

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

**Podmienky úhrady poskytnutej ambulantnej zdravotnej starostlivosti**

**I. Lekárska služba prvej pomoci**

1. Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti sa uhrádzajú takto:

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

b) finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi LSPP predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa písm. a) tohto bodu a dohodnutej ceny bodu uvedenej v bode 1 časti A), B) alebo C) tejto časti prílohy za všetky medicínsky indikované, zdravotnej poisťovni vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony,

c) do finančného rozsahu podľa písm. b) tohto bodu sa nezapočítavajú náklady na lieky plne alebo čiastočne uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia zaradené v Zozname kategorizovaných liekov, označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ a „AS“ (Na základe zákona č. 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dieterických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov),

d) do finančného rozsahu podľa písm. b) tohto bodu sa nezapočítavajú náklady na dopravu (§ 14 ods. 1 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov) a náklady na dopravu do zdravotníckeho zariadenia, zo zdravotníckeho zariadenia a medzi zdravotníckymi zariadeniami.

2. Poskytovateľ je povinný viesť záznam o službe v lekárskej službe prvej pomoci.

**A. Lekárska služba prvej pomoci pre dospelých a návštevná lekárska služba prvej pomoci**

1. Úhrada zdravotných výkonov poskytovanej zdravotnej starostlivosti v rámci LSPP:

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €
cena bodu	zdravotné výkony pri poskytnutí LSPP pre dospelých	0,0237

2. K výške úhrady podľa bodu 1 písm. b) tejto časti prílohy sa pripočítava výška úhrady **0,039434 €** mesačne na jedného poistenca v príslušnom spádovom území určenom príslušným orgánom a to najmä na základe povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia, rozpisu vykonávania LSPP alebo iného aktu príslušného orgánu.

3. V prípade, že v rámci určitého spádového územia určeného príslušným orgánom poskytuje LSPP viac ako jeden poskytovateľ LSPP (ďalej len „spoločné spádové územie“), počet poistencov v tomto spoločnom spádovom území, nevyhnutný pre výpočet výšky mesačnej úhrady pre každého poskytovateľa LSPP podľa predchádzajúceho bodu, predstavuje podiel počtu poistencov s trvalým pobytom v spoločnom spádovom území a počtu poskytovateľov poskytujúcich LSPP v spoločnom spádovom území.

4. V prípade návštevnej LSPP sa výška úhrady vypočíta ako súčet výšky úhrady podľa bodu 2 tejto časti prílohy a výšky úhrady za dopravu lekára z miesta sídla ambulancie LSPP k pacientovi a späť:

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €
cena za 1km	typ prevozu LSPP - doprava lekára služobným alebo objednaným vozidlom	0,50
cena za 1km	typ prevozu LSPR - doprava lekára vlastným (súkromným) alebo referentským vozidlom	0,25

**II. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť**

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

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

b) rozsah úhrady, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa písmena a) tohto bodu a dohodnutej ceny bodu uvedenej v bodoch 3 až 6 tejto časti prílohy za všetky medicínsky indikované zdravotné výkony vykázané zdravotnej poisťovni a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony,

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

d) do rozsahu podľa písmena b) a c) tohto bodu sa nezapočítavajú náklady na lieky plne alebo čiastočne uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia zaradené do Zoznamu kategorizovaných liekov, označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ a „AS“ (Na základe zákona č. 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov) a transfúzne lieky.

2. Poskytovateľ pri vykazovaní úhrady špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „ŠAS“) uvádza kódy chorôb podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení v troj až päťmiestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka.

3. Zdravotné výkony špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „ŠAS“) podľa tejto časti prílohy sa uhrádzajú cenou bodu vo výške **0,0197 €**s výnimkou zdravotnej starostlivosti uvedenej v bodoch 4 až 6.

4. Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0237 €** uhrádzajú výkony ústavnej pohotovostnej služby a centrálného príjmu.

5. Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0073 €** uhrádzajú výkony spoločných vyšetrení a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“) a výkony SVLZ prístrojové, poskytnuté na ambulancii ŠAS, okrem výkonov 5330, 5331, 5332.

6. Výkony SVLZ prístrojové, poskytnuté na ambulancii ŠAS 5330, 5331, 5332 sa uhrádzajú cenou bodu vo výške **0,0055 €**.

#### A. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore vnútorné lekárstvo

Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore vnútorné lekárstvo sa uhrádzajú podľa podmienok uvedených v bodoch 1 až 6 časti Špecializovaná ambulantná starostlivosť.

Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0430 €** uhrádzajú zdravotné výkony preventívnych prehliadok vykonaných v rámci skríningu rakoviny konečníka a hrubého čreva podľa prílohy č. 2 k zákonu 577/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov poskytovateľovi **zaradenému** do programu skríningu kolorektálneho karcinómu v zmysle Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva SR pre realizáciu programu skríningu kolorektálneho karcinómu\*/ účinného od 1.januára 2012 za podmienok podľa tejto tabuľky:

Kód výkonu	Vykazovanie / výsledok	Vek / frekvencia	Počet bodov / vyšetrenie
760sp 760pp	vykazuje sa v prípade <b>pozitívneho</b> nálezu s kódom choroby Z12.1	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	1 350
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	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	2 369
763sn 763pn	vykazuje sa v prípade <b>negatívneho</b> nálezu s kódom choroby Z12.1		

Vysvetlivky: \*/ 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 zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore chirurgia

Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore chirurgia sa uhrádzajú podľa podmienok uvedených v bodoch 1 až 6 časti Špecializovaná ambulantná starostlivosť.

Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0430 €** uhrádzajú zdravotné výkony preventívnych prehliadok vykonaných v rámci skríningu rakoviny konečníka a hrubého čreva podľa prílohy č. 2 k zákonu 577/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov poskytovateľovi **zaradenému** do programu skríningu kolorektálneho karcinómu v zmysle Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva SR pre realizáciu programu skríningu kolorektálneho karcinómu\*/ účinného od 1.januára 2012 za podmienok podľa tejto tabuľky:

Kód výkonu	Vykazovanie / výsledok	Vek / frekvencia	Počet bodov / vyšetrenie
760sp 760pp	vykazuje sa v prípade <b>pozitívneho</b> nálezu s kódom choroby Z12.1	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	1 350
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	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	2 369
763sn 763pn	vykazuje sa v prípade <b>negatívneho</b> nálezu s kódom choroby Z12.1		

Vysvetlivky: \*/ Zoznam endoskopických pracovísk a zoznam špecialistov oprávnených na výkon skríningu kolorektálneho karcinómu je zverejnený na [www.health.gov.sk](http://www.health.gov.sk).

### C. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore gastroenterológia

Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore gastroenterológia sa uhrádzajú podľa podmienok uvedených v bodoch 1 až 6 časti Špecializovaná ambulantná starostlivosť.

Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0430 €** uhrádzajú zdravotné výkony preventívnych gastroenterologických prehliadok podľa prílohy č. 2 k zákonu 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\*/, ktoré nadobudlo účinnosť 1. januára 2012 (ďalej len „program skríningu kolorektálneho karcinómu“), podľa tejto tabuľky:

Kód výkonu	Vykazovanie / výsledok	Vek / frekvencia	Počet bodov / vyšetrenie
<b>760sp</b> <b>760pp</b>	vykazuje sa v prípade <b>pozitívneho</b> nálezu s kódom choroby Z12.1	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	<b>1 350</b>
<b>760sn</b> <b>760pn</b>	vykazuje sa v prípade <b>negatívneho</b> nálezu s kódom choroby Z12.1		
<b>763sp</b> <b>763pp</b>	vykazuje sa v prípade <b>pozitívneho</b> nálezu s kódom choroby Z12.1	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	<b>2 369</b>
<b>763sn</b> <b>763pn</b>	vykazuje sa v prípade <b>negatívneho</b> nálezu s kódom choroby Z12.1		

Vysvetlivky: \*/ 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) poskytovateľovi **nezaradenému** do programu skríningu kolorektálneho karcinómu podľa tejto tabuľky:

Kód výkonu	Vykazovanie	Vek / frekvencia	Počet bodov / vyšetrenie
<b>763p</b>	vykazuje sa s kódom choroby Z12.1	vo veku nad 50 rokov raz za 10 rokov, u osôb so zvýšeným rizikom ochorenia na rakovinu hrubého čreva a konečníka bez vekového obmedzenia, pri negatívite pri prvej kolonoskopickej prehliadke raz za 5 rokov	<b>2 369</b>

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

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

1. Poskytovateľ:

a) poskytuje zdravotnú starostlivosť poistenke zdravotnej poisťovne (ďalej len „poistenka“) po dovŕšení 15-teho roku života na základe písomnej dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti; prvopis dohody je súčasťou zdravotnej dokumentácie a druhopis sa odovzdá poistenke alebo jej zákonnému zástupcovi. Dohoda, ktorú uzatvorí poistenka s iným poskytovateľom podľa tohto bodu (ďalej len „nová dohoda“) sa stáva platnou prvým dňom kalendárneho mesiaca nasledujúceho po kalendárnom mesiaci, v ktorom bola nová dohoda podpísaná za podmienky predchádzajúceho preukázateľného (písomného) odstúpenia od dohody poistenkou u predchádzajúceho poskytovateľa,

b) zasiela kópiu prvopisu dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poistenkou na vyžiadanie zdravotnej poisťovni v prípade, ak v jednom kalendárnom mesiaci budú fakturovať kapitačnú platbu na tú istú poistenku (ďalej len „kapitovaná poistenka“) dvaja a viacerí poskytovatelia. Zdravotná poisťovňa je oprávnená vyžiadať kópie prvopisu dohody podľa tohto bodu písomne, telefonicky, faxom alebo e-mailom,

c) zasiela k termínu 30. jún a 31. december príslušného kalendárneho roka hlásenie o počte kapitovaných poisteniek zdravotnej poisťovni v elektronickej podobe v dátovom rozhraní určenom metodickým usmernením vydaným Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou,

d) má nárok na úhradu kapitačnej platby aj spätne, ak poistenka alebo jej zákonný zástupca neohlásil poskytovateľovi zmenu zdravotnej poisťovne; nárok na spätnú úhradu kapitačnej platby za kapitovanú poistenku, ktorú opomenul vykázať má iba v tom prípade, ak zdravotná poisťovňa v období, za ktoré si túto poistenku spätne vykazuje, neuhradila kapitačnú platbu inému poskytovateľovi,

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

f) pri vykazovaní úhrady špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodníctvo (ďalej len „ŠAS“) podľa tejto časti prílohy a nasledujúcej časti tejto prílohy uvádza kódy chorôb podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení v troj až päťmiestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka; v tejto a v nasledujúcej časti tejto prílohy sú kódy chorôb uvedené v tvare podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení (ďalej len „kód choroby“).

2. Výkony zdravotnej starostlivosti poskytnuté kapitovanej poistenke zdravotnej poisťovne sa uhrádzajú mesačne za jednu poistenku zdravotnej poisťovne takto:

Spôsob úhrady	Výška úhrady v €
kapitácia	1,40

3. Kapitácia podľa bodu 2 tejto časti prílohy nezahŕňa úhradu:

a) **liekov** zaradených v Zozname kategorizovaných liekov, ktoré sú predpísané a použité v súlade s preskripčnými obmedzeniami, indikačnými obmedzeniami a obmedzeniami úhrady zdravotnej poisťovne na jej predchádzajúci súhlas, označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ a „AS“ (Na základe zákona č. 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov),

b) zdravotných výkonov preventívnych prehliadok vykonaných v súlade s prílohou č. 2 zákona č. 577/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov, ktoré sa uhrádzajú cenou bodu vo výške **0,0430 €** za podmienok podľa tejto tabuľky:

Kód výkonu	Vek / frekvencia	Vykazovanie
100		vykazuje sa s kódom choroby Z34.0 alebo Z34.8, môže sa vykázat, ak nie je súčasťou iného výkonu
102	vykazuje sa po potvrdení gravidity pri prvej návšteve	pri fyziologickom tehotenstve sa vykazuje s kódom choroby Z34.0 alebo Z34.8 alebo Z35.4,
103*/	vykazuje sa od druhej návštevy / raz za 28 dní	pri patologickom tehotenstve s kódom choroby Z35.2
105	vykazuje sa iba raz v súvislosti so šestonedelím	vykazuje sa s kódom choroby Z39.2
157	ženy vo veku od 18 rokov veku alebo od prvého tehotenstva / raz za kalendárny rok	vykazuje sa s kódom choroby Z01.4
167	skrining rakoviny krčka maternice pre ženy vo veku od 18 do 64 rokov, prvé dva odbory cytológie v ročnom intervale. V prípade negativity týchto dvoch cytologických výsledkov pokračovať v 3-ročnom intervale do veku 64 rokov. Uvedená periodicita platí aj pre poistenku, u ktorej sa začal skrining aj neskôr ako v 23. roku života. Skrining sa ukončí vo veku 64 rokov, ak budú posledné 3 cytologické nálezy negatívne	vykazuje sa s kódom choroby Z01.4

Vysvetlivky: \*/ Pri rizikovom tehotenstve sa vykazuje uvedená prehliadka pod kódom zdravotného výkonu č. 63; zdravotný výkon č. 63 sa neuhrádza ako preventívna prehliadka nad rámec kapitácie podľa bodu 3 písm. b) tejto časti prílohy.

c) zdravotných výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“) poskytnutých pri poskytovaní zdravotných výkonov na ambulanciách ŠAS, ktoré sa uhrádzajú v cenách podľa tejto tabuľky:

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €
cena bodu	výkon SVLZ vrátane výkon SVLZ prístrojový, okrem preventívneho prístrojového výkonu 108, 118, 5303, 5305 a 5308	0,0073
cena bodu	výkon SVLZ prístrojový preventívny 108, 118, 5303, 5305	0,0200
cena bodu	výkon SVLZ prístrojový preventívny 5308	0,0076

ca) výkony SVLZ poskytnuté podľa písmena c) tohto bodu sa uhrádzajú u poskytovateľa, ktorý spĺňa odborné predpoklady na vyhodnocovanie príslušných vyšetrení (špecializácia alebo certifikát), vlastní alebo má prenajatý príslušný prístroj a zdravotná poisťovňa súhlasila s uhrádzaním výkonov uvedených v prílohe č. 3 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti,

cb) výkon 108 sa akceptuje ako preventívny výkon najviac tri razy počas tehotenstva u kapitovanej poistenky. Vykazuje sa súčasne s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4.

cc) výkon 118 sa akceptuje ako preventívny 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, Z35.4 alebo Z35.2 u kapitovanej poistenky. Úhrada a frekvencia výkonu 103 je uvedená v tabuľke v písm. b) tohto bodu,

cd) 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 u kapitovanej poistenky, výkony 5303 a 5305 sa nevykazujú naraz v rámci vykonania jednej preventívnej prehliadky (výkon 157),

ce) výkony 5303 a 5305 sa akceptujú k úhrade aj bez naviazania na vykonanie preventívnej prehliadky (výkon 157); v tomto prípade sa uhrádzajú cenou bodu vo výške **0,0073 €**,



cf) výkon 5308 sa akceptuje ako preventívny výkon raz za dva roky v intervaloch a vekovom rozmedzí stanovených v skriningu, vykazuje sa súčasne s výkonom 157 a kódom choroby Z01.4 u kapitovanej poistenky,

cg) v prípade, že poskytovateľ nie je oprávnený výkony SVLZ prístrojové vykonávať, lebo nespĺňa podmienky podľa písm.

ca) tohto bodu, 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,

ch) 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.

4. Zdravotné výkony pri poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti poistenke zdravotnej poisťovne na ambulancii ŠAS sa uhrádzajú v cene bodu vo výške **0,0166 €** Výkony SVLZ pri poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti na ambulanciách ŠAS sa uhrádzajú cenou bodu vo výške **0,0073 €**

## **B) Špecializovaná ambulantná zdravotná 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. Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti sa uhrádzajú takto:

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

b) rozsah úhrady, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi ŠAS podľa tejto časti prílohy, predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa písm. a) tohto bodu a dohodnutej ceny bodu uvedenej v bode 2 a 3 tejto časti prílohy za všetky medicínsky indikované zdravotné výkony vykázané zdravotnej poisťovni a zdravotnou poisťovňou uznané,

c) 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,

d) do rozsahu podľa písm. b) a c) tohto bodu sa nezapočítava **úhrada liekov** zaradených v Zozname kategorizovaných liekov, ktoré sú predpísané a použité v súlade s preskripčnými obmedzeniami, indikačnými obmedzeniami a obmedzeniami úhrady zdravotnej poisťovne na jej predchádzajúci súhlas, označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ a „AS“.

2. Zdravotné výkony ŠAS poskytnuté podľa tejto časti prílohy s výnimkou zdravotnej starostlivosti uvedenej v bode 3 tejto časti prílohy sa uhrádzajú cenou bodu vo výške **0,0197 €**

3. Osobitne sa uhrádzajú výkony SVLZ poskytnuté pri poskytovaní zdravotných výkonov na ambulanciách ŠAS za podmienok uvedených v tabuľke tohto bodu:

<b>Spôsob úhrady</b>	<b>Špecifikácia podmienok úhrady</b>	<b>Výška úhrady v €</b>
<b>cena bodu</b>	výkon SVLZ vrátane výkon SVLZ prístrojový, okrem preventívneho prístrojového výkonu 108, 118, 5303, 5305 a 5308	<b>0,0073</b>
<b>cena bodu</b>	výkon SVLZ prístrojový preventívny 108, 118, 5303, 5305	<b>0,0200</b>
<b>cena bodu</b>	výkon SVLZ prístrojový preventívny 5308	<b>0,0076</b>

a) výkony SVLZ poskytnuté podľa tohto bodu sa uhrádzajú u poskytovateľa, ktorý spĺňa odborné predpoklady na vyhodnocovanie príslušných vyšetrení (špecializácia alebo certifikát), vlastní alebo má prenajatý príslušný prístroj a zdravotná poisťovňa súhlasila s uhrádzaním výkonov uvedených v prílohe č. 3 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti,

b) výkon 108 sa akceptuje ako preventívny výkon najviac tri razy počas tehotenstva poistenky, vykazuje sa súčasne s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4.

c) výkon 118 sa akceptuje ako preventívny výkon raz týždenne počas obdobia posledných štyroch týždňov gravidity (maximálne 6x) poistenky, vykazuje sa súčasne s výkonom 103 a s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4. Úhrada a frekvencia výkonu 103 je uvedená v tabuľke v časti A) bod 3 písm. b) tejto časti tejto prílohy,

d) výkony 5303 a 5305 sa akceptujú ako preventívne výkony raz za dvanásť mesiacov, vykazujú sa v nadväznosti na výkon 157 s kódom choroby Z01.4, výkony 5303 a 5305 sa nevykazujú naraz v rámci vykonania jednej preventívnej prehliadky (výkon 157),

e) výkon 5303 a 5305 sa akceptuje k úhrade aj bez naviazania na vykonanie preventívnej prehliadky (výkon 157), v takomto prípade sa uhrádza cenou bodu vo výške **0,0073 €**

f) výkon 5308 sa akceptuje ako preventívny výkon raz za dva roky v intervaloch a vekovom rozmedzí stanovených v skriningu, vykazuje sa súčasne s výkonom 157 a kódom choroby Z01.4.

#### IV. Zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek

1. Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti vykázané poskytovateľom v súlade s nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov v znení neskorších predpisov sa ohodnocujú počtom bodov uvedených v prílohe nariadenia vlády SR č. 226/2005 Z.z., o výške úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorú uhrádza zdravotná poisťovňa poskytovateľovi lekárskej služby prvej pomoci, pod názvom Zoznam zdravotných výkonov a ich bodové hodnoty (ďalej len „Zoznam výkonov“).
2. Zdravotný výkon, ktorý nie je uvedený v Zozname výkonov (nemá určenú bodovú hodnotu) zdravotná poisťovňa môže uhradiť poskytovateľovi len s predchádzajúcim písomným súhlasom zdravotnej poisťovne a to najviac vo výške preukázateľných nákladov spojených s jeho poskytnutím.
3. Finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“), s výnimkou špecializačných odborov uvedených pod písm. A), B) alebo C) tejto časti prílohy, predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa Zoznamu výkonov a ceny bodu vo výške **0,0073 €** za všetky medicínsky indikované, zdravotnej poisťovni správne vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony.
4. Do finančného rozsahu sa nezapočítavajú náklady na lieky plne alebo čiastočne uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia zaradené v Zozname kategorizovaných liekov, označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ a „AS“<sup>1</sup>, ani náklady na ďalšie pripočítateľné položky k zdravotným výkonom vykázané v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi.
5. Poskytovateľ pri vykazovaní úhrady zdravotnej starostlivosti v zariadení SVLZ uvádza kódy chorôb podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení v troj až päťmiestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka; v tejto časti prílohy sú kódy chorôb uvedené v tvare podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení (ďalej len „kód choroby“).

##### 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 vyказuje pod novými kódmi a za podmienok uvedených v dokumente „**Usmernenie k vykazovaniu výkonov podobných vyšetrení**“,
  - b) zdravotné výkony podľa Zoznamu výkonov vyказuje pri rešpektovaní podmienok uvedených v dokumente „**Usmernenie k vykazovaniu laboratórnych výkonov**“,
  - c) pri vyšetrení onkomarkerov vyказuje 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. Finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačných odboroch laboratórnej medicíny, predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa Zoznamu výkonov a ceny bodu vo výške v rozmedzí **0,0047 € do 0,0062 €** za všetky medicínsky indikované, zdravotnej poisťovni správne vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony; 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 splnenia každého z nasledovných motivačných kritérií (ďalej aj „MK“)

Motivačné kritérium	Zmluvná cena bodu v € na základe splnenia MK
ordinačné hodiny - nepretržitá prevádzka a/alebo vykonávanie manuálne náročných zdravotných výkonov	<b>odbornosť 029: 0,0052</b> <b>odbornosť 031: 0,0047</b>
laboratórny informačný systém	
akreditácia	

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

<sup>1</sup> Zákon č. 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Kód výkonu	Názov výkonu	Počet bodov	Podmienky vykazovania
9980	Skríningové cytologické vyšetrenie steru z krčka maternice realizované konvenčnou metódou.	1 000	Vykazuje sa s kódmi choroby Z01.4, Z12.4, N72, N86, N87.0, N87.1, N87.2, N87.9, N88.8, N88.9, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54.0, C54.1, C54.2, C54.3, C54.8, C54.9, C55, C56, C80.9, D06.9; výkon je možné vykázať maximálne jedenkrát za dvanásť mesiacov na jedno rodné číslo
9980a	Cytologické vyšetrenie steru z krčka maternice realizované konvenčnou metódou /vek poistenky do 23 rokov a nad 64 rokov/	1 000	Vykazuje sa s kódmi choroby Z01.4, Z12.4, N72, N86, N87.0, N87.1, N87.2, N87.9, N88.8, N88.9, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54.0, C54.1, C54.2, C54.3, C54.8, C54.9, C55, C56, C80.9, D06.9; výkon je možné vykázať maximálne dvakrát za dvanásť mesiacov na jedno rodné číslo
9980b	Cytologické vyšetrenie steru z krčka maternice realizované konvenčnou metódou /kontrolné cytologické vyšetrenie/	1 000	Vykazuje sa s kódmi choroby Z01.4, Z12.4, N72, N86, N87.0, N87.1, N87.2, N87.9, N88.8, N88.9, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54.0, C54.1, C54.2, C54.3, C54.8, C54.9, C55, C56, C80.9, D06.9; výkon je možné vykázať maximálne dvakrát za dvanásť mesiacov na jedno rodné číslo

**Poznámka:**

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

- **negatívny nález** - kódy choroby: Z01.4; 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, C56, C80.9. alebo D06.9 (adekvátne aktuálnemu výsledku cytologického vyšetrenia).

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

U poistenky, u ktorej bol cytologický nález vyhodnotený ako ASCUS, ASC-H a LSIL, je možné s výkonom 9952 vykázať výkon 4956, ktorým sa v tomto prípade vykazuje detekcia expresie markerov p16INK4a a Ki67, v maximálnom počte 2x na jednu poistenku. Výkon 4956 sa vykazuje s kódmi choroby N72, N87.0, N87.1, N87.2, N87.9, N88.9, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, D06.

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

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

6. 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. Finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ špecializačnom odbore rádiológia, predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa Zoznamu výkonov a ceny bodu vo výške v rozmedzí od **0,003900 €** do **0,008000 €** za všetky medicínsky indikované, zdravotnej poisťovni správne vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony. Výška ceny bodu závisí od technických parametrov prístrojového vybavenia pracoviska a od splnenia kritérií uvedených v tabuľke tohto bodu:

Zobrazovacia modalita	Kritérium	Cenové úrovne podľa splnenia kritérií v €	Zmluvná cena bodu v €
osteodenzitometria	-	0,005500	x
konvenčné rtg	-	0,008000	<b>0,008000</b>
ultrasonografia	-	0,007303	<b>0,007303</b>
mamografia	Poskytovateľ, ktorý poskytuje menej ako 3.000 vyšetrení za jeden kalendárny rok	0,007400	x
	Poskytovateľ, ktorý poskytuje minimálne 3.000 vyšetrení za jeden kalendárny rok	0,008000	
počítačová tomografia	CT prístroj do 16 MSCT	0,004200	x
	CT prístroj do 16 MSCT– 24 hodinová prevádzka	0,004300	
	CT prístroj 20 - 40 MSCT	0,004400	
	CT prístroj 20 - 40 MSCT– 24 hodinová prevádzka	0,004500	
	CT prístroj 64 MSCT a viac	0,004700	
	CT prístroj 64 MSCT a viac – 24 hodinová prevádzka	0,005000	
magnetická rezonancia	MR prístroj 0,2 T až 0,25 T pre vyšetrenie jedného orgánového systému - kĺbov	0,003900	x
	MR prístroj 0,25 T pre viac orgánovú diagnostiku	0,004600	
	MR prístroj 0,3 T - 1,0 T	0,004700	
	MR prístroj od 1,1 T do 2,9 T	0,004900	
	MR prístroj 3T a vyššie	0,005600	

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

3. Poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačnom odbore rádiológia je úhrada zdravotnej poisťovne za použitý filmový materiál (FOTO) zahrnutá v cene poskytnutého zdravotného výkonu. Uvedené platí aj v prípade, že poskytovateľ dokumentuje a archivuje poskytnuté vyšetrenia v systéme PACS.

4. V cene poskytnutého zdravotného výkonu počítačovej tomografie a/alebo magnetickej rezonancie je zahrnutá aj úhrada zdravotnej poisťovne za výkon aplikovania kontrastnej látky k príslušnému výkonu počítačovej tomografie a/alebo magnetickej rezonancie.

### C) Fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia

1. Finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačných odboroch fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia a fyzioterapia predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa Zoznamu výkonov okrem výkonov s kódmi 509a, 512, 513, 514a, 516, 518, 522, 523a, 530, 531, 532, 533a, 540, 541, 542 a ceny bodu vo výške **0,007303 €** za všetky zdravotné výkony indikované lekárom v špecializačnom odbore fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia, ktoré sú zdravotnej poisťovni správne vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané.

2. Finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačných odboroch fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia a fyzioterapia predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa Zoznamu výkonov u výkonov s kódmi 509a, 512, 513, 514a, 516, 518, 522, 523a, 530, 531, 532, 533a, 540, 541, 542 a ceny bodu vo výške **0,011618 €** za všetky zdravotné výkony indikované lekárom v špecializačnom odbore fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia, ktoré sú zdravotnej poisťovni správne vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané.



## V. Priamo hradené výkony

1. Finančná úhrada za každý medicínsky indikovaný, poskytovateľom správne vykázaný a zdravotnou poisťovňou uznaný zdravotný výkon Y0023 v špecializačnom odbore fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia, za podmienok dohodnutých zmluvnými stranami v zmluve o spolupráci a za podmienok uvedených v tabuľke tohto bodu, predstavuje

Kód výkonu	Názov zdravotného výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady zdravotného výkonu	Výška úhrady za výkon v €
Y0023	Vstupné vyšetrenie pre poskytnutie /indikáciu/ zdravotných výkonov Y0018 a/alebo Y0021	<ul style="list-style-type: none"> <li>- max. 1 výkon za 365 kalendárnych dní</li> <li>- zdravotný výkon je v trvaní viac ako 20 minút</li> <li>- vykazuje sa samostatne, alebo v kombinácii s Y0018 a/alebo Y0021</li> <li>- zdravotný výkon zahŕňa ciele vyšetrenie dvoch alebo viacerých orgánových systémov alebo dispenzárna kontrola (cieľná anamnéza, resp. anamnéza od poslednej kontroly), popis subjektívnych obtiaží, objektívny nález, vypísanie správy, záver a vypracovanie plánu</li> </ul>	4,56

2. Finančná úhrada za každý medicínsky indikovaný, poskytovateľom správne vykázaný a zdravotnou poisťovňou uznaný zdravotný výkon Y0018 a Y0021, poskytnutý poskytovateľom v zariadení SVLZ v špecializačnom odbore fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia a fyzioterapia, za podmienok dohodnutých zmluvnými stranami v zmluve o spolupráci a v rozsahu uvedenom v tabuľke tohto bodu, predstavuje

Kód výkonu	Obsah zdravotného výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady zdravotného výkonu	Výška úhrady za výkon v €
Y0018	<ul style="list-style-type: none"> <li>- klasická masáž jednej časti tela,</li> <li>- elektroliečba,</li> <li>- individuálna telesná výchova</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zdravotný výkon je v trvaní 30 minút,</li> <li>- max. 8 výkonov za kalendárny rok,</li> <li>- výkon zahŕňa jeden výkon z obsahu zdravotného výkonu, alebo ich kombináciu (2 – 3 výkonov)</li> <li>- výkon sa vykazuje samostatne, alebo s výkonom Y0023 a/alebo Y0021</li> </ul>	5,-
Y0021	<ul style="list-style-type: none"> <li>- skupinová hydrokinezoterapia,</li> <li>- individuálna vodoliečba</li> <li>- podvodná masáž, hydromasáž</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zdravotný výkon je v trvaní 30 minút,</li> <li>- max. 8 výkonov za kalendárny rok,</li> <li>- výkon zahŕňa jeden výkon z obsahu zdravotného výkonu, alebo ich kombináciu (2 – 3 výkonov)</li> <li>- výkon sa vykazuje samostatne, alebo s výkonom Y0023 a/alebo Y0018</li> </ul>	5,-

3. Je prípustná aj vzájomná kombinácia jednotlivých položiek z obsahu zdravotných výkonov Y0018 a Y0021 so zachovaním špecifikácie podmienok úhrady zdravotného výkonu, pričom kombináciu položiek z obsahu zdravotného výkonu vykáže poskytovateľ pod jedným z kódov výkonov Y0018 alebo Y0021 a to v závislosti od toho, ktoré položky zdravotného výkonu pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti prevažujú.

4. Zdravotné výkony vykazované s kódmi Y0023, Y0018 a Y0021 sa nezahŕňajú do finančného objemu.

5. Zdravotná poisťovňa vyhlasuje, že revíznym lekárom zdravotnej poisťovne udelil predchádzajúci súhlas podľa § 42 ods. 5 a 6 zákona č. 577/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov s úhradou výkonov uvedených v tejto časti prílohy [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 poisťovne, 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.