

Dodatok č. 13
k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti
č. 3001NFAL000117

535/21

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: SK37 8180 0000 0070 0025 6518
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

Fakultná nemocnica Trenčín

zastúpený: Ing. Tomáš Janík, MBA, riaditeľ
so sídlom: Legionárska 28, 91171 Trenčín
IČO: 00610470
identifikátor poskytovateľa (prvých šesť znakov kódu poskytovateľa): P42383
(ďalej len "poskytovateľ")
(spoločne aj „zmluvné strany“)

Zmluvné strany uzatvárajú tento dodatok č. 13 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti č. 3001NFAL000117 (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. Príloha č. 1 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa nahrádza novým znením, ktoré tvorí prílohu tohto dodatku.
2. Príloha č. 2a k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa nahrádza novým znením, ktoré tvorí prílohu tohto dodatku.
3. 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 tento dodatok podľa článku 1 s účinnosťou od 01.04.2021. Preto sa zmluvné strany dohodli na úhrade zdravotnej starostlivosti podľa článku 1 tohto dodatku aj za obdobie od 01.04.2021 do dňa nadobudnutia účinnosti tohto dodatku.
4. Ak nie je dojednané inak, tento dodatok nadobúda platnosť dňom podpisu oboma zmluvnými stranami a účinnosť nasledujúci deň po dni zverejnenia tohto dodatku na webovom sídle zdravotnej poisťovne.

V Bratislave dňa

Union zdravotná poisťovňa, a.s

Fakultná nemocnica Trenčín

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

.....
Ing. Tomáš Janík, riaditeľ

Príloha č. 1
k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Dohodnutý rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti

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

Kód poskytovateľa	Kód odbornosti útvaru*	Názov odbornosti útvaru	Druh odborného útvaru**
P42383001101	001	vnútorné lekárstvo	1
P42383002101	002	infektológia	1
P42383003101	003	pneumológia a ftizeológia	1
P42383004101	004	neuroológia	1
P42383005101	005	psychiatria	1
P42383007101	007	pediatria	1
P42383009101	009	gynekológia a pôrodníctvo	1
P42383010101	010	chirurgia	1
P42383010102	010	chirurgia	1
P42383011101	011	ortopédia	1
P42383012101	012	urológia	1
P42383013101	013	úrazová chirurgia	1
P42383014101	014	otorinolaryngológia	1
P42383015101	015	oftalmológia	1
P42383019101	019	klinická onkológia	1
P42383025101	025	anestéziológia a intenzívna medicína	1
P42383027101	027	fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	1
P42383051101	051	neonatológia	1
P42383056101	056	angiológia	1
P42383060101	060	geriatria	1
P42383196101	196	JIS interná	1
P42383201101	201	JIS neurologická	1
P42383202101	202	JIS chirurgická	1
P42383203101	203	JRSN (jednotka resuscitačnej starostlivosti o novorodencov)	1
P42383205101	205	dlhodobó chorých	1
P42383613101	613	JIS úrazová	1
P42383707101	707	JISN (jednotka intenzívnej starostlivosti o novorodenecov)	1
P42383001201	001	vnútorné lekárstvo	2
P42383001202	001	vnútorné lekárstvo	2
P42383002201	002	infektológia	2
P42383002202	002	infektológia	2
P42383003201	003	pneumológia a ftizeológia	2
P42383003202	003	pneumológia a ftizeológia	2
P42383004201	004	neuroológia	2
P42383004202	004	neuroológia	2
P42383005201	005	psychiatria	2
P42383007201	007	pediatria	2
P42383009201	009	gynekológia a pôrodníctvo	2
P42383009202	009	gynekológia a pôrodníctvo	2
P42383009203	009	gynekológia a pôrodníctvo	2
P42383010201	010	chirurgia	2
P42383010202	010	chirurgia	2
P42383010203	010	chirurgia	2
P42383011201	011	ortopédia	2
P42383011202	011	ortopédia	2
P42383012201	012	urológia	2
P42383013201	013	úrazová chirurgia	2
P42383014201	014	otorinolaryngológia	2
P42383014202	014	otorinolaryngológia	2
P42383015201	015	oftalmológia	2
P42383015202	015	oftalmológia	2

P42383015203	015	oftalmológia	2
P42383015204	015	oftalmológia	2
P42383018201	018	dermatovenerológia	2
P42383018202	018	dermatovenerológia	2
P42383019201	019	klinická onkológia	2
P42383019202	019	klinická onkológia	2
P42383019203	019	klinická onkológia	2
P42383025201	025	anestéziológia a intenzívna medicína	2
P42383027201	027	fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	2
P42383027202	027	fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	2
P42383031201	031	hematológia a transfuziológia	2
P42383040201	040	klinická imunológia a alergológia	2
P42383045201	045	reumatológia	2
P42383046201	046	algeziológia	2
P42383048201	048	gastroenterológia	2
P42383048202	048	gastroenterológia	2
P42383049201	049	kardiológia	2
P42383049202	049	kardiológia	2
P42383050201	050	diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy	2
P42383051201	051	neonatológia	2
P42383056201	056	angiológia	2
P42383060201	060	geriatria	2
P42383062201	062	lekárska genetika	2
P42383063201	063	nefrológia	2
P42383064201	064	endokrinológia	2
P42383068201	068	cievna chirurgia	2
P42383073201	073	medicína drogových závislostí	2
P42383074201	074	gerontopsychiatria	2
P42383104201	104	pediatrická neurológia	2
P42383114201	114	pediatrická otorinolaryngológia	2
P42383140201	140	pediatrická imunológia a alergológia	2
P42383141201	141	klinická logopédia	2
P42383144201	144	klinická psychológia	2
P42383144202	144	klinická psychológia	2
P42383153201	153	pediatrická endokrinológia a diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy	2
P42383154201	154	pediatrická gastroenterológia, hepatológia a výživa	2
P42383155201	155	pediatrická kardiológia	2
P42383176203	176	Ambulancia pevnej ambulantnej pohotovostnej služby pre deti a dorast	2
P42383176204	176	Ambulancia pevnej ambulantnej pohotovostnej služby pre deti a dorast	2
P42383216201	216	hepatológia	2
P42383229201	229	onkológia v gynekológii	2
P42383247201	247	ultrazvuk v gynekológii a pôrodnictve	2
P42383303201	303	abdominálna ultrasonografia u dospelých	2
P42383312201	312	gynekologická urológia	2
P42383322201	322	onkológia v urológii	2
P42383336201	336	pediatrická oftalmológia	2
P42383594201	594	intervenčná ultrasonografia v urológii	2
P42383647201	647	mobilné odberové miesto	2
P42383647202	647	mobilné odberové miesto	2
P42383009401	009	gynekológia a pôrodnictvo	4
P42383010401	010	chirurgia	4
P42383011401	011	ortopédia	4
P42383012401	012	urológia	4
P42383013401	013	úrazová chirurgia	4
P42383014401	014	otorinolaryngológia	4
P42383015401	015	oftalmológia	4
P42383023501	023	rádiológia	5
P42383023502	023	rádiológia	5
P42383023503	023	rádiológia	5
P42383023504	023	rádiológia	5

P42383023505	023	rádiológia	5
P42383024501	024	klinická biochémia	5
P42383027501	027	fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	5
P42383027502	027	fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	5
P42383031501	031	hematológia a transfuziológia	5
P42383034501	034	klinická mikrobiológia	5
P42383040501	040	klinická imunológia a alergológia	5
P42383043501	043	radiačná onkológia	5
P42383043502	043	radiačná onkológia	5
P42383043503	043	radiačná onkológia	5
P42383062501	062	lekárska genetika	5
P42383186501	186	centrálne sterilizácia	5
P42383004601	004	neuroológia	6
P42383005601	005	psychiatria	6
P42383005801	005	psychiatria	8
P42383007801	007	pediatria	8
P42383009801	009	gynekológia a pôrodníctvo	8
P42383975801	975	urgentný príjem 1. typu	8

Vysvetlivky:

- * kód odbornosti útvaru v tvare „spp“ z kódu poskytovateľa (kód poskytovateľa má tvar „p99999sppyzz“),
- ** kód druhu odborného útvaru v tvare „y“ z kódu poskytovateľa:
 - 1 – ústavná zdravotná starostlivosť
 - 2 – ambulancia
 - 3 – pracovisko
 - 4 – útvar jednodňovej zdravotnej starostlivosti
 - 5 – útvar spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek
 - 6 – stacionár
 - 8 – ambulancia centrálného príjmu alebo ústavnej pohotovostnej služby

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 písme, použije sa na účely určenia bodovej hodnoty posledné platné a účinné znenie tohto právneho predpisu, ak nebude dohodnuté inak.
- c) Ak je ako spôsob úhrady určená „cena výkonu“, príslušná cena za výkon dohodnutá v tejto prílohe predstavuje výšku úhrady za výkon.
- d) Ak je úhrada za zdravotný výkon zahrnutá v úhrade za iný zdravotný výkon alebo v kapitácii, takýto zdravotný výkon sa osobitne neuhrádza a vykazuje sa na úhradu do zdravotnej poisťovne s nulovou výškou úhrady.
- e) Úhrada za zdravotný výkon zahŕňa náklady na všetku zdravotnú starostlivosť poskytnutú v rámci zdravotného výkonu, ak nie je dojednané inak.
- f) Zdravotný výkon, ktorý nemá v zozname výkonov určenú bodovú hodnotu, môže zdravotná poisťovňa uhradiť poskytovateľovi len s jej predchádzajúcim súhlasom a to najviac vo výške preukázateľných nákladov spojených s jeho poskytnutím poistencovi.

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

- a) Kapitácia je mesačná paušálna úhrada za poskytovanie zdravotnej starostlivosti jednému poistencovi (ďalej aj ako „kapitovaný poistenec“), s ktorým má poskytovateľ podľa § 12 zákona č. 576/2004 Z. z. uzavretú platnú a účinnú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „dohoda“).
- b) Pre účely úhrady kapitácie zdravotná poisťovňa akceptuje uzavretie dohody len s jedným poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti a s jedným poskytovateľom ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodnictvo. Ak poistenec uzatvorí dohodu s ďalším poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo poskytovateľom ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodnictvo, zdravotná poisťovňa pre účel úhrady kapitácie akceptuje novú dohodu len za podmienky, že predchádzajúca dohoda zanikne v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z.
- c) Kapitácia zahŕňa náklady na všetku zdravotnú starostlivosť poskytnutú kapitovanému poistencovi za daný kalendárny mesiac, ak v tejto prílohe nie je dojednané inak.
- d) Poskytovateľ:
 - da) zasiela kópiu dohody a kópiu odstúpenia od dohody s predchádzajúcim poskytovateľom zdravotnej poisťovni na jej vyžiadanie v prípade, ak v jednom kalendárnom mesiaci budú fakturovať kapitáciu na tohto istého poistenca dvaja alebo viacerí poskytovatelia; zdravotná poisťovňa je oprávnená vyžiadať kópie dohody písomne, telefonicky alebo e-mailom; za účelom prípadného doriešenia kolízie podľa tohto bodu je zdravotná poisťovňa oprávnená vyžiadať aj preukázanie odstúpenia od dohody poistencom 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 späťne, ak poistenec alebo jeho zákonný zástupca neohlásil poskytovateľovi zmenu zdravotnej poisťovne; nárok na spätnú úhradu kapitácie za kapitovaného poistenca, ktorého opomenul vykázať má iba v tom prípade, ak zdravotná poisťovňa v období, za ktoré si tohto poistenca späťne vykazuje, neuhradila kapitáciu inému poskytovateľovi,
 - dd) má nárok, aby zdravotná poisťovňa vykonala porovnanie kapitačného stavu poistencov poskytovateľa a oznámila výsledok poskytovateľovi na základe údajov poskytnutých poskytovateľom podľa písm. db) tohto bodu a informovala poskytovateľa o skutočnom počte kapitovaných poistencov u poskytovateľa, evidovaných v informačnom systéme zdravotnej poisťovne.
- e) Ak poskytovateľ nemal uzavretú dohodu s poistencom po dobu celého kalendárneho mesiaca, zdravotná poisťovňa má právo krátiť kapitáciu za tie dni kalendárneho mesiaca, za ktoré nebola uzavretá dohoda.

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

II. Ambulantná pohotovostná služba

1. Ak ďalej nie je uvedené inak, zdravotná poisťovňa mesačne uhrádza poskytovateľovi - organizátorovi ambulantnej pohotovostnej služby (ďalej aj ako „APS“) paušálnu úhradu za všetku zdravotnou poisťovňou uznanú zdravotnú

starostlivosť poskytnutú v rámci ambulancie pevnej APS (ďalej len „paušálna úhrada za APS“) a úhradu za zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony poskytnuté v rámci ambulancie doplnkovej APS (ďalej „úhrada za zdravotné výkony doplnkovej APS“).

2. Zdravotnú starostlivosť poskytnutú v rámci ambulancie pevnej alebo doplnkovej APS zdravotná poisťovňa medicínsky uznáva a uhrádza v rozsahu poskytovania všeobecnej ambulantnej starostlivosti pri náhlej zmene zdravotného stavu osoby, ktorá bezprostredne neohrozuje jej život alebo bezprostredne neohrozuje niektorú zo základných životných funkcií a pri súčasnom dodržaní požiadaviek na personálne a materiálno-technické zabezpečenie ambulancií APS určených všeobecne záväznými právnymi predpismi. Týmto nie je dotknuté poskytovanie zdravotnej starostlivosti poistencovi, ktorého zmena zdravotného stavu bezprostredne ohrozuje jeho život alebo niektorú zo základných životných funkcií.

3. Spôsob a pravidlá výpočtu výšky paušálnej úhrady za APS určuje nariadenie vlády SR č. 115/2018 Z. z., ktorým sa ustanovuje výška úhrad zdravotnej poisťovne za poskytovanie zubno-lekárskej pohotovostnej služby a ambulantnej pohotovostnej služby, spôsob výpočtu a pravidlá výpočtu týchto úhrad (ďalej len „nariadenie vlády SR. č. 115/2018 Z. z.“). Výšku paušálnej úhrady za APS zdravotná poisťovňa bez zbytočného odkladu oznámi listom poskytovateľovi. Ak organizátor APS patrí do jednej skupiny ovládaných osôb a súčasne sú na to splnené podmienky určené zákonom č. 581/2004 Z. z., znižuje sa paušálna úhrada za APS v rozsahu určenom týmto zákonom.

4. Výška úhrady za zdravotné výkony doplnkovej APS, prípadne aj výkony pevnej APS, ak sa majú hradiť nad rámec paušálnej úhrady za APS, sa určí ako súčin bodového ohodnotenia výkonu určeného nariadením vlády č.115/2018 Z. z. a ceny bodu vyplývajúcej z nasledovnej tabuľky:

Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
Výkony sa uhrádzajú v rozsahu poskytovania všeobecnej ambulantnej starostlivosti pri náhlej zmene zdravotného stavu osoby, ktorá bezprostredne neohrozuje jej život alebo bezprostredne neohrozuje niektorú zo základných životných funkcií.	0,0244

5. Paušálna úhrada za APS a úhrada za zdravotné výkony doplnkovej APS nezahŕňa úhradu za dopravu lekára ambulancie pevnej APS z miesta bodu ambulancie pevnej APS k poistencovi a späť.

6. Poskytovateľ – organizátor APS vykazuje do zdravotnej poisťovne všetky výkony pevnej APS a to aj v prípade, ak ich úhrada má byť podľa nariadenia vlády č. 115/2018 Z. z. zahrnutá v paušálnej úhrade za APS.

7. Ak sa v rámci pevnej APS poskytuje návševná služba, výška úhrady za dopravu lekára z miesta bodu ambulancie pevnej APS k poistencovi a späť sa vypočíta ako súčin nevyhnutného počtu kilometrov a ceny jedného kilometra vyplývajúcej z nasledovnej tabuľky:

Špecifikácia podmienok úhrady	Cena km v €
typ prevozu APSD - doprava lekára služobným alebo objednaným vozidlom v rámci spádového územia ambulancie pevnej APS	0,50
typ prevozu LSPR - doprava lekára vlastným (súkromným) alebo referentským vozidlom v rámci spádového územia ambulancie pevnej APS	0,25

8. Poskytovateľ - organizátor APS poskytuje APS prostredníctvom lekára s profesijným titulom:

- všeobecný lekár alebo lekár s profesijným titulom internista alebo lekár zaradený do špecializačného štúdia v internistických špecializačných odboroch s najmenej trojročnou odbornou praxou v zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, ak sa zabezpečuje poskytovanie ambulantnej pohotovostnej služby pre dospelých,
 - pediater, ak sa zabezpečuje poskytovanie ambulantnej pohotovostnej služby pre deti a dorast;
- poskytovateľ je povinný zdravotnej poisťovni písomne oznámiť a aktualizovať zmenu v personálnom zabezpečení (v rozsahu údajov o lekároch - meno, priezvisko, číselné kódy a veľkosti úväzkov), prostredníctvom ktorých zabezpečuje APS za každú ambulanciu pevnej alebo doplnkovej APS, ktorú prevádzkuje.

9. Ak poskytovateľ - organizátor APS v kalendárnom mesiaci neposkytoval APS minimálne v časovom rozsahu určenom všeobecne záväzným právnym predpisom lekármi podľa bodu 8 tejto časti a zdravotná poisťovňa za tento kalendárny mesiac uhradila paušálnu úhradu za APS v plnej výške, vznikne zdravotnej poisťovni nárok na vrátenie alikvotnej časti paušálnej úhrady za APS za obdobie, kedy poskytovateľ - organizátor APS nezabezpečil poskytovanie APS v súlade s bodom 8 tejto časti. Za zabezpečenie APS sa považuje aj stav, keď organizátor APS zabezpečil poskytovanie APS lekármi s profesijným titulom podľa bodu 8 tejto časti určenými podľa rozpisu príslušného samosprávneho kraja. Tento nárok sa považuje za pohľadávku zdravotnej poisťovne za neoprávnene vyúčtované a uhradené výkony zdravotnej starostlivosti v zmysle § 85g ods. 12 zákona č. 581/2004 Z. z.

10. Poskytovateľ - organizátor APS, ktorý poskytuje aj iný druh zdravotnej starostlivosti ako APS, vykazuje paušálnu úhradu za APS a úhradu za zdravotné výkony doplnkovej APS na úhradu do zdravotnej poisťovne na samostatnej faktúre.

III. Špecializovaná ambulantná starostlivosť v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo

A) Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo

1. Kapitácia sa uhrádza nasledovne:

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

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 €
100	Vykazuje sa - s kódom choroby Z34.0 alebo Z34.8 - ak nie je súčasťou iného výkonu	0,053
102	Vykazuje sa - po potvrdení gravidity pri prvej návšteve - s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4	0,053
103 ¹	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	0,053
105	Vykazuje sa - 1x v súvislosti so šestonedelím - s kódom choroby Z39.2	0,053
157	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	0,053
297	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"> • Z01.4 v prípade oportúnneho skríningu rakoviny krčka maternice • Z12.4 v prípade populačného skríningu rakoviny krčka maternice 	0,032
-	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
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

¹ 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

-	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 „ Usmernenie k vykazovaniu výkonov telemedicíny “ 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 vykonané výkony lekárom inej odbornosti podľa tohto bodu pod kódom lekára, ktorý vyšetrenia vykonával. Podmienkou vykazovania podľa tohto bodu je zároveň oprávnenie na vykonávanie činnosti podľa tohto bodu v platnom povolení poskytovateľa pre príslušnú odbornosť.

3. Cenou výkonu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

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

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.	0,053

	Vykazuje sa súčasne s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4	
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 poisťovni	0,0260
-	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	0,0260
-	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 „ Usmernenie k vykazovaniu výkonov telemedicíny “ 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.

2. Cenou výkonu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

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

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 centrálneho príjmu. V prípade poskytovateľa prevádzkujúceho pracovisko urgentného príjmu 1. typu iba výkony ústavnej pohotovostnej služby v špecializačnom odbore psychiatria, pediatria a gynekológia a pôrodníctvo.	0,0250
15d	Ohodnocuje sa 150 bodmi . 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 „ Usmernenie k vykazovaniu výkonov telemedicíny “ 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 výrobcami 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 uhradza individuálne pripočítateľné položky (IPP) vykázané v dávke 753a určenej príslušným metodickým usmernením Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, v položke č. 13 – PRIPOČÍTATEĽNÁ POLOŽKA s kódom, v sume, k výkonom a v rámci odborností ŠAS v zmysle tabuľky tohto bodu:

Kód IPP	Suma (€)	K výkonu s kódom	Akceptované u odborností ŠAS
IPP1	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;

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

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 „ Usmernenie k vykazovaniu výkonov telemedicíny “ 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 karcinómu²⁾, za podmienok podľa tejto tabuľky:

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

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

²⁾ Zoznam endoskopických pracovísk a zoznam špecialistov oprávnených na výkon skríningu kolorektálneho karcinómu je zverejnený na www.health.gov.sk.

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.
60r	480	
62	270	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).
63	210	
65	200	
66	320	
67	200	

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	Vykazuje 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 „ Usmernenie k vykazovaniu výkonov telemedicíny “ 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.
60r	480	
62	270	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).
63	210	
65	200	
66	320	
67	200	

V. Urgentný príjem

1. Ak ďalej nie je uvedené inak, zdravotná poisťovňa uhrádza poskytovateľovi všetku zdravotnú starostlivosť, lieky a zdravotnícke pomôcky poskytnuté v rámci urgentného príjmu 1.typu alebo 2.typu formou pevnej ceny za poskytovanie urgentnej zdravotnej starostlivosti a v prípade naplnenia podmienok uvedených v bode 7 tejto časti prílohy aj úhrady za poskytovanie zdravotnej starostlivosti na expektačnom lôžku alebo zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony poskytnuté v rámci urgentného príjmu 1. typu alebo 2. typu, za predpokladu, že poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nepretržite dodržiava všetky požiadavky na materiálno-technické a personálne vybavenie urgentného príjmu 1.typu alebo 2.typu (pre dospelých alebo detí) podľa výnosu Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 10. septembra 2008 č. 09812/2008-OL o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v znení neskorších predpisov.

2. Spôsob a pravidlá výpočtu výšky **pevnej ceny** uvedenej v bode 1 tejto časti (ďalej len „pevná cena“) určuje opatrenie MZ SR č. 07045/2003 – OAP z 30. decembra 2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov (ďalej len „Cenové opatrenie MZSR“) s tým, že zdravotná poisťovňa na základe podielu svojho poistného kmeňa na celkovom počte poistencov, ktorý jej oznámi Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou k 1.1.

príslušného kalendárneho roka, vypočíta výšku svojho podielu na pevnej cene a bez zbytočného odkladu takto vypočítanú výšku pevnej ceny písomne oznámi poskytovateľovi.

3. Pevná cena zahŕňa všetky náklady súvisiace s poskytovaním urgentnej zdravotnej starostlivosti okrem nákladov na:
 - a) lieky zaradené v zozname kategorizovaných liekov a označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ a
 - b) výkony spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“) indikované pracoviskom urgentného príjmu a realizované SVLZ pracoviskom, ak výkony neprislúchajú zariadeniam, ktoré sú súčasťou minimálneho materiálno-technického vybavenia pracoviska urgentného príjmu príslušného typu; SVLZ výkony poskytovateľ vykazuje v zmysle časti „Zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek“ tejto prílohy a ostatných ustanovení zmluvy.
4. Úhrada za expektačné lôžko poskytovateľovi patrí, ak sú zároveň splnené nasledovné podmienky:
 - a) poskytovanie zdravotnej starostlivosti na expektačnom lôžku s kontinuálnym monitorovaním základných vitálnych funkcií v trvaní minimálne 2 hodiny a menej ako 24 hodín,
 - b) poistenec bezprostredne potom nebol prijatý do ústavnej zdravotnej starostlivosti a
 - c) pri vykázaní na úhradu zdravotnej poisťovni bol použitý príslušný kód **1B03001** – observácia na expektačnom lôžku.
5. Výška úhrady za expektačné lôžko je určená Cenovým opatrením MZ SR a zahŕňa náklady súvisiace s poskytovaním diagnostických výkonov (postupy nevykazované zdravotnej poisťovni na osobitnom zúčtovacom doklade), terapeutických výkonov (najmä infúzna liečba, inhalačná liečba, detoxikačná liečba, parenterálna liečba), podporných výkonov (polohovanie, aktívny ohrev, symptomatická liečba) vrátane nákladov na výkony sterilizácie.
6. Výška úhrady výkonov za poskytovanie urgentnej zdravotnej starostlivosti sa určí ako súčin počtu bodov podľa „Zoznamu výkonov a ich bodové hodnoty k zdravotným výkonom uvedeným v časti A“ uvedeným v prílohe č. 4 časť C Cenového opatrenia MZ SR a príslušnej ceny bodu dohodnutej podľa nasledovnej tabuľky:

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €
cena bodu	zdravotné výkony pri poskytnutí urgentnej zdravotnej starostlivosti	0,0250

7. V prípade, ak súčet sumy výkonov a sumy expektačných lôžok bude v danom mesiaci vyšší ako pevná cena za poskytovanie urgentnej zdravotnej starostlivosti, suma výkonov a expektácií, ktorá prevyšuje pevnú cenu, bude uhradená nad rámec pevnej ceny.
8. Na účely tejto časti prílohy sa za deti považujú osoby do dovŕšenia 19.roku veku.

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

- Zmluvné strany sa dohodli, že poskytovateľ poskytujúci zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačných odboroch laboratórnej medicíny
 - vybrané zdravotné výkony Zoznamu výkonov vykazuje pod novými kódmi a za podmienok uvedených v dokumente „**Usmernenie k vykazovaniu výkonov podobných vyšetrení**“,
 - zdravotné výkony podľa Zoznamu výkonov vykazuje pri rešpektovaní podmienok uvedených v dokumente „**Usmernenie k vykazovaniu laboratórnych výkonov**“,
 - pri vyšetrení onkomarkerov vykazuje len laboratórne zdravotné výkony, ktoré boli indikované za podmienok uvedených v dokumente „**Onkomarkery**“.
- Dokumenty podľa predchádzajúceho bodu sú zverejnené na webovom sídle zdravotnej poisťovne www.union.sk. Zmluvné strany vyhlasujú, že im ich obsah je známy v čase uzavretia zmluvy alebo dodatku, ktorej súčasťou táto príloha je. V prípade zmeny ktoréhokolvek z dokumentov uvedených v predchádzajúcom bode zdravotná poisťovňa informuje poskytovateľa najneskôr 21 dní pred plánovaným dňom účinnosti takejto zmeny.

3. Cenou bodu v rozmedzí **0,0045 € do 0,0060 €** sa uhrádzajú výkony SVLZ v špecializačných odboroch laboratórnej medicíny; výška ceny bodu závisí od splnenia motivačných kritérií uvedených nižšie:

- základná cena bodu **0,0045 €** (podmienkou je interný a externý systém kontroly kvality a zabezpečenie prepravy biologického materiálu) sa navýši o 0,0005 € 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	0,005500
laboratórny informačný systém	
Akreditácia	

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

Kód výkonu	Názov výkonu	Počet bodov	Podmienky vykazovania
9980	Skriningové cytologické vyšetrenie steru z krčka maternice realizované konvenčnou metódou.	1 000	Vyказuje 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, R87.67 výkon je možné vykázat' maximálne jedenkrát za dvanásť mesiacov na jedno rodné číslo. Pri vyšetrení touto metódou si poskytovateľ súčasne nevyказuje u daného poistenca vyšetrenia realizované metódou "Liquid based cytology"
9980a	Cytologické vyšetrenie steru z krčka maternice realizované konvenčnou metódou /vek poistenky do 23 rokov a nad 64 rokov/	1 000	Vyказuje 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 nevyказuje u daného poistenca vyšetrenia realizované metódou "Liquid based cytology"
9980b	Cytologické vyšetrenie steru z krčka maternice realizované konvenčnou metódou /kontrolné cytologické vyšetrenie/	1 000	Vyказuje 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 nevyказuje u daného poistenca vyšetrenia realizované metódou "Liquid based cytology"

Poznámka:

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

- **negatívny nález z oportúnneho skriningu**- kód choroby: Z01.4
- **negatívny nález z populačného skriningu**- 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 skrýningom okultného krvácania v stolici výlučne s kódmi a za podmienok uvedených v tabuľke tohto bodu:

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

6. Zdravotná poisťovňa vyhlasuje, že 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	X
Konvenčné RTG - okrem vybraných skiagrafických výkonov	-	0,008000	0,008000
Konvenčné RTG – vybrané skiagrafické výkony	RTG prístroj analógový	0,008700	P42383023501 P42383023502 0,011100 P42383023504 0,009500
	RTG prístroj s nepriamou digitalizáciou a so systémom PACS	0,009500	
	RTG prístroj s priamou digitalizáciou a so systémom PACS	0,010000	
	RTG prístroj s priamou digitalizáciou, so systémom PACS a s vybavením na elektronické zdieľanie RTG snímok s iným 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	0,008000
	Poskytovateľ, ktorý poskytuje minimálne 3.000 vyšetrení za jeden kalendárny rok	0,008000	

počítačová tomografia	CT prístroj do 16 MSCT	0,003515	0,004300
	CT prístroj do 16 MSCT– 24 hodinová prevádzka	0,003705	
	CT prístroj 20 - 40 MSCT	0,003800	
	CT prístroj 20 - 40 MSCT– 24 hodinová prevádzka	0,003990	
	CT prístroj 64 MSCT a viac	0,004180	
	CT prístroj 64 MSCT a viac – 24 hodinová prevádzka	0,004300	
magnetická rezonancia	MR prístroj 0,2 T až 0,25 T pre vyšetrenie jedného orgánového systému - kĺbov	0,003400	X
	MR prístroj 0,25 T pre viac orgánovú diagnostiku MR prístroj 0,3 T - 1,0 T	0,003900	
	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 „ŠZM“) uvedený v Zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov v zmysle zákona č. 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „Zoznam ŠZM“) a preskripcným obmedzením viazaný na špecializačný odbor rádiológie, zdravotná poisťovňa uhradí tento ŠZM ako pripočítateľnú položku k úhrade výkonu do výšky obstarávacej ceny ŠZM, najviac však do výšky príslušnej maximálnej úhrady zdravotnej poisťovne za ŠZM uvedenej v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne pri súčasnom dodržaní všetkých ostatných príslušných podmienok úhrady ŠZM, ak nie je dojednané inak. Ak je obstarávacia cena ŠZM vyššia ako maximálna úhrada zdravotnej poisťovne za ŠZM ako pripočítateľnej položky uvedenej v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne, je tento rozdiel zahrnutý do úhrady výkonu, v súvislosti s ktorým bol ŠZM použitý. Týmto bodom nie je dotknutá výška doplatku poistenca na úhradu ŠZM.

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

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

5. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi zdravotnú starostlivosť súvisiacu so zobrazovacou modalitou „Konvenčné RTG“ za nasledovných podmienok:

- Za vybrané skiagrafické výkony sa považujú nasledovné výkony s kódmi 5010, 5011, 5012, 5015, 5016, 5020, 5021, 5022, 5023, 5024, 5025, 5030, 5031, 5032, 5033, 5035, 5050, 5051, 5052, 5053, 5056, 5060, 5061, 5062, 5065, 5070, 5071, 5072, 5075, 5076, 5077, 5080, 5081, 5082, 5083, 5090, 5095.
- Za analógový RTG prístroj sa považuje taký RTG prístroj, ktorý nemá zabudovanú technológiu potrebnú na vytváranie a uchovávanie RTG snímok v digitálnej podobe.
- Za RTG prístroj s nepriamou digitalizáciou sa považuje taký prístroj, ktorý bol pôvodne výrobcom skonštruovaný ako analógový RTG prístroj a bol dodatočne príslušným spôsobom technologicky upravený pre účely uchovávanie RTG snímok v digitálnej podobe.
- RTG prístroj s priamou digitalizáciou je taký RTG prístroj, ktorý bol výrobcom pôvodne skonštruovaný už so zabudovanou technológiou potrebnou pre vytváranie a uchovávanie RTG snímok v digitálnej podobe.
- Poskytovateľ plní kritérium elektronického zdieľania RTG snímok s iným poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, ak má k dispozícii funkčné hardvérové a softvérové vybavenie umožňujúce bezpečné zdieľanie digitálnych RTG snímok poskytovateľa s inými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti prostredníctvom prepojenia softvérového vybavenia.
- Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti dodržiava Štandardný postup na vykonávanie lekárskeho ožiarenia - Skiagrafia a skiaskopia vydaný Ministerstvom zdravotníctva SR.
- Poskytovateľ je povinný v súlade s príslušnými všeobecne záväznými právnymi predpismi sledovať a zaznamenávať veľkosť ožiarenia poistenca.
- Poskytovateľ je povinný zabezpečiť, aby ním prevádzkovaný RTG prístroj bol podrobený pravidelnej skúške dlhodobej stability a skúške prevádzkovej stálosti v súlade s príslušnými všeobecne záväznými právnymi predpismi.
- Systém PACS poskytovateľa musí spĺňať príslušnú platnú technickú normu pre digitálne spracovanie obrazov a komunikáciu v medicíne.
- Poskytovateľ je povinný mať s dodávateľom RTG prístroja alebo s iným servisným pracoviskom uzatvorenú servisnú alebo revíznú zmluvu, v zmysle ktorej sa realizuje servisná kontrola alebo revízia RTG prístroja jedenkrát ročne.
- Ak poskytovateľ neplní čo i len jednu z podmienok podľa písm. g) až i) toho bodu, zdravotná poisťovňa môže uhradiť zdravotné výkony realizované zobrazovacou modalitou „Konvenčné RTG“ cenou bodu v cenovej úrovni zodpovedajúcej analógovému RTG prístroju a to za obdobie, kedy nebola plnená čo i len jedna z podmienok podľa písm. g) až i) toho bodu.

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

- a) Skrining nádorov prsníkov predstavuje organizovanú a vyhodnocovaciu činnosť majúcu za cieľ včasné zachytenie zhubných nádorov prsníka vykonávaním skriningových mamografických vyšetrení prsníkov a prípadne iných doplnkových diagnostických vyšetrení (USG, biopsia) u poistenkýň pozvaných zdravotnou poisťovňou.
- b) Skrining nádorov prsníkov sa vykonáva a uhrádza raz za dva kalendárne roky u poistenky, ktorá bola zdravotnou poisťovňou pozvaná na skrining nádorov prsníkov a preukáže sa poskytovateľovi pozývacím listom zdravotnej poisťovne; pozývací list sa pre tieto účely považuje za odporúčanie na poskytnutie mamografie a ďalšej zdravotnej starostlivosti súvisiacej so skriningom nádorov prsníkov a pri vykázani na úhradu do zdravotnej poisťovne sa ako odporúčajúci lekár uvedie lekár v špecializačnom odbore rádiológia zamestnaný u poskytovateľa.
- c) Poskytovateľ v čase realizácie skriningu nádorov prsníkov spĺňa všetky podmienky vstupu mamografického pracoviska do populačného skriningu rakoviny prsníka zverejnených na webovom sídle Ministerstva zdravotníctva SR v dokumente Skrining rakoviny prsníka alebo v inom príslušnom dokumente.
- d) Poskytovateľ elektronickou alebo bežnou poštou v lehote do 3 pracovných dní odo dňa účinnosti zazmluvnenia výkonov uvedených v tejto časti prílohy oznámi zdravotnej poisťovni mailový a telefonický kontakt, na ktorom sa zdravotnou poisťovňou pozvaná poistenka môže objednať na skriningové mamografické vyšetrenie; ak sa mailový a telefonický kontakt zmení, poskytovateľ ho oznámi zdravotnej poisťovni do 3 pracovných dní odo dňa zmeny.
- e) Poskytovateľ postupuje v súlade s dokumentom pod názvom Štandardný postup na vykonávanie lekárskeho ožiarenia a na výkone prevencie - skriningová mamografia vydaným Ministerstvom zdravotníctva SR podľa §9a ods. 7 zákona č. 578/2004 Z. z. alebo v inom príslušnom dokumente.
- f) V tabuľke je špecifikovaná zdravotná starostlivosť súvisiaca so skriningom nádorov prsníka, ktorá má stanovený osobitný spôsob vykazovania a úhrady vyplývajúci z nasledovnej tabuľky:

Kód výkonu	Popis výkonu	Špecifikácia ďalších podmienok úhrady	Cena výkonu v €
1301	Skriningové mamografické vyšetrenie prsníkov - negatívny nález	<p>Výkony:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sa vykazujú v závislosti od výsledku a realizovaných doplnkových vyšetrení (viď popis výkonu) s príslušným kódom výkonu a s kódom choroby Z01.6, Z80.3 alebo Z87.7 - nie je možné vzájomne kombinovať - nie je možné vykazovať ani s výkonmi 5092, 5092p, 5308 a 5153a <p>Úhrada za výkon zahŕňa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - skriningovú digitálnu mamografiu a v prípade potreby podľa kategórie BI-RADs vyplývajúce základné doplnkové diagnostické výkony, t.j. USG vyšetrenie prsníkov a jadrovú biopsiu (core-cut) lézie prsníka pod USG kontrolou, - vyhodnotenie realizované metódou tzv. dvojitého čítania, pričom minimálne jeden z dvojice hodnotiacich rádiológov disponuje platným certifikátom v certifikovanej pracovnej činnosti Mamodiagnostika v rádiológii, prípadné následné USG vyšetrenie a jadrovú biopsiu vykonáva lekár rádiológ, - celkový manažment poistenky spojený s vykonávaním skriningu nádorov prsníkov (najmä objednanie poistenky, odoslanie poistenky na ďalšie poskytnutie zdravotnej starostlivosti, napr. magnetická rezonancia, zariadenia poskytujúce zdravotnú starostlivosť v odbornosti klinická onkológia a pod.) 	30
1301a	Skriningové mamografické vyšetrenie prsníkov – abnormálny nález po MMG bez absolvovania USG a biopsie		
1301b	Skriningové mamografické vyšetrenie prsníkov - negatívny nález po MMG a USG bez biopsie		
1301c	Skriningové mamografické vyšetrenie prsníkov – abnormálny nález po MMG a USG bez biopsie		
1301d	Skriningové mamografické vyšetrenie prsníkov - negatívny nález po MMG, USG a biopsii		
1301e	Skriningové mamografické vyšetrenie prsníkov – pozitívny nález po MMG, USG a biopsii		

C) Fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia

1. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

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

VIII. Priamo hradené výkony

1. Finančná úhrada za každý medicínsky indikovaný, poskytovateľom správne vykazaný 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 €
333	Hyperbarická oxygenoterapia jeden poistenec vo veľkej komore, pri vitálnej liečbe za dve hodiny			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.	30
334	Hyperbarická oxygenoterapia jeden poistenec vo veľkej komore, pri plánovanej liečbe za dve hodiny			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.	30
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
9554	Hemochromatóza I. /mutácie C282Y,H63D,S65C/	E83.1	031	jedenkrát za život	poruchy metabolizmu železa v zmysle zvýšenej hladiny feritínu, zvýšenej saturácie transferínu a koncentrácie železa v krvi; poruchy glukózovej tolerancie ("bronzový diabetes"); idiopatická hepatopatia, cirhóza, pankreatická insuficiencia, hepatosplenomegália; mutácie HFE génu v rodinnej anamnéze, rodinný výskyt hemochromatózy	90
9556	Gilbertov syndróm /enhancer T-3279G génu UGT1A1, A(TA)7TAA box promotora/	E80.4	020,031,048,154,216	jedenkrát za život	idiopatický ikterus so zvýšenou hladinou nekonjugovaného bilirubínu; výrazný prolongovaný novorodenecký ikterus; hyperbilirubinémia a ikterus spôsobený podaním farmák; výrazné toxické prejavy počas liečby irinotekanom; - výskyt Gilbertovho syndrómu v rodinnej anamnéze	60
9558	Laktózová intolerancia /mutácie LCT T-13910C,A-22018G/	E73.0, E74.9	062,007	jedenkrát za život		40
9559	Celiakia /mutácie DQA1*0501,DQB1*0201/202,DRB1*04/	K90.0	062,007	jedenkrát za život		90
9974b	Trombofilné mutácie /detekcia jednej mutácie/	D68.5, D68.6, D68.8, D68.9, G25.2, I63.9, I80.0	001,004,009,031,049,056,007	jedenkrát za život	pri vyšetrení 6 a viac mutácií doložiť k faktúre žiadanku od indikujúceho lekára	18
9975	Warfarin farmakogenomický test (mutácie CYP2C2,CYP2C3, VKORC1)	I80.0 – I80.9, I81, Z92.1	031	jedenkrát za život	optimalizácia antikoagulačnej liečby; individualizovaný farmakogenetický prístup pri nastavovaní antikoagulácie warfarínom	90
9976	Detekcia expresie HER 2 proteínu /IHC/	C50.0 - C50.9, C16.0 - C16.9	029	trikrát za dvanásť mesiacov	Imunohistochemické vyšetrenie /IHC/ expresie HER 2 proteínu sa realizuje v prvej línii	65
4763	Kvantitatívne stanovenie protilátok (proti vírusu SARS-CoV-2)	U07.1 U07.2		4 x za mesiac na jedného poistenca	Akceptujú sa vyšetrovacie triedy IgG a IgM pri dodržaní maximálnej frekvencie, úhrádza sa ako doplnková vyšetrovacia metóda u symptomatického pacienta pri negatívnom výsledku testu RT-PCR podľa Algoritmu pre mikrobiologickú diagnostiku pacientov s príznakmi infekcie dýchacích ciest spĺňajúcich klinické kritériá pre podozrenie z infekcie COVID 19 (Štandardný postup pre mikrobiologickú diagnostiku pri suspektnnej infekcii vírusom SARS-CoV2	13

				pre laboratória klinickej mikrobiológie v platnom znení), uhrádza sa aj u pacienta s potvrdeným ochorením SARS-CoV-2 alebo s podozrením na prekonanie uvedeného ochorenia, ako ide o darcu rekonvalenscentnej plazmy alebo je po medicínskej stránke potrebné overenie stavu imunity u daného pacienta, realizácia v rámci odbornosti klinická mikrobiológia, klinická biochémia, klinická imunológia a alergológia, laboratórna medicína realizuje sa certifikovanými validovanými laboratórnymi súpravami z venózneho krvi metódou ELISA alebo CLIA (kvantitatívny test), neakceptuje sa vyšetrenie protilátok tzv. „rýchlotestami“ odberom z kapilárnej krvi. Platnosť výkonu je určená v dokumente s názvom Stanovisko k aktuálnej situácii v súvislosti s ochorením COVID-19 zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne.	
5D87007	Vyšetrenie metódou RT-PCR na dôkaz SARS-CoV-2	U07.1 U07.2		Výkon bol indikovaný a poskytnutý v súlade s príslušnými usmerneniami Ministerstva zdravotníctva SR pre vyšetrenie na prítomnosť SARS-CoV-2 a príslušným štandardnými diagnosticko-terapeutickými postupmi. Vyšetrenie je možné kombinovať s výkonom č. 299d, ak bol v plnom rozsahu poskytnutý aj tento výkon. Poskytovateľ spolupracuje s Úradom verejného zdravotníctva SR a ďalšími príslušnými štátnymi orgánmi pri riadenom testovaní na SARS-CoV-2. Platnosť výkonu je určená v dokumente s názvom Stanovisko k aktuálnej situácii v súvislosti s ochorením COVID-19 zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne.	39
299d	Odber a odoslanie biologického materiálu na bakteriologické, sérologické, mykologické, virologické a parazitologické vyšetrenie pri dôvodnom podozrení na infekčné ochorenie vrátane dezinfekcie.	U07.1 U07.2		Výkon indikovaný a poskytnutý v súlade s usmerneniami Ministerstva zdravotníctva SR pre vyšetrenie na prítomnosť SARS-CoV-2. Výkon je vykázaný v kombinácii s výkonom 5D87007 a príslušnými štandardnými diagnosticko-terapeutickými postupmi. Poskytovateľ spolupracuje s Úradom verejného zdravotníctva SR a ďalšími príslušnými štátnymi orgánmi pri riadenom testovaní na SARS-CoV-2. V úhrade výkonu je zahrnuté MT vybavenie potrebné k odberu. Platnosť výkonu je určená v dokumente s názvom Stanovisko k aktuálnej situácii v súvislosti s ochorením COVID-19 zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne.	6

2. Zdravotné výkony vykazované s kódmi 333, 334, 335 sa nezahŕňajú 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 predpisov s úhradou výkonov uvedených v Časti – Priamo hradené výkony pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti [okrem výkonov uvedených v písm. c) tohto bodu] v zmluvne dohodnutej cene s podmienkou, že poskytovateľ nebude za zdravotnú starostlivosť vo forme týchto výkonov požadovať úhradu od poistenca, ktorému bol výkon poskytnutý. Poskytovateľ berie na vedomie, že tento súhlas revízneho lekára zdravotnej poisťovne

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

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.

IX. Mobilné odberové miesto

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

2. Cenou výkonu sa uhrádzajú nasledovné výkony:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena výkonu v €
16x	Vyhodnotenie COVID-19 na dôkaz IgM/IgG rýchlym diagnostickým kazetovým imunochromatografickým testom, ktorý má pridelený kód ZP IVD (ŠÚKL). Vykazuje sa s kódom choroby U07.1 alebo U07.2. Ostatné podmienky vykazovania a úhrady výkonu sú uvedené v Usmernení k vykazovaniu výkonu 16x zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne.	2,20
299x	Odber a odoslanie akéhokoľvek biologického materiálu na vyšetrenie COVID - 19 v mobilnom odberovom mieste. Vykazuje sa s kódom choroby U07.1 alebo U07.2. Zdravotná poisťovňa výkon uhradza len za podmienky, že pre účely daného odberu odberový set dodá regionálny úrad verejného zdravotníctva.	3,00

3. Cenou za jeden kilometer jazdy sa poskytovateľovi, ktorý prevádzkuje mobilné odberové miesto, sa uhradza nasledovný typ prevozu:

Typ prevozu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena km v €
COVM	Odber biologického materiálu na vyšetrenie COVID – 19 sa výnimočne uhradza aj formou výjazdovej služby osobe, ktorá je indikovaná ošetrovateľom a ktorej následne Národné centrum zdravotníckych informácií vydalo jednoznačný identifikátor (najmä CovidPass) potvrdzujúci indikáciu zo zdravotných dôvodov. Poskytovateľ je oprávnený využiť výjazdovú službu výlučne v prípade ak poistenec, ktorému bol zo zdravotných dôvodov indikovaný odber biologického materiálu na vyšetrenie COVID - 19, nie je schopný zo závažných zdravotných dôvodov využiť všetky dostupné prostriedky na transport k prevádzkovateľovi mobilného odberového miesta. Ostatné podmienky vykazovania a úhrady tohto typu prevozu sú uvedené v Usmernení k vykazovaniu prepravy zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne.	0,903

4. Zdravotné výkony poskytnuté v odbornosti mobilné odberové miesto podľa tejto časti prílohy sa nezahŕňajú do globálneho rozpočtu.