktorý na základe chorôb, zdravotných výkonov, dátumu narodenia poistenca, veku poistenca v rokoch alebo podľa veku poistenca v dňoch, podľa hmotnosti poistenca, ak ide o poistenca mladšieho ako 1 rok, pohlavia, druhu, dôvodu prijatia a dátumu prijatia poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti, dôvodu prepustenia a dátumu prepustenia z ústavnej zdravotnej starostlivosti, dĺžky ošetrovacej doby zadanej v dňoch, dĺžky umelej pľúcnej ventilácie u poistenca zadanej v hodinách, lokalizácie choroby a zdravotného výkonu a dátumu vykonania zdravotného výkonu poistencovi umožňuje zaradiť jednotlivé hospitalizačné prípady do ekonomicky a klinicky homogénnych diagnosticko-terapeutických skupín, ktorým spravidla prislúcha relatívna váha definovaná v katalógu prípadových paušálov. Podrobnosti zaradenia hospitalizačného prípadu do príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupiny určuje definičná príručka. Zaradenie do hospitalizačného prípadu do príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupiny sa vykonáva prostredníctvom počítačového programu zdravotnej poisťovne (tzv. grouper).
3. Na účely tejto prílohy sa za hospitalizáciu považuje poskytovanie spravidla ústavnej zdravotnej starostlivosti poistencovi u poskytovateľa na oddelení s DRG relevantnou odbornosťou od dátumu jeho prijatia na hospitalizáciu až do dátumu prepustenia z hospitalizácie. Podľa tejto prílohy sa neuhrádza zdravotná starostlivosť spočívajúca vo výkonoch uvedených v prílohe č. 2b k zmluve, ktoré za podmienok uvedených v príslušnej časti prílohy č. 2b k zmluve uhrádzajú ako výkony jednodňovej zdravotnej starostlivosti.
4. Hospitalizačný prípad je spravidla ústavná zdravotná starostlivosť poskytnutá poistencovi počas hospitalizácie na oddeleniach s DRG relevantnou odbornosťou, od dátumu jeho prijatia na hospitalizáciu až do dátumu prepustenia z hospitalizácie.
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.

**II. Úhrada za hospitalizačný prípad**

1. Výška základnej sadzby je stanovená pre príslušný kalendárny rok Centrom pre klasifikačný systém (ďalej len „CKS“).
2. Výška úhrady za hospitalizačný prípad sa vypočíta ako súčin základnej sadzby a príslušnej relatívnej váhy určenej podľa katalógu prípadových paušálov v závislosti od správneho zaradenia hospitalizačného prípadu do príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupiny a od dĺžky ošetrovacej doby a podľa ostatných podmienok vyplývajúcich zo zmluvy. Za správne zaradenie hospitalizačného prípadu do príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupiny sa považuje zaradenie vykázaného hospitalizačného prípadu do diagnosticko-terapeutickej skupiny podľa definičnej príručky. Výška úhrady za všetky hospitalizačné prípady ukončené v príslušnom kalendárnom mesiaci (SumHP) zohľadňuje okrem ostatných podmienok vyplývajúcich zo zmluvy aj medziročnú zmenu casemix indexu a/alebo zmenu zákonných-mzdových nárokov zdravotníckych pracovníkov (MRZ) zmluvných poskytovateľov zdravotnej poisťovne poskytujúcich zdravotnú starostlivosť hradenú systémom DRG, ktorú nezohľadnil výpočet základnej sadzby podľa dokumentu uvedeného v čl. IV bod 1 písm. c) tejto prílohy. SumHP sa vypočíta podľa nasledovného vzorca:

$$\text{SumHP} = \frac{\text{ZSa} \cdot \Sigma \text{ERV}}{\text{MRZ}}$$

MRZ je pre kalendárny rok 2021 vo výške 1. Ak sa zmluvné strany nedohodnú na zmene MRZ pre obdobie nasledujúce po kalendárnom roku 2021, použije sa v nasledovnom kalendárnom roku (a v každom ďalšom, pre ktorý sa zmluvné strany nedohodnú na zmene) hodnota uvedená v predchádzajúcej vete.

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

- a) poskytnuté poisťencovi poskytovateľom alebo akýmkoľvek iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti počas trvania hospitalizácie,
- b) poskytnutú poisťencovi poskytovateľom alebo iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v deň prijatia na hospitalizáciu, ako aj v deň prepustenia z hospitalizácie (s výnimkou liekov a zdravotníckych pomôcok, na ktoré bol vystavený predpis, resp. lekársky poukaz v deň prepustenia poistenca z hospitalizácie), ak súvisí s hospitalizáciou;
- c) poskytnutú poisťencovi kedykoľvek po prepustení z hospitalizácie poskytovateľom alebo akýmkoľvek iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ak bola indikovaná počas trvania hospitalizácie podľa písm. s) bodu 4.6. zmluvy;

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

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

DRG	Segment	Popis	Relatívne váhy (RV)	Stredná hodnota ošetrovacej doba	Zníženie RV pri OD kratšej ako dolná hranica		Zvýšenie RV pri OD dlhšej ako horná hranica		Zníženie RV pri externom preložení	Prekladový prípadový paušál	Výnimka pri opätovnom prijatí <sup>2)</sup>
					Dolná hranica ošetrovacej doby <sup>1)</sup>	Relatívne váhy / deň	Horná hranica ošetrovacej doby <sup>1)</sup>	Relatívne váhy / deň	Relatívne váhy / deň		
B61B	M	Určité akútne ochorenia a poranenia miechy bez komplexného výkonu alebo viac ako 13 ošetrovacích dní alebo žiadne preloženie	1,9168		2	0,0875	30	0,0350		x	
B76A	M	Záchvaty, viac ako jeden ošetrovací deň, s komplexnou diagnózou a liečbou	0,8776		2		10	0,0358		x	
D01A	O	Bilaterálna kochleárna implantácia	28,8112	4,9	2	0,6047	8	0,1719	0,2042		
E76A	M	Tuberkulóza, viac ako 14 ošetrovacích dní	2,6820		20	0,1616	42	0,0323		x	
		ostatné skupiny	1,1400								

10. Ak poskytovateľ predpokladá trvanie hospitalizačného prípadu dlhšie ako 2 mesiace, informuje o tejto skutočnosti zdravotnú poisťovňu najneskôr do 2 mesiacov od začiatku takéhoto hospitalizačného prípadu a dohodne so zdravotnou poisťovňou individuálny spôsob úhrady za hospitalizáciu.
11. Ak poskytovateľ počas hospitalizácie, použil lieky a/alebo zdravotnícke pomôcky, ktoré na svoje náklady obstarala zdravotná poisťovňa, má zdravotná poisťovňa voči poskytovateľovi právo na refundáciu týchto nákladov. Zmluvné strany sa dohodli na započítaní pohľadávky zdravotnej poisťovne podľa predchádzajúcej vety tohto bodu s pohľadávkou alebo pohľadávkami poskytovateľa na úhradu zdravotnej starostlivosti voči zdravotnej poisťovni.

### III. Prípočítateľné položky

12. 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 prípočítateľnú 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.
13. 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. 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.
14. 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.
15. Ak zdravotná poisťovňa zistí, že obstarávacia cena prípočítateľnej položky, ktorá bola dohodnutá podľa bodu 3 tohto článku, je nižšia ako cena uvedená v dokumente „Prípočítateľné položky DRG“, zdravotná poisťovňa z vlastného podnetu opätovne pristúpi k prehodnoteniu jej ceny podľa bodu 3 tohto článku.
16. 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 3 nedohodli inak. Ak je dokument „Prípočítateľné položky DRG“ aktualizovaný podľa bodu 3 alebo podľa bodu 4, účinnosť nadobúda dňom uverejnenia na webovom sídle zdravotnej poisťovne alebo dňom platnosti, ktorý je uvedený v samotnom dokumente.

### IV. Spoločné a prechodné ustanovenia

1. Centrum pre klasifikačný systém (ďalej aj ako „CKS“) podľa príslušného ustanovenia zákona č. 581/2004 Z. z. zverejní na nasledujúci kalendárny rok:
  - a) definičnú príručku,
  - b) katalóg prípadových paušálov,
  - c) metodiku výpočtu základnej sadzby a zoznam základných sadzieb,
  - d) zoznam zdravotných výkonov pre klasifikačný systém,
  - e) pravidlá kódovania chorôb a zdravotných výkonov,
  - f) pravidlá pre výpočet prípadových paušálov a pravidlá pre zlučovanie hospitalizačných prípadov, (ďalej spoločne aj ako „DRG dokumenty“)
2. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností platí, že pod pravidlami pre výpočet prípadových paušálov a zlučovanie hospitalizačných prípadov podľa písm. f) bodu 1 tejto časti prílohy sa rozumie príslušný právny predpis upravujúci zúčtovanie hospitalizačných prípadov v systéme úhrad podľa DRG v platnom znení. Pri zlučovaní hospitalizačných prípadov sa postupuje najmä podľa tohto dokumentu a príslušného právneho predpisu upravujúceho spracovanie a vykazovanie zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou v platnom znení.
3. Podľa DRG dokumentov, ktoré CKS ako posledné zverejní na nasledujúci kalendárny rok, zmluvné strany postupujú pri úhrade zdravotnej starostlivosti podľa systému DRG počas celého nasledujúceho kalendárneho roka. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností sa zmluvné strany dohodli, že na hospitalizačný prípad sa aplikujú súvisiace dokumenty vzťahujúce sa na kalendárny rok, v ktorom došlo k prijatiu poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti, resp. k prijatiu do ústavnej starostlivosti pri prvom zo zlučovaných hospitalizačných prípadov.
4. Ak CKS najneskôr do všeobecne záväzným právnym predpisom ustanovenej lehoty na vydanie príslušných dokumentov pre nasledujúci kalendárny rok nevydá dokumenty podľa písm. a) až f) bodu 1 tejto časti prílohy alebo niektorý z týchto dokumentov, resp. na základe zmeny zákona stratí túto právomoc bez toho, aby ju na základe zákona nadobudol iný orgán verejnej moci, vydá tieto dokumenty pre účel uvedený v bode 1 tejto časti prílohy zdravotná poisťovňa a zverejní ich na svojom webovom sídle, pokiaľ uvedené neodporuje všeobecne záväzným právnym predpisom.
5. Účinnosť tejto prílohy sa pozastavuje na obdobie, počas ktorého nie je platné osvedčenie o zhode počítačového programu zdravotnej poisťovne používaného na zaraďovanie hospitalizačných prípadov do diagnosticko-terapeutických skupín. Osvedčením o zhode počítačového programu sa rozumie podľa zákona č. 581/2004 Z. z. vydané osvedčenie zhody počítačového programu s definičnou príručkou.