

Príloha č. 2a
k Zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Podmienky úhrady poskytnutej ambulantnej zdravotnej starostlivosti

I. Všeobecné ustanovenia

1. Zdravotné výkony sa uhrádzajú v súlade so zmluvou o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a za nasledovných podmienok:
- a) Zdravotná poisťovňa uhrádza všetky medicínsky indikované, zdravotnej poisťovni vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony podľa podmienok vyplývajúcich zo zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.
 - b) Ak je ako spôsob úhrady určená „cena bodu“, výška úhrady za zdravotný výkon sa určí ako súčin počtu bodov podľa „Zoznamu výkonov a ich bodové hodnoty k zdravotným výkonom uvedeným v časti A“ (ďalej len „zoznam výkonov“) uvedeným v prílohe č. 4 časť C opatrenia MZ SR č. 07045/2003 – OAP z 30. decembra 2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov, s výnimkou zdravotných výkonov, pre ktoré je v tejto prílohe určené iné bodové ohodnotenie, a príslušnej (výslednej) ceny bodu dohodnutej v tejto prílohe pre daný výkon; ak dôjde k zrušeniu právneho predpisu uvedeného v tomto písmene, použije sa na účely určenia bodovej hodnoty posledné platné a účinné znenie tohto právneho predpisu, ak nebude dohodnuté inak.
 - c) Ak je ako spôsob úhrady určená „cena výkonu“, príslušná cena za výkon dohodnutá v tejto prílohe predstavuje výšku úhrady za výkon.
 - d) Ak je úhrada za zdravotný výkon 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 pôrodníctvo. Ak poistenec uzatvorí dohodu s ďalším poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo poskytovateľom ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodníctvo, zdravotná poisťovňa pre účel úhrady kapitácie akceptuje novú dohodu len za podmienky, že predchádzajúca dohoda zanikne v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z.
 - c) Kapitácia zahŕňa náklady na všetku zdravotnú starostlivosť poskytnutú kapitovanému poistencovi za daný kalendárny mesiac, ak v tejto prílohe nie je dojednané inak.
 - d) Poskytovateľ:
 - da) zasiela kópiu dohody a kópiu odstúpenia od dohody s predchádzajúcim poskytovateľom zdravotnej poisťovni na jej vyžiadanie v prípade, ak v jednom kalendárnom mesiaci budú fakturovať kapitáciu na tohto istého poistenca dvaja alebo viacerí poskytovatelia; zdravotná poisťovňa je oprávnená vyžiadať kópie dohody písomne, telefonicky alebo e-mailom; za účelom prípadného doriešenia kolízie podľa tohto bodu je zdravotná poisťovňa oprávnená vyžiadať aj preukázanie odstúpenia od dohody poistencom a vyžiadanie (odovzdanie) zdravotnej dokumentácie poistenca zo strany toho poskytovateľa, ktorý uzavrel s poistencom novú dohodu,
 - db) zasiela k termínu 30. jún a 31. december príslušného kalendárneho roka hlásenie o počte kapitovaných poistencov zdravotnej poisťovni v elektronickej podobe v dátovom rozhraní určenom metodickým usmernením vydaným Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou; vzťahuje sa to na poskytovateľov, ktorí nevykazujú zdravotnú starostlivosť na úhradu do zdravotnej poisťovne prostredníctvom online pobočky zdravotnej poisťovne,
 - dc) má nárok na úhradu kapitácie aj spätne, ak poistenec alebo jeho zákonný zástupca neohlásil poskytovateľovi zmenu zdravotnej poisťovne; nárok na spätnú úhradu kapitácie za kapitovaného poistenca, ktorého opomenul vykázat má iba v tom prípade, ak zdravotná poisťovňa v období, za ktoré si tohto poistenca spätne vykazuje, neuhradila kapitáciu inému poskytovateľovi,
 - dd) má nárok, aby zdravotná poisťovňa vykonala porovnanie kapitačného stavu poistencov poskytovateľa a oznámila výsledok poskytovateľovi na základe údajov poskytnutých poskytovateľom podľa písm. db) tohto bodu a informovala poskytovateľa o skutočnom počte kapitovaných poistencov u poskytovateľa, evidovaných v informačnom systéme zdravotnej poisťovne.
 - e) Ak poskytovateľ nemal uzavretú dohodu s poistencom po dobu celého kalendárneho mesiaca, zdravotná poisťovňa má právo krátiť kapitáciu za tie dni kalendárneho mesiaca, za ktoré nebola uzavretá dohoda.
3. Výška úhrady za zdravotný výkon a kapitácia nezahŕňa náklady na lieky plne alebo čiastočne uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia zaradené v Zozname kategorizovaných liekov (platnom čase podania lieku), označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom A a AS. Úhrada za výkony domácej ošetrovateľskej starostlivosti nezahŕňa náklady na špeciálny zdravotnícky materiál zaradený v Zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov.

II. Špecializovaná ambulantná starostlivosť v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodníctvo

A) Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodníctvo

1. Kapitácia sa uhrádza nasledovne:

Špecifická podmienka úhrady	Kapitácia v €
poistenky po dovŕšení 15-teho roku veku	1,37

2. V kapitácii nie je zahrnutá úhrada za zdravotné výkony poskytnuté kapitovanej poistenke, ktoré sa podľa tejto časti uhrádzajú v kapitovaného poistenca cenou bodu.

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

Kód výkonu	Špecifická podmienka úhrady	Cena bodu v €
100	Vykazuje sa - s kódom choroby Z34.0 alebo Z34.8 - ak nie je súčasťou iného výkonu	0,0583
102	Vykazuje sa - po potvrdení gravidity pri prvej návšteve - s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4	0,0583
103 ¹	Vykazuje sa - od druhého mesiaca tehotenstva 1x/za 28 dní (max. 7x u jednej poistenky počas tehotenstva), ak ďalej nie je uvedené inak, - 1x/tyždenne v posledných 6 týždňoch tehotenstva (max. 6x u jednej poistenky počas posledných 6 týždňov tehotenstva) - 2x/tyždenne po vypočítanom termíne pôrodu (max. 2x u jednej poistenkyne počas 1 týždňa po vypočítanom termíne pôrodu) - s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4	0,0583
105	Vykazuje sa - 1x v súvislosti so šesťmesačím - s kódom choroby Z39.2	0,0583
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	0,0583
297	Výkon sa uhrádza: - u poistenky vo veku od 18 do 64 rokov - raz za kalendárny rok - ak bol vykázaný s kódom choroby: • Z01.4 v prípade oportúnneho skríningu rakoviny krčka maternice • Z12.4 v prípade populáčného skríningu rakoviny krčka maternice	0,0352
-	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, Z34.9, Z35.2 alebo Z35.4	0,0583
118*	Výkon 118 sa akceptuje ako preventívny prístrojový výkon raz týždenne počas obdobia posledných štyroch týždňov gravidity (maximálne 6x). Vykazuje sa súčasne s kódom 103 a s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4	0,0266
252b	- pri očkovaní proti chripke 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.	0,0583
1070	Vykazuje sa - s kódom choroby Z01.4 alebo Z12.4 - s kódom choroby Z15.7	0,0583
5303*	Výkony 5303 a 5305 sa akceptujú ako preventívne výkony raz za dvanásť mesiacov, a 5305 sa nevykazuje naraz v rámci vykonania jednej preventívnej prehliadky (výkon 157). Vykazuje sa v nadväznosti na výkon 157 a s kódom choroby Z01.4 alebo Z12.4. 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*	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

5308*	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 alebo Z12.4	0,008535
5809*	Vykazuje sa s výkonom 108 a s kódom choroby Z34.0,Z34.8,Z35.2 a Z35.4 Výkon 5809 sa vykonáva 1x počas tehotenstva.	0,0266
-	Výkony (okrem SVLZ výkonov) neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanej poistenke	0,03
-	SVLZ výkony neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanej poistenke	0,00861
-	Výkony (okrem SVLZ výkonov) zdravotnej starostlivosti poskytnuté poistenke EÚ s výnimkou výkonov, pre ktoré je v tejto časti prílohy určená iná cena bodu	0,03
-	SVLZ výkony zdravotnej starostlivosti poskytnuté poistenke EÚ s výnimkou výkonov, pre ktoré je v tejto časti prílohy určená iná cena bodu	0,00861
-	Vybrané výkony za podmienok uvedených v dokumente „ Usmernenie k vykazovaniu výkonov telemedicíny “ zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne.	0,026

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

4. Cenou výkonu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena výkonu v €
4M04004	Konzultačná – expertná kolposkopia Výkon sa uhrádza: - v prípade abnormálneho cytologického nálezu u poistenky - ak ho vykoná lekár evidovaný v informačnom systéme zdravotnej poisťovne u daného poskytovateľa a tento lekár je súčasne uvedený v Zozname lekárov na konzultácie v prípade zistených abnormálnych cytologických náleзов alebo v inom obdobnom zozname zverejnenom na webovom sídle Ministerstva zdravotníctva SR a platnom v čase vykonania výkonu, - aj v rámci ambulancií ŠAS s odbornosťou 017, 019, 229, ak sú predmetom dohodnutého rozsahu poskytovania zdravotnej starostlivosti.	25
4M04007	Punch biopsia Výkon sa uhrádza: v prípade abnormálneho cytologického nálezu u poistenky ak ho vykoná lekár evidovaný v informačnom systéme zdravotnej poisťovne u daného 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 s 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	0,0265
-	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	0,0583

Kód výkonu	Špecifická podmienka úhrady	Cena výkonu v €
4M04007	<p>Punch biopsia</p> <p>Výkon sa uhrádza:</p> <p>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 období zverejnenom na webovom sídle Ministerstva zdravotníctva SR a platnom v čase vykonania výkonu,</p> <p>ak bol vykázaný v rámci manažmentu abnormálnych cytologických náleзов s niektorým z nasledovných cytologických diagnóz: Ascus- R87.60, ASC-H- R87.61, L-SIL- R87.62, H-SIL- R87.63, karcinóm- R87.64, chýbajú zŕazové bunky transformácie zóny- R87.65, iný abnormálny cytologický nález- R87.66, Nešpecifikovaný abnormálny cytologický nález- R87.67,</p> <p>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),</p> <p>aj v rámci ambulancii ŠAS s odbornosťou 017, 019, 229, ak sú predmetom dohodnutého rozsahu poskytovania zdravotnej starostlivosti.</p>	15
4M04004	<p>Konzultácia – expertná kolposkopia</p> <p>Výkon sa uhrádza:</p> <p>v prípade abnormálneho cytologického náleзу u poisťenky</p> <p>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 období zverejnenom na webovom sídle Ministerstva zdravotníctva SR a platnom v čase vykonania výkonu,</p> <p>aj v rámci ambulancii ŠAS s odbornosťou 017, 019, 229, ak sú predmetom dohodnutého rozsahu poskytovania zdravotnej starostlivosti.</p>	25

2. Cenou výkonu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

Kód	Popis výkonu	Cena
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	0,0583
5303*	Výkony 5303 a 5305 sa akceptujú ako preventívne výkony raz za dva až tri mesiace, vykazuje sa v nadväznosti na výkon 157 a s kódom choroby Z01.4 alebo Z12.4. Výkony 5303 a 5305 sa nevykazujú naraz v rámci výkonania 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
5308*	Výkon 5308 sa akceptuje ako preventívny výkon raz za dva roky v intervalech a vekovom rozmedzí stanovených v skriningu. Vykazuje sa súčasne s výkonom 157 a kódom choroby Z01.4 alebo Z12.4.	0,008535
5809*	Vykazuje sa s výkonom 108 a s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 a Z35.4. Výkon 5809 sa vykonáva 1x počas tehotenstva.	0,0266
-	Výkony (okrem SVLZ výkonov) zdravotnej starostlivosti poskytnuté EU s výnimkou SVLZ výkonov zdravotnej starostlivosti poskytnuté EU s výnimkou výkonov, pre ktoré je v tejto časti prílohy určená iná cena bodu	0,03
-	Výbraté výkony za podmienok uvedených v dokumente "Usmernenie k vykazovaniu výkonov telemedicíny" zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne.	0,026

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

III. Špecializovaná ambulantná starostlivosť

1. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

Špecifikácia výkonov a podmienok úhrady	Základná cena bodu v €
Výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti (ďalej aj ako „ŠAS“) s výnimkou iných výkonov ŠAS špecifikovaných v tejto tabuľke.	0,0265
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.	0,030
Výkony s kódmi 60, 62, 63, 200, 2100, 2101, 2106	0,0295
Výkon s kódom 15d sa ohodnocuje 150 bodmi. Výkon popisu RTG natívnej snímky vykonaný lekárom špecialistom v súvislosti s uskutočneným zdravotným výkonom Akceptuje sa u odborností ŠAS s kódmi: 001, 003, 007, 156, 010, 011, 012, 013, 014, 027, 045, 049, 107, 108, 109, 114, 145, 155. 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.	0,02
Cielené artrologické vyšetrenie Výkon s kódom 1A02072 zahŕňa nasledovné činnosti: <ul style="list-style-type: none"> • Vyšetrenie periférnych kĺbov - vyšetrenie ich tvaru, teploty, farby kože nad kĺbami, vyšetrenie zmien na koži a adnách, hybnosti kĺbov a rozsahu pohybov, hodnotenie zvukových fenoménov, vyšetrenie funkčných porúch kĺbov, vyšetrenie úponov. • Vyšetrenie chrbtice - postavenie, palpačné vyšetrenie stavcov, stavcových výbežkov, paravertebrálnych svalov, hybnosti, deformít, postavenia lopatiek, panvy, gluteálneho svalstva, stuhlosti svalstva, vyšetrenie dýchacích exkurzií, vyšetrenie entezopatických zmien, vyšetrenie pohyblivosti jednotlivých úsekov chrbtice. Podmienky úhrady výkonu: <ul style="list-style-type: none"> • výkon zahŕňa fyzikálne vyšetrenie 68 kĺbov horných aj dolných končatín a chrbtice s dôkladným zápisom do zdravotnej dokumentácie, • výkon je možné vykazovať len pri dg. M02.*- M09*, M10*- M13*, M30*-M35*, M45*, M46.8*, M46.9*, • akceptuje sa u odborností ŠAS s kódmi: 045, 145, • výkon je možné kombinovať s výkonmi č. 60, 60r, 62 a 63 pri vyššie uvedených diagnózach, • výkon nie je možné kombinovať s výkonmi č. 66, 503 a 504, • výkon sa ohodnocuje 1300 bodmi. Maximálna frekvencia vykazovania výkonu: - frekvencia vykazovania 3 krát za 12 mesiacov,	0,0265
Vybrané výkony za podmienok uvedených v dokumente „Usmernenie k vykazovaniu výkonov telemedicíny“ zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne.	0,035

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

Špecifikácia výkonov	Cena bodu v €
Výkony SVLZ poskytnuté na ambulancii ŠAS, s výnimkou iných SVLZ výkonov špecifikovaných v tejto tabuľke.	0,00861
Výkony s kódmi 5153a*, 5153b*, 5333* a výkony* z kapitoly „IV. ULTRAZVUK – USG“ v Katalógu zdravotných výkonov vydaného nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z. v platnom znení	0,00924
Výkony s kódmi 5330*, 5331*, 5332*	0,0055
Výkony s kódmi 5766*, 5769*, 5770*, 5771*, 5772*, 5793*, 5794*, 5795*	0,01892
Výkon C - reaktívny proteín s kódom 4571a*, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil (380 bodov)	0,0132

*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.

3. Prísušnou cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné výkony ŠAS:

Kód výkonu	Počet bodov	Špecifická podmienka úhrady
60	420	
60r	480	
62	270	
63	210	
65	200	
66	320	
67	200	

Cena výkonu sa určí ako súčin počtu bodov podľa tejto tabuľky a ceny bodu za výkon ŠAS podľa tejto časti prílohy.

Výkony sa vykazujú v prípadoch určených katalógom zdravotných výkonov. Nad rámec katalógu zdravotných výkonov je možné vykonať aj u detí do dňa ich 10.narodenia (vrátane tohto dňa).

4. Cenou výkonu sa uhrádzajú nasledovné výkony:

Kód výkonu	Špecifická podmienka úhrady	Cena za výkon v €
3860*	<p>Stanovenie D-diméru</p> <p>Uhrádza sa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pri potrebe rýchlej diagnostiky a terapie predovšetkým tromboembolickej choroby, t.j. hlboké žilovej trombozy a/alebo pľúcnej embólie, - s kódmi choroby: I26.-, I26.0, I26.9, I80.0-183.9, I87.0-188.-, - maximálne 1x denne u jedného poistenca. <p>Výšetrenie nie je povolené vykázať, ak poskytovateľ v ten istý deň indikoval vykonanie daného výšetrenia aj u iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.</p>	8,95
H0007*	<p>Meranie INR z kapilárnej krvi (ďalej aj ako "výšetrenie INR") sa uhrádza, ak poskytovateľ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - je držiteľom certifikátu o absolvovaní certifikáčného školenia na Lekárskej fakulte Slovenskej zdravotníckej univerzity (LF SZU) alebo predložil písomné čestné vyhlásenie, že sa obznaní a bude dodržiavať postupy antiakoagulačnej liečby zverejnené na webovom sídle zdravotnej poisťovne, - je účastníkom povinného externého hodnotenia kvality akreditovaným prevádzkovateľom EHK so získaním osvedčenia o účasti a absolvovaní externého hodnotenia kvality v dvojročnom cykle, - je držiteľom Prehlásenia ES o zhode P.O.C.T. prístroja podľa smernice IVD; technická špecifická prístroja je v zhode s ISO 17593 a ISO 22870 a metrologická nadležnosť merania je v súlade s WHO, - dodržiava indikácie a štandardné terapeutické postupy pri výkone zdravotného výkonu, - správe vedie a archívuje zdravotnú dokumentáciu vrátane písomného záznamu o posúdení rizika krvácania a určenia rizika tromboembolizmu pri nastavovaní pacienta na antiakoagulačnú liečbu, - vedie dokumentáciu údržby P.O.C.T. prístroja v predpísanom režime. - je povinný v polročných intervaloch vyhodnotiť a v dokumentácii zaznamenať hodnotu TTR. - Výšetrenie INR nie je povolené vykázať, ak súčasne v ten istý deň bolo toto výšetrenie indikované do laboratória. <p>Maximálna frekvencia výšetrení u jedného poistenca maximálne 16 / rok.</p>	5,20
H0008*	<p>Obsahom zdravotného výkonu je stanovenie indexu ABI na štyroch končatinách na zistenie zvyšného rizika ischemickej choroby dolných končatin.</p> <p>Výkon sa uhrádza, ak:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bol poskytnutý poistencom v minimálne jednom rizikovom faktore - podzrenie na ischemickú chorobu dolných končatin, arteriálna hypertenzia, abnormálne EKG, diabetes mellitus, obezita, fajčenie, vysoká hladina celkového cholesterolu, porucha metabolizmu lipidov, - nebude súčasne vykázaný v ambulancii všeobecnej ambulancijnej starostlivosti. 	6,00

5. Cenou sumou zdravotná poisťovňa uhrádza individuálne pripočítateľné položky (IP) vykázané v dávke 753a určenej prísušným metodickým usmernením Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, v položke č. 13 – ambulantnej zdravotnej starostlivosti a kódu zdravotného výkonu tvoria prílohu č. 3, ktorá tvorí neoddeliteľnú súčasť tejto zmluvy.

Výkony 3860, H0007, H0008 sa uhrádzajú u odbornosti vnútorné lekárstvo, kardiológia, angiológia a cieвна chirurgia. Pri týchto odbornostiach nie je potrebné, aby poskytovateľ žiadal zdravotnú poisťovňu o zazmluvnenie uvedených výkonov v zmysle bodu 4.6. písm. f) zmluvy a ani aby boli dané výkony uvedené v prílohe č. 3 k zmluve. Pre účely vykonávania, vykazovania a uhrádzania výkonov 3860, H0007, H0008 v rámci odbornosti vnútorné lekárstvo, kardiológia, angiológia a cieвна chirurgia je poskytovateľ povinný disponovať dokladom o vlastnitve zdravotnej poisťovne tieto doklady predložiť v origináli k nahliadnutiu zdravotnej poisťovni alebo vo forme kópie ich doručiť zdravotnej poisťovni. U iných odborností ako je vnútorné lekárstvo, kardiológia, angiológia a cieвна chirurgia zdravotná poisťovňa môže zazmluvniť, ak poskytovateľ medicínsky zdovodní žiadosť o zazmluvnenie daných výkonov za súčasného splnenia povinností poskytovateľa podľa bodu 4.6. písm. f) tejto zmluvy, prípadne aj po preukázaní ďalších podmienok úhrady výkonu. Zdravotnou poisťovňou schválený výkon podľa predchádzajúcej vety, s uvedením kódu odbornosti zdravotnej starostlivosti a kódu zdravotného výkonu tvoria prílohu č. 3, ktorá tvorí neoddeliteľnú súčasť tejto zmluvy. Výkon 629b zdravotná poisťovňa zdravotná poisťovňa môže zazmluvniť na základe splnenia povinností poskytovateľa podľa bodu 4.6. písm. f) tejto zmluvy, prípadne aj po preukázaní ďalších podmienok úhrady výkonu. Zdravotnou poisťovňou schválený výkon podľa predchádzajúcej vety, s uvedením kódu odbornosti ambulancijnej zdravotnej starostlivosti a kódu zdravotného výkonu tvoria prílohu č. 3, ktorá tvorí neoddeliteľnú súčasť tejto zmluvy.

PRIPOČITATEĽNÁ 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	1,00	60	002; 018;
IPP2	0,60	62	002; 018;
IPP3	0,40	63	002; 018;
IPP4	3,68	60	001; 003, 004; 060; 064; 156
IPP5	2,63	62	001; 003, 004; 060; 064; 156
IPP6	1,89	63	001; 003, 004; 060; 064; 156
IPP7	0,65	60r	045; 145

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

A) Špecializovaná ambulantná starostlivosť v špecializačnom odbore gastroenterológia

1. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

Špecifikácia výkonov a podmienok úhrady	Základná cena bodu v €
Výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti (ďalej aj ako „ŠAS“) s výnimkou iných výkonov ŠAS špecifikovaných v tejto tabuľke.	0,0265
Výkony s kódmi 60, 62, 63	0,0295
Vybrané výkony za podmienok uvedených v dokumente „Usmernenie k vykazovaniu výkonov telemedicíny“ zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne.	0,035

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

Špecifikácia výkonov	Cena bodu v €
Výkony SVLZ poskytnuté na ambulancii ŠAS, s výnimkou iných SVLZ výkonov špecifikovaných v tejto tabuľke.	0,00861
Výkony* z kapitoly „IV. ULTRAZVUK – USG“ v Katalógu zdravotných výkonov vydaného nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z. v platnom znení	0,00924
Výkon C - reaktívny proteín s kódom 4571a*, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil (380 bodov)	0,0132

*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.

3. Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0583 €** 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 skriningu kolorektálneho karcinómu v zmysle Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva SR pre realizáciu programu skriningu 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		

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

*Výkon sa uhrádza na základe splnenia povinnosti poskytovateľa podľa bodu 4.6. prísml. (1) tejto zmluvy, prípadne aj po preukázaní ďalších podmienok úhrady výkonom. Zdravotnou poisťovňou schválený výkon podľa predchádzajúcej vety, s uvedením kódu odbornosti ambulancie zdravotnej starostlivosti

Špecifická výkony		Cena bodu v €
Výkony SVLZ poskytnuté na ambulancii SAS, s výnimkou iných SVLZ výkonov špecifikovaných v tejto tabuľke.	0,00861	
Výkony* z kapitoly "IV. ULTRAZVUK – USG" v Katalógu zdravotných výkonov vydaného nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z. v platnom znení!	0,00924	
Výkon C - reaktívny proteín s kódom 4571a*, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil (380 bodov)	0,0132	

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

Špecifická výkony a podmienok úhrady		Základná cena bodu v €
Výkony špecializovanej ambulancie starostlivosti (ďalej aj ako "SAS") s výnimkou iných výkonov SAS špecifikovaných v tejto tabuľke.	0,0265	
Výkony s kódmi 60, 62, 63	0,0295	
Výkony 15d sa odhodnocuje 150 bodmi. Výkon popisu RTG nativnej snímky vykonaný lekárom špecialistom v súvislosti s uskutočneným zdravotným výkonom Zápis o vykonaní výkonu lekárom 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; plati aj v prípade kontrolného vyšetrenia, ak je v jednom dni potrebné.	0,02	
Výkon 158 sa vyžaduje: – u poistencom 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 vyžadovať s výkonom 5302.	0,0583	
Výbrané výkony za podmienok uvedených v dokumente "Usmernenie k vykazovaniu výkonov telemedicíny" zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne.	0,035	

1. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

B) Špecializovaná ambulancia starostlivost v špecializačnom odbore urológia

Kód výkonu	Počet bodov	Špecifická podmienok úhrady
60	420	
62	270	
63	210	
65	200	
66	320	
67	200	

Cena výkonu sa určí ako súčin počtu bodov podľa tejto tabuľky a ceny bodu za výkony SAS. Výkony sa vykazujú v prípadoch určených Katalógom zdravotných výkonov Nad rámec Katalógu zdravotných výkonov je možné vykonať 65, 66, 67 vykazovať aj u detí do dňa ich 10. narodenia (vrátane tohto dňa).

4. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné výkony SAS:

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

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

Kód výkonu	Vykazovanie	vo veku	nad 50 rokov, raz	za 10 rokov
760sn	vykazuje sa v prípade negatívneho nálezu s kódom choroby Z12.1	1500		
763sp	vykazuje sa v prípade pozitívneho nálezu s kódom choroby Z12.1		3000	
763sn	vykazuje sa v prípade negatívneho nálezu s kódom choroby Z12.1			3000

3. Cenou výkonu sa uhrádza nasledovný výkon:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena za výkon v €
5153C*	Punkcia alebo biopsia prostaty pod USG kontrolou Podmienky úhrady výkonu: - výkon zrealizoval urológ so špecializáciou v špecializačnom odbore urológia I. stupňa s certifikátom v certifikovanej pracovnej činnosti intervenčná ultrasonografia v urológii, - výkon je možné kombinovať s výkonmi 63 a 5304, - poskytovateľ má technické vybavenie: USG prístroj, bioptická pištoľ, transrektálna sonda.	150

*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.

4. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné výkony ŠAS:

Kód výkonu	Počet bodov	Špecifikácia podmienok úhrady
60	420	Cena výkonu sa určí ako súčin počtu bodov podľa tejto tabuľky a bodu za výkony ŠAS. Výkony sa vykazujú v prípadoch určených Katalógom zdravotných výkonov. Nad rámec Katalógu zdravotných výkonov je možné výkony 65, 66, 67 vykazovať aj u detí do dňa ich 10.narodenín (vrátane tohto dňa).
62	270	
63	210	
65	200	
66	320	
67	200	

5. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi výkony súvisiace s flexibilnou cystoskopiou za podmienok dohodnutých v tomto bode:

a) Cena výkonov sa určí ako súčin príslušného počtu bodov podľa tabuľky tohto bodu a ceny bodu za výkony ŠAS podľa tejto časti prílohy.

b) Sú splnené ostatné podmienky úhrady výkonov špecifikované v nasledovnej tabuľke:

Kód výkonu	Počet bodov	Špecifikácia podmienok úhrady
4L03003	1600	Cystoskopia optickým flexibilným cystoskopom (1600 bodov). Nie je možné kombinovať s rigidnou cystoskopiou, ktorá je vykazovaná pod kódom 1784 (u ženy) resp. 1785 (u muža).
4L03004	1600	Cystoskopia digitálnym flexibilným cystoskopom (1600 bodov). Nie je možné kombinovať s rigidnou cystoskopiou, ktorá je vykazovaná pod kódom 1784 (u ženy) resp. 1785 (u muža).

C) Časť - Špecializovaná ambulantná starostlivosť v odbore psychiatria, medicína drogových závislostí, gerontopsychiatria, detská psychiatria, neuropsychiatria a psychiatrická sexuológia

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

Špecifikácia výkonov a podmienok úhrady	Základná cena bodu v €
Výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti (ďalej aj ako „ŠAS“) s výnimkou iných výkonov ŠAS špecifikovaných v tejto tabuľke.	0,0265
Výkony s kódmi 820, 821, 822, 825, 841, 847, 867	0,0295
Vybrané výkony za podmienok uvedených v dokumente „Usmernenie k vykazovaniu výkonov telemedicíny“ zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne.	0,035

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

Špecifikácia výkonov	Cena bodu v €
Výkony SVLZ poskytnuté na ambulancii ŠAS, s výnimkou iných SVLZ výkonov špecifikovaných v tejto tabuľke.	0,00861

Kód výkonu	Počet bodov	Špecifická podmienka úhrady
60	420	Cena výkonu sa určí ako súčin počtu bodov podľa tejto tabuľky a ceny bodu za výkonu ŠAS
62	270	v tejto časti prílohy.

3. Príslušnou cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné výkonu ŠAS:

*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 výkon podľa predchádzajúcej vety, s uvedením kódu odbornosti ambulanciej zdravotnej starostlivosti a kódu zdravotného výkonu tvoria prílohu č. 3, ktorá tvorí neoddeliteľnú súčasť tejto zmluvy.

Špecifická výkonov	Cena bodu v €
Výkony SVLZ poskytnuté na ambulancii ŠAS, s výnimkou iných SVLZ výkonov špecifikovaných v tejto tabuľke.	0,00861
Výkony z kapitoly „IV. ULTRAZVUK – USG“ v katalógu zdravotných výkonov vydaného nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z. v platnom znení	0,00924
Výkon C - reaktívny proteín s kódom 4571a*, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil (380 bodov)	0,0132

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

Špecifická výkonov a podmienok úhrady	Základná cena v €
Výkony špecializovanej ambulanciej starostlivosti (ďalej aj ako „ŠAS“) s výnimkou iných výkonov ŠAS špecifikovaných v tejto tabuľke.	0,0265
Výkony s kódmi 60, 62, 63	0,0295
Výkony endoskpie 740, 745, 745a, 745b, 746, 755, 756, 756, 760, 761, 762, 763, 763a a proktologie 360, 361, 363, 364, 365, 366, 367	0,065
Vybrané výkonu za podmienok uvedených v dokumente „Úsmernenie k vykazovaniu výkonov telemedicine“ zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne.	0,035

1. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné výkonu špecializovanej ambulanciej starostlivosti:

D) Časť - Špecializovaná ambulancná starostlivosť v špecializačnom odbore pediatria a pediatria gastroenterológia

Kód výkonu	Počet bodov	Špecifická podmienka úhrady
65	200	Výkon 65 je možné vykonať s výkonom 820, 821, 822 a 825: a) u poisťovne ťažko mobilného, imobilného, mentálne postihnutého, demenčného, zrakového alebo sluchového postihnutého, b) u detí do dňa ich 10. narodenia (vrátane tohto dňa).
67	200	Výkon 67 je možné vykonať u detí do dňa ich 10. narodenia (vrátane tohto dňa) pri výkone odber krvi, injekcie alebo infúzie.
163	200	Obsahom zdravotného výkonu je realizácia testu na zistenie rizika kognitívneho deficitu určeného zdravotnou poisťovňou, ktorý - sa môže vykonať u poisťovcov vo veku nad 50 rokov maximálne raz dva roky, - sa vyžaduje s diagnózami v závislosti od výsledku testu: • negatívny výsledok testu: Z00.0 (všeobecné lekárske vyšetrenie) • pozitívny výsledok testu: Z03.2 (pozorovanie pri podozrení na duševnú poruchu a poruchu správania), - výstupom je celkové dosiahnuté skóre, - po vyplnení zostáva súčasťou zdravotnej dokumentácie poisťovne. Výsledok testu lekár oznámi poisťovcovi, poskytne mu informácie a v prípade pozitívneho výsledku zabezpečí ďalší manažment zdravotnej starostlivosti o poisťovca.

3. Príslušnou cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné výkonu ŠAS:

63	210	Výkony sa vykazujú v prípadoch určených Katalógom zdravotných výkonov. Nad rámec Katalógu zdravotných výkonov je možné výkony 65, 66, 67 vykazovať aj u detí do dňa ich 10.narodenín (vrátane tohto dňa).
741	3 292	
65	200	
66	320	
67	200	

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 – PRIPOČITATEĽNÁ POLOŽKA s kódom, v sume, k výkonom a v rámci odborností ŠAS v zmysle tabuľky tohto bodu:

Kód IPP	Suma (€)	K výkonu	Akceptované u odborností ŠAS
IPP4	3,68	60	154; 104;
IPP5	2,63	62	154; 104;
IPP6	1,89	63	154; 104;
IPPU	15,00	Výkony z kapitoly „IV. ULTRAZVUK – USG“ v Katalógu zdravotných výkonov vydaného nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z. v platnom znení	154; 104;

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

1. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
Výkony špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti v odbore zubné lekárstvo. Výkon V12 sa ohodnocuje 300 bodmi. Pre náročnosť ošetrovania poistencov s vrodenuou vývojovou chybou čelustí a tváre sa výška úhrady zdravotného výkonu O06 do dosiahnutia šiesteho roku veku a výška úhrady zdravotných výkonov O21 až O37 bez obmedzenia veku, násobí koeficientom H 1,3. Zdravotné výkony preventívnych prehliadok D01, D02, D02a, D05 a D06 sa vykazujú s kódom choroby Z01.2.	0,1062
Vybrané výkony za podmienok uvedených v dokumente „Usmernenie k vykazovaniu výkonov telemedicíny“ zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne.	0,035

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

- zdravotnícke pomôcky skupiny „Z“ uvedené v Zozname zdravotníckych pomôcok na mieru; ktorý vydáva Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky,
- materiál pri výkone RTG snímok podľa bodu 3 tejto časti.

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

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

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

V. 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	16,00

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. Poistenc môže byť prijatý do stacionára len na odporúčanie lekára špecializovanej ambulantnej starostlivosti,

Kód výkonu	Názov výkonu	Počet bodov	Podmienky vykazovania
9980	Skринingové cytologické vyšetrenie šteru z krčka maternice realizované konvenčnou metódou.	1 000	Vykazuje sa s kódmí choroby Z01.4, Z12.4, N72, N86, N87.0, N87.1, N87.2, N87.9, N88.8, N88.9, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54.0, C54.1, C54.2, C54.3, C54.8, C54.9, C55, C80.9, D06.9, C80.0, D06.0, D06.1, D06.7, R87.60, R87.61, R87.62, R87.63, R87.64, R87.65, R87.66, R 87.67 vykon je možné vykázať maximálne jedenkrát za dvanásť mesiacov na jedno rodné číslo. Pri vyšetrení touto metódou si

uvedených v tabuľke tohto bodu:

4. Poskytovateľ poskytujúci zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačnom odbore patologická anatómia vykazuje zdravotné výkony súvisiace s cytologickým vyšetrením cervikálneho šteru vylučne kódmí a za podmienok

Motivačné kritérium	Zmluvná cena bodu v €
Akreditácia	0,005500
laboratorný informačný systém	
ordinácie hodiny - neprerušovaná prevádzka a/alebo vykonávanie manuálne náročných zdravotných výkonov	

• 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")

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

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

c) pri vyšetrení onkomarkero vykazuje len laboratórne zdravotné výkony, ktoré boli indikované za podmienok uvedených v dokumente "Onkomarkery".

b) zdravotné výkony podľa Zoznamu výkonov vykazuje pri respektovaní podmienok uvedených v dokumente "Usmernenie k vykazovaniu laboratórných výkonov",

a) vybrané zdravotné výkony Zoznamu výkonov vykazuje pod novými kódmí a za podmienok uvedených v dokumente "Usmernenie k vykazovaniu výkonov podobných vyšetrení",

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

A) Laboratórne vyšetrovacie metódy

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

Špecifická podmienka 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 €

1. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

VI. Zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek

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

liečby formou denného pobytu.

zdravotná poisťovňa na základe písomnej žiadosti odosielajúceho ošetrojúceho lekára s odôvodnením potreby ďalšej zdravotnej starostlivosti.

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 v stacionári.

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 zdravotná poisťovňa na základe písomnej žiadosti odosielajúceho ošetrojúceho lekára s odôvodnením potreby ďalšej liečby formou denného pobytu v stacionári.

u ktorého je poistenec v dlhodobej alebo dispenzárnej starostlivosti (ďalej len "ošetrojúci lekár").

			poskytovateľ súčasne nevykazuje u daného poistenca vyšetrenia realizované metódou "Liguid based cytology"
9980a	Cytologické vyšetrenie steru z krčka maternice realizované konvenčnou metódou /vek poistenky do 23 rokov a nad 64 rokov/	1 000	Vykazuje sa s kódmi choroby Z01.4, Z12.4, N72, N86, N87.0, N87.1, N87.2, N87.9, N88.8, N88.9, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54.0, C54.1, C54.2, C54.3, C54.8, C54.9, C55, C80.9, D06.9, C80.0, D06.0, D06.1, D06.7; výkon je možné vykázat' maximálne dvakrát za dvanásť mesiacov na jedno rodné číslo. Pri vyšetrení touto metódou si poskytovateľ súčasne nevykazuje u daného poistenca vyšetrenia realizované metódou "Liguid based cytology"
9980b	Cytologické vyšetrenie steru z krčka maternice realizované konvenčnou metódou /kontrolné cytologické vyšetrenie/	1 000	Vykazuje sa s kódmi choroby Z01.4, Z12.4, N72, N86, N87.0, N87.1, N87.2, N87.9, N88.8, N88.9, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54.0, C54.1, C54.2, C54.3, C54.8, C54.9, C55, C80.9, D06.9, C80.0, D06.0, D06.1, D06.7; výkon je možné vykázat' maximálne dvakrát za dvanásť mesiacov na jedno rodné číslo. Pri vyšetrení touto metódou si poskytovateľ súčasne nevykazuje u daného poistenca vyšetrenia realizované metódou "Liguid based cytology"

Kód výkonu	Názov výkonu	Úhrada v €	Podmienky vykazovania
9952	Cytologické vyšetrenie realizované metódou "Liguid based cytology"	11	Vykazuje sa s kódmi choroby Z01.4, Z12.4, N72, N86, N87.0, N87.1, N87.2, N87.9, N88.8, N88.9, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54.0, C54.1, C54.2, C54.3, C54.8, C54.9, C55, C80.9, D06.9, C80.0, D06.0, D06.1, D06.7; R87.60, R87.61, R87.62, R87.63, R87.64, R87.65, R87.66, R 87.67 Výkon je možné vykázat' maximálne jedenkrát za dvanásť mesiacov na jedno rodné číslo. Pri vyšetrení touto metódou si poskytovateľ súčasne nevykazuje u daného poistenca vyšetrenia realizované konvenčnou metódou.

Poznámka:

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

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

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

Ďalšie podmienky úhrady za výkon 9952 sú nasledovné:

- a) V úhrade za výkon sú zahrnuté celkové náklady na realizáciu výkonu poskytovateľom vrátane odberového materiálu (viálky).
 - b) Poskytovateľ sa zaväzuje, že bezodplatne dodá odberový materiál (viálku) indikujúcemu poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti na základe jeho objednávky. Indikujúcim poskytovateľom zdravotnej starostlivosti je iný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti - lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo alebo klinická onkológia alebo onkológia v gynekológii alebo pediatrická gynekológia alebo materno-fetálna medicína, ktorý indikuje daný výkon a realizuje odber biologického materiálu.
 - c) Daný výkon bol indikovaný zdravotníckym pracovníkom v povolani lekárom so špecializáciou v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo alebo klinická onkológia alebo onkológia v gynekológii alebo pediatrická gynekológia alebo materno-fetálna medicína.
 - d) Výkon sa uhrádza za podmienky, že pri výkone bol použitý odberový materiál (viálka), ktorú poskytovateľ dodal indikujúcemu poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti.
 - e) V prípade, že indikujúci poskytovateľ zdravotnej starostlivosti v súvislosti s realizáciou výkonu vybral od poistenca úhradu (poplatok alebo iné plnenie), zdravotná poisťovňa má nárok znížiť úhradu za daný výkon na úroveň 6,20 € za každý takýto prípad.
 - f) K realizovanému výkonu metódou LBC Union ZP uhradí poskytovateľovi len opodstatnene indikované doplnkové výkony (napr. výkon za účelom typizácie HPV). V tomto prípade si poskytovateľ nevyžiada od indikujúceho poskytovateľa dodatočný odber biologického materiálu.
5. Poskytovateľ poskytujúci zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ vykazuje zdravotné výkony súvisiace so skríningom okultného krvácania v stolici výlučne s kódmi a za podmienok uvedených v tabuľke tohto bodu:

Zobrazovacia modalita	Kritérium	Genové úrovně podľa splnenia kritérií v €	Zmluvná cena bodu v €
počítačová tomografia	CT prístroj 20 - 40 MSC T- 24 hodinová prevádzka	0,003990	X
	CT prístroj 20 - 40 MSC T	0,003800	
	CT prístroj do 16 MSC T- 24 hodinová prevádzka	0,003705	
	CT prístroj do 16 MSC T	0,003515	
mamografia	Poskytovateľ, ktorý poskytuje minimálne 3.000 vyšetrení za jeden kalendárny rok	0,008000	X
	Poskytovateľ, ktorý poskytuje menej ako 3.000 vyšetrení za jeden kalendárny rok	0,007400	
ultrasonografia	-	0,007303	X
konvenčné RTG - vybrané skagrafické vykony	RTG prístroj s priamou digitalizáciou a so systémom PACS a s vybavením na elektronické zdieľanie RTG snímkov s iným poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti	0,011100	0,008700
	RTG prístroj s priamou digitalizáciou a so systémom PACS	0,010000	
	RTG prístroj s nepriamou digitalizáciou a so systémom PACS	0,009500	
	RTG prístroj analógový	0,008700	
konvenčné RTG - skagrafických vykonov	-	0,008000	0,008000
osteodenzitometria	-	0,005500	X

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

B) Zobrazovacie vyšetrovacie metódy

6. Zdravotná poisťovňa vyhlasuje, že revíznym lekárom zdravotnej poisťovne udeľil predchádzajúci súhlas podľa § 42 ods. 5 a 6 zákona č. 577/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov s úhradou vykonaných úradom uvedených pod písm. A), v bode 1 písm. a) lokrem vykonaných 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 vykonov požadovať úhradu od poisťovne, 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 neboli zdravotnou poisťovňou odvolaní 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) nevztáha sa na zdravotné vykony, ktoré podľa dojednaných zmluvných podmienok podliehajú schvalovaniu 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); 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 transfúziológia, klinická mikrobiológia, klinická imunológia a alergológia, nukleárna medicína, lekárska genetika a laboratórna medicína.

Kód vykonu	Názov vykonu	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

	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 rádiológia, zdravotná poisťovňa uhradí tento ŠZM ako pripočítateľnú položku k úhrade výkonu do výšky obstarávacej ceny ŠZM, najviac však do výšky príslušnej maximálnej úhrady zdravotnej poisťovne za ŠZM uvedenej v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne pri súčasnom dodržaní všetkých ostatných príslušných podmienok úhrady ŠZM, ak nie je dojednané inak. Ak je obstarávacia cena ŠZM vyššia ako maximálna úhrada zdravotnej poisťovne za ŠZM ako pripočítateľnej položky uvedenej v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne, je tento rozdiel zahrnutý do úhrady výkonu, v súvislosti s ktorým bol ŠZM použitý. Týmto bodom nie je dotknutá výška doplatku poistenca na úhradu ŠZM.

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

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

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

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

C) Fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia

1. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

Špecifikácia podmienok úhrady	Zmluvná cena bodu v €
-------------------------------	-----------------------

Kód výkonu	Počet bodov	Názov výkonu	Špecifická podmienka úhrady	Zmluvná cena bodu v €
3F00091	450	Respiračná fyzioterapia individuálna.	Výkony sa vykazujú s nasledovnými kódmi chorôb U08.0, U08.9, U09.0, U09.9.	0,014454
3F00092	360	Respiračná fyzioterapia skupinová.	Evalácia post-covidového pacienta sa vyžaduje pod kódom výkonu 505. Poskytovateľ postupuje v súlade so štandardným postupom - Odporúčania pre plúcnu rehabilitáciu a respiračnú fyzioterapiu post COVID-19 pacientov.	

2. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi **výkony súvisiace s respiračnou fyzioterapiou poistenca s post-covidovým syndrómom** za podmienok dohodnutých v tomto bode:
a) Cena výkonov sa určí ako súčin príslušného počtu bodov podľa tabuľky tohto bodu a zmluvnej ceny bodu.
b) Sú splnené ostatné podmienky úhrady výkonov špecifikované v nasledovnej tabuľke:

0,009135	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	0,014454
542	Výkony FBLR s kódmi 509a, 512, 513, 514a, 516, 518, 522, 523a, 530, 531, 532, 533a, 540, 541,	0,014454

VII. Priamo hradené výkony

1. Finančná úhrada za každý medicínsky indikovaný, poskytovateľom správne vykázaný a zdravotnou poisťovňou uznaný zdravotný výkon podľa podmienok uvedených v tabuľke tohto bodu predstavuje:

Kód výkonu	Názov výkonu	diagnozy	indikujúce odbornosti	maximálna frekvencia	iné podmienky úhrady	úhrada v €
5D87007	Vyšetrenie metódou RT- PCR na dôkaz SARS-CoV-2	U07.1, U07.2,U07.3, U07.4,U08, U08.0,U08.9, U09,U09.0, U09.1,U09.9, U10,U10.0, U10.9		2 x za 30 dní	Výkon bol indikovaný a poskytnutý v súlade s príslušnými usmerneniami Ministerstva zdravotníctva SR pre vyšetrenie na prítomnosť SARS-CoV-2 a príslušným štandardnými diagnosticko-terapeutickými postupmi. Vyšetrenie je možné kombinovať s výkonom č. 299d, ak bol v plnom rozsahu poskytnutý aj tento výkon. Častejšie ako 2 x za 30 dní sa výkon uhrádza iba v prípadoch: - ak je opakovaný RT-PCR test u pacienta indikovaný jednoznačne identifikovaným ošetroujúcim lekárom najmä na základe klinických príznakov, alebo ak má ošetrojúci lekár odôvodnené podozrenie, že predtým vykonaný RT-PCR test alebo test na prítomnosť antigénu bol falošne negatívny, alebo došlo k zmene klinického stavu; - neočakávaného posunu termínu operácie, ak je pred hospitalizáciou pacienta podľa "semaforu" v pandemickom pláne alebo z nariadenia ÚVZ vyžadované testovanie všetkých pacientov prijímaných do ústavného zdravotníckeho zariadenia 48-72 hodín pred prijatím; Laboratórium musí výsledok vydať kvantitatívnu formou vrátane exaktného definovania Ct nálož. Zdravotná poisťovňa výkon uhradí, len ak sú súčasne splnené zákonné podmienky úhrady výkonu z verejného zdravotného poistenia. Platnosť výkonu je určená v dokumente s názvom Stanovisko k aktuálnej situácii v súvislosti s ochorením COVID-19 zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne.	36
299d	Odber a odoslanie biologického materiálu na bakteriologické, sérologické, mykologické, virologické a para-zitologické vyšetrenie pri dôvodnom podozrení na infekčné ochorenie vrátane dezinfekcie.	U07.1, U07.2,U07.3, U07.4,U08, U08.0,U08.9, U09,U09.0, U09.1,U09.9, U10,U10.0, U10.9		2 x za 30 dní; častejšie iba v prípadoch špecifikovaných výkone 5D87007	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. Zdravotná poisťovňa výkon uhradí, len ak sú súčasne splnené zákonné podmienky úhrady výkonu z verejného zdravotného poistenia. V úhrade výkonu je zahrnuté materiálo-technické 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
4763	Kvantitatívne stanovenie profilátok (proti vírusu SARS-CoV-2)	U07.1, U07.2,U07.3, U07.4,U08, U08.0,U08.9, U09,U09.0, U09.1,U09.9,		2 x za 30 dní	· Akceptujú sa vyšetrovacie triedy IgG a IgM pri dodržaní maximálnej frekvencie. Úhrada 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 (Standardný postup pre	13

	U10, U10.0, U10.9		<p>mikrobiologickú diagnostiku pri suspektnej infekcii vírusom SARS-CoV-2 pre laboratóriá klinickej mikrobiológie v platom znení); uhrádza sa aj u pacienta s potvrdeným ochorením SARS-CoV-2 alebo s podozrením na prekonanie uvedeného ochorenia, ak ide o darcu rekombinarentnej plazmy alebo je po medicínskej stránke potrebné overenie stavu imunity u daného pacienta, a pri diagnostike multisystémového zápalového syndrómu u detí; realizácia v rámci odbornosti klinická mikrobiológia, klinická biochémia, klinická imunológia a alergológia, laboratórna medicína. realizuje sa certifikovanými validovanými laboratórnymi súpravami z venóznei krvi metódou ELISA alebo CLIA (kvanitatívny test); neakceptuje sa vyšetrenie protitátok tzv. „rychlotesťami“ 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.</p>	
--	-------------------	--	---	--

2. Zdravotná poisťovňa vyhlasuje, že revíznny 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 hrazené 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 revíznneho 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 revíznneho 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.
3. Súčasťou každého výkonu uvedeného v Časti – Priamo hrazené výkony pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej aj ako „PHV“) je aj hodnotenie, interpretácia, dokumentácia a archivácia výsledkov vyšetrení a záverečná správa
4. 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 tabuľke tejto časti prílohy.
5. Pri všetkých výkonoch 7231* uvádzať diagnózu na žiadanke aj slovné. Pre diagnostiku zriedkavého ochorenia mimo ochorení uvedených v tabuľke, kde diagnostika vyžaduje vyšetrenie viac ako 10 exónov (od kategórie 7231C), podľaha predchádzajúcemu súhlasu zdravotnej poisťovne.
6. Uvedené guidelines (NCCN, MZSR,) akceptujeme podľa aktuálne platnej verzie v čase vyšetrenia.

VIII. 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 ošetrojúcim lekárom a ktorej následne Národné centrum zdravotníckych informácií vydalo jednoznačný identifikátor (najmä CovidPass) potvrdzujúci indikáciu zo zdravotných dôvodov. Poskytovateľ je oprávnený využiť výjazdovú službu výlučne v prípade ak poistenec, ktorému bol zo zdravotných dôvodov indikovaný odber biologického materiálu na vyšetrenie COVID - 19, nie je schopný zo závažných zdravotných dôvodov využiť všetky dostupné prostriedky na transport k prevádzkovateľovi mobilného odberového miesta. Ostatné podmienky vykazovania a úhrady tohto typu prevozu sú uvedené v Usmernení k vykazovaniu prepravy zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne.	0,903

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

Kód výkonu	Názov výkonu	Povolena odbornosť	Výška úhrady JZS v €	Výška úhrady OHV v €	Podmienky vykazovania
1390	operácia sivého zrkalu s implantáciou umelej vnútroočnej šošovky	015,215	434	456	vysvetlivka 1
1391	sekundárna implantácia intraokulárnej šošovky do prednej očnej komory alebo do sulcus ciliare	015,215	423	444	vysvetlivka 1
1392	sekundárna implantácia intraokulárnej šošovky transsklerálnou fixáciou	015,215	385	404	vysvetlivka 1
1393	operácia sekundárnej katarakty	015,215	383	402	vysvetlivka 1
1393a	operácia sekundárnej katarakty laserom	015,215	208	218	
1394	pozícia implantovanej umelej vnútroočnej šošovky	015,215	335	352	
1395	primárna implantácia umelej vnútroočnej šošovky zo zdravotných dôvodov (implantácia fakickéj vnútroočnej šošovky zo zdravotných dôvodov)	015,215	361	379	vysvetlivka 1
7006	vyšetrenie v celkovej anestézii		267	280	predchádzajúci súhlas ZP
8501a	operácia preťzti bez použitia sietej	010,038,107,109,222,319	375	394	
8501b	operácia jednoduchých preťzti s použitím sietej	010,038,107,222,319	523	549	
8501c	laparoskopická operácia jednoduchých preťzti	010,107,222,319	520	546	
8502	transrektálna polypekktómia	010,107,222,319	480	504	
8506	artroskopická operácia subakromiálneho impingement syndrómu	011,013,206	523	549	
8507	operácia porúzavej paraaťkúlárnej burzitídy vo všetkých lokalitách	011,013,108,206	333	350	
8508	operácia mobilizácia kontraktúry stuhnutého kľbu	011,013,108,206	489	513	
8509	operácia dynamizácia vnútrodrohových kľncov	011,013,108,206	347	364	
8510	operácia repozícia jednoduchých zlomenín v celkovej anestézii	010,011,013,107,108,206	386	405	
8511	operácia rešenie pollex saltans	011,038,108,206	328	344	
8512	operácia rešenie fractura metacarpi	011,013,038,108,206	409	429	
8513	operácia rešenie epicondylitis radialis	011,013,108,206	305	320	
8514	operácia rešenie epicondylitis ulnaris	011,013,108,206	305	320	
8516	operácia rešenie fractura capitis radii	011,013,108,206	354	372	
8517	operácia rešenie synovitis cubiti	011,013,108,206	339	356	
8518	operácia rešenie luxatio acromioclavicularis	011,013,108,206	464	487	
8519	operácia rešenie fractura clavicularae	011,013,108,206	464	487	
8520	operácia rešenie abruptio tuberculi majoris et minoris humeri	011,013,108,206	438	460	
8521	operácia rešenie decompressio subacromialis	011,013,108,206	438	460	
8522	operácia rešenie instabilitas glanohumeralis	011,013,108,206	464	487	
8523	operácia rešenie ruptury rotátorovej manžety	011,013,108,206	438	460	
8525	operácia rešenie hallux valgus	010,011,013,107,108,206	397	417	
8525k	operácia rešenie hallux valgus v kombinácii s iným výkonom	011,013,108	487	511	
8526	operácia rešenie pes transversusplanus	011,013,108	315	331	
8527	operácia rešenie digitus hamatus	010,011,013,107,108,206	397	417	
8528	operácia rešenie digitus malleus	010,011,013,107,108,206	386	405	
8529	operácia rešenie digitus supraductus	010,011,013,107,108,206	380	399	
8530	operácia rešenie metatarsus I, varus	010,011,013,107,108,206	361	379	
8531	operácia rešenie morbus Laderhose	010,011,013,107,108,206	380	399	
8533a	artroskopické výkony v laktovom zhybe s použitím koblačných a shaverových sond	010,011,013,107,108,206	969	1017	
8533b	artroskopické výkony v laktovom zhybe s použitím koblačných a shaverových sond a fixačného materiálu	010,011,013,107,108,206	1238	1300	
8534a	artroskopické výkony v ramennom zhybe s použitím koblačných a shaverových sond	010,011,013,107,108,206	969	1017	

8534b	artroskopické výkony v ramennom zhybe s použitím s použitím kloblačných a shaverových sond a fixačného materiálu	010,011,013,107,108,206	1238	1300	
8535a	artroskopické výkony v kolennom zhybe s použitím kloblačných a shaverových sond	010,011,013,107,108,206	969	1017	
8535b	artroskopické výkony v kolennom zhybe s použitím kloblačných a shaverových sond a fixačného materiálu	010,011,013,107,108,206	1238	1300	
8536a	artroskopické výkony v členkovom zhybe s použitím kloblačných a shaverových sond	010,011,013,107,108,206	969	1017	
8536b	artroskopické výkony v členkovom zhybe s použitím kloblačných a shaverových sond a fixačného materiálu	010,011,013,107,108,206	1349	1416	
8537	operačná extrakcia osteosyntetického materiálu a vonkajších fixátorov v anestézii	010,011,013,107,108,206	343	360	
8538	exstirpácia sakrálneho dermoidu	010,011,013,107,108,222,319	367	385	
8539	operácia varixov dolných končatín	010,068	437	459	
8539a	operácia varixov dolných končatín s použitím rádiových katétra alebo lasera - vrátane ceny za katéter	010,068	798	838	
8539k	operácia varixov oboch dolných končatín	010,068	542	569	
8540	operácia análnych fistúl a/alebo fisúr	010,107,222,319	383	402	
8542	operácia ruptúry Achilovej šľachy	010,011,013,107,108,206,319	453	476	
8543	operácia syndrómu karpálneho tunela	010,011,013,037,038,107,108,206,319	347	364	
8547	exstirpácia a excízia benigných a maligných nádorov kože, podkožia a svaly	010,014,038,107,114,319	103	108	
8548	tenolýza šľachy	010,011,013,038,107,108,206	324	340	
8549	sutúra šľachy	010,011,013,038,107,108,206	439	461	
8550	voľný šľachový transplantát	010,011,013,038,107,108,206	330	347	
8551	transpozícia šľachy	010,011,013,038,107,108,206	302	317	
8552	operácia malých kĺbov ruky - artrolýza	011,038,108,206	331	348	
8553	operácia malých kĺbov ruky - artrodéza	011,038,108,206	331	348	
8564	laparoskopická cholecystektómia	010,107,222,319	607	637	
8565	operácia hemoroidov	010,068,222,319	513	539	
8566	odstránenie hemoroidov elasticou ligatúrou	010,068,222,319	96	101	
8567	vytvorenie alebo rekonštrukcia arteriovenózneho fistuly	010,019,068,107,222,319	380	399	
8568	zrušenie arteriovenózneho fistuly	010,068,107,222,319	206	216	
8571	exstirpácia lymfatických uzlín	009,010,012,017,068,107,222,229,319,322	222	233	
8572	exstirpácia benigneho nádoru prsnej žľazy	009,010,017,038,229,319	313	329	
8573	exstirpácia gangliómu	010,011,013,038,107,108,206	62	65	
8575	amputácia prsta pre gangrénu	010,011,013,038,107,108,206	207	217	
8576	laparoskopické výkony diagnostické	009,010,012,107,109,222,229,319,322	420	441	
8577	laparoskopická apendektómia	010,107,222,319	546	573	
8578a	artroskopické výkony v zápästí s použitím kloblačných a shaverových sond	010,011,013,107,108,206	969	1017	
8578b	artroskopické výkony v zápästí s použitím kloblačných a shaverových sond a fixačného materiálu	010,011,013,107,108,206	1215	1276	
8582	operácia Dupuytrenovej kontraktúry - punkčná fasciektómia	010,011,038,206	350	368	
8583	operácia Dupuytrenovej kontraktúry - parciálna fasciektómia	010,011,038,206	350	368	
8584	operácia Dupuytrenovej kontraktúry - totálna fasciektómia	010,011,038,206	354	372	
8586	endoskopické vyšetrenie v celkovej anestézii	009,010,014,048,107,114,154,222,229,319,322	267	280	
8588	nekrektómie	010,011,012,013,014,015,037,038,068,222,229,319,322	113	119	
8611	konizácia cervixu	009,017,229	324	340	
8611k	konizácia cervixu v kombinácii s iným výkonom	009,017	349	366	
8612	excízia vulvy - len ako terapeutický zákrok v CA	009,017,229	290	305	
8613	exstirpácia cýst glandule vestibularis - Bartolinskej žľazy	009,017,229	283	297	
8614	kordocentéza	009,017,229	277	291	
8617	hysterosalpingografia	009,017	163	171	
8619	resekcia vaginálneho septa	009,017,229	287	301	
8620	hysteroskopia (+ prípadná resekcia uterinného septa)	009,017,229	427	448	

8622	diagnostická laparoskopia	009,017	327	343
8623	sterilizácia ženy zo zdravotných dôvodov	009,017,229	327	343 predchádzajúci súhlas ZP
8624	laparoskopia s adheziolýzou (rozrušenie zrástov)	009,017,229	383	402
8625	salpingostómia - laparoskopicky	009,017,229	380	399
8626	salpingektómia - laparoskopicky	009,017,229	383	402
8627	ovariálna cystektómia - laparoskopicky	009,017,229	394	414
8628	oophorektómia - laparoskopicky	009,017,229	383	402
8629	ablácia endometriálnych ložísk - laparoskopicky	009,017,229	397	417
8630	kópopertineoplastika (zadná pošvová plastika bez použitia sieťky)	009,017,229	386	405
8631	uretálna suspenzia (s použitím suburetrálnej pásky na liečbu stresovej inkontinencie) alebo pri vezikorenálnom refluxe	009,012,322	428	449 vyšetlivka 4
8634	kyreť vŕatane dilatácie	009,017,229	321	337
8634K	kyreť v kombinácii s iným výkonom JZS(OHV)	009,017,229	427	448
8635	amniocentéza - pod USG kontrolou	009,017,229	109	114
8636	excízia zo steny pošvy na histológiu	009,017	230	242
8640	ablácia cervikálneho polypu	009,017,229	250	263
8641	adnexektómia - laparoskopicky	009,017,229	397	417
8642	myomektómia - laparoskopicky	009,017,229	409	429
8643	predná pošvová plastika	009,017,229	375	394
8643K	predná pošvová plastika v kombinácii s iným výkonom	009,017	445	467
8644	rekonštruktívna operácia defektu panvového dna s použitím sieť (predný alebo zadný oddiel)	009,017,229	428	449
8648	perúsenie tehotenstva zo zdravotných dôvodov	009,017,229	302	317 vyšetlivka 5
8660K	hysteroskopia v kombinácii s inými výkonmi v odbornosti	009,017,229	489	513
8662K	laparoskopia v kombinácii s inými výkonmi v odbornosti	009,017,229	500	525
8700	operácia strabizmu zo zdravotných dôvodov (jedno sval)	015,215,336	306	321
8700K	operácia strabizmu zo zdravotných dôvodov (dva a viac svalov)	015,215,336	406	426
8701	plastické operácie na mihalniciach (ektropium, entropium, blefarochaláza) zo zdravotných dôvodov (na jednej mihalnici)	015,038,215,336	266	279 predchádzajúci súhlas ZP
8701K	plastické operácie na mihalniciach (ektropium, entropium, blefarochaláza) zo zdravotných dôvodov (na oboch mihalniciach)	015,038,215,336	322	338 predchádzajúci súhlas ZP
8703	elektroepilácia	015,215,336	96	101
8704	excimer - laserové operácie rohovky len zo zdravotných indikácií (jedno oko)	015,215,336	368	386 vyšetlivka 2
8704K	excimer - laserové operácie rohovky len zo zdravotných indikácií (obe oči)	015,215,336	427	448 vyšetlivka 2
8705	fotodynamická terapia sieťnice	015,215,336	312	328
8706A	operácia glaukómu filtračnú	015,215,336	391	411
8706B	operácia glaukómu laserom	015,215,336	286	300
8706C	operácia glaukómu kryom	015,215,336	246	258
8707	operácia pterygia - ablácia a plastika (jedno oko)	015,215,336	266	279
8707K	operácia pterygia - ablácia a plastika (obe oči)	015,215,336	307	322
8708	operácia nádorov mihalníc	015,215,336	247	259
8709	operácia nádorov spojovky	015,215,336	242	254
8710	keratoplastika - vrátane ceny za transplantát	015,215,336	2379	2498
8710A	predná lamelárna keratoplastika - vrátane ceny za transplantát	015,215,336	1297	1362
8710B	zadná lamelárna keratoplastika - vrátane ceny za transplantát	015,215,336	1496	1571
8711	operácie slzných bodov a slzných ciest	015,215,336	166	174
8712F	operácie slzného vaku (jedno oko)	015,215,336	219	230
8713	zavedenie trvalej alebo dočasnej sondy do slzných ciest (operácie slzných ciest)	015,215,336	173	182
8714	tarzoraňa (jedno oko)	015,215,336	286	300
8714K	tarzoraňa (obe oči)	015,215,336	307	322
8716	operácia zrástov spojovky (operácia zrástov spojovky s voľným transplantátom)	015,215,336	291	306

8717	krytie rohovky amniovou membránou	015,215,336	294	309	
8718	CXL - corneal cross linking	015,215,336	390	410	
8719	IAK - incízna astigmatická keratotómia	015,215,336	394	414	
8720	intraštrómálna implantácia distančných prstencov -vrátane nákladov za prstence	015,215,336	1432	1504	
8722	explantácia a reimplantácia umelej vnútroočnej šošovky	015,215,336	383	402	
8724	intraštrómálna aplikácia liekov	015,215,336	144	151	vysvetlivka 3
8725	operácia odlúpenia sietnice episklerálne	015,215,336	542	569	
8726	pneumoretinopexia	015,215,336	260	273	
8728	pars plana vitrektómia	015,215,336	826	867	
8729	pars plana vitrektómia a lensektómia s implantáciou umelej vnútroočnej šošovky	015,215,336	826	867	
8731	primárne ošetrovanie hlbokaj rany rohovky alebo sklery alebo mihalnic	015,215,336	190	200	
8732	primárne ošetrovanie penetrujúcej rany rohovky alebo sklery bez poranenia šošovky a bez vnútroočného cudzieho telesa	015,215,336	344	361	
8734	primárne ošetrovanie penetrujúcej rany rohovky alebo sklery bez poranenia šošovky s vnútroočným cudzím telesom	015,215,336	344	361	
8750k	operácia sivého zákalu v kombinácii s iným súvisiacim výkonom v odbornosti	015,215,336	559	587	
8800	endoskopická adenotómia	014,114	351	369	
8800k	endoskopická adenotómia v kombinácii s iným výkonom	014, 114	477	501	
8801	tonzilektómia	014,114	313	329	
8801k	tonsilektómia v kombinácii s iným výkonom	014, 114	438	460	
8802	tonzilotómia	014,114	290	305	
8802k	tonzilotómia v kombinácii s iným výkonom	014, 114	464	487	
8803	uvulopalatoplastika	014,114	314	330	
8803k	uvulopalatoplastika v kombinácii s iným výkonom	014, 114	438	460	
8804	plastika oroantrálnej komunikácie	014,070,114,345	302	317	
8805	extrakcia kameňa submandibulárnej žľazy	014,070,114	272	286	
8806	exstirpácia sublingválnej slinnej žľazy	014,070,114	276	290	
8807	exstirpácia submandibulárnej slinnej žľazy	014,070,114	276	290	
8808	exstirpácia príušnej žľazy	014,070,114	323	339	
8809k	endoskopická chordektómia v kombinácii s iným výkonom	014, 114	407	427	
8813	exstirpácia mediálnej krčnej cysty	014,070,114	354	372	
8814	exstirpácia laterálnej krčnej žľazy	014,070,114	361	379	
8815	turbinoplastika	014,114	333	350	
8815k	turbinoplastika v kombinácii s iným výkonom	014, 114	615	646	
8819	operácia stenózy zvukovodu (plastika zvukovodu)	014,114	304	319	
8820	myringoplastika	014,114	409	429	
8820k	myringoplastika v kombinácii s iným výkonom	014, 114	564	592	
8821	tympanoplastika bez protézy	014,114	294	309	
8821a	tympanoplastika s protézou	014,114	354	372	
8821k	tympanoplastika (bez protézy) v kombinácii s iným výkonom	014, 114	438	460	
8823	stapedoplastika	014,114	354	372	
8824	sanačná operácia stredného ucha	014,114	449	471	
8825	adenotómia	014,114	190	200	
8825k	adenotómia v kombinácii s iným výkonom	014, 114	343	360	
8826	mikrochirurgické výkony na hrtane	014,114	428	449	
8827	septoplastika - operácia nosovej priehradky (podmienkou je zdravotná indikácia výkonu)	014,038,114	316	332	
8827k	septoplastika v kombinácii s iným výkonom	014, 114	564	592	
8828	rekonštrukcia perforácie nosového septa	014,038,114	372	391	
8829	plastika nosovej chlopne	014,038,114	372	391	
8830	funkčná endoskopická sínusová chirurgia (FESS)	014,114	418	439	

8830K	funkčná endoskopická sinusová chirurgia (FESS) v kombinácii s iným výkonom	014, 114	606	636
8832	funkčná septorhinoplastika	014,038,114	383	402
8833	aurikuloplastika zo zdravotných dôvodov	014,038,114	239	251
8834	trenúctómia	014,107,109,114	145	152
8835	transpozícia vývodu submandibulárnej slinnej žľazy pri sialolitíaze a stenóze vývodu	014,070,114	332	349
8836	diagnostická mikroendoskopia hrtana	014,114	256	269
8837	excízia ohraničeného tumoru alebo lymfatickej uzliny podkoží na krku	014,107,114,222,319	149	156
8838	diagnostická excízia z tumoru nosohltana	014,114	283	297
8840	korекcia nosového krtidla vížením chrupkového transplanátu, auto- alebo alogransplanátu	014,038	447	469
8841	endoskopická operácia prínosových dutín	014,114	464	487
8841K	endoskopická operácia prínosových dutín v kombinácii s iným výkonom	014, 070, 114	658	691
8842	dakryocystonostómia	014, 114	427	448
8844	rekonštrukcia dna orbity pri blow-out fraktúre	014,015,038,070,114,215,336	403	423
8846	operácia povrchového tumoru tvári a krku	010,014,038,070,107,319	69	72
8847	transmyringická drenáž so zavedením ventiláčnej trubicky	014,070,114	143	150
8847K	transmyringická drenáž so zavedením ventiláčnej trubicky	014, 114	183	192
8850	endoskopická adenotómia + tonzilektómia	014, 114	499	524
8852	tonzilektómia + uvulopalatoplastika	014, 114	499	524
8853	turbinoplastika + dacryocystonostómia	014, 114	778	817
8857	septoplastika + funkčná endoskopická sinusová chirurgia (FESS)	014, 114	658	691
8858	operácia stenózy zvukovodu (plastika zvukovodu) + tympanoplastika	014, 114	643	675
8900	orchiektómia	010,012,107,109,319,322	346	363
8901	orchiektómia pre karcinóm prostaty	010,012,107,109,319,322	333	350
8902	resektia kondylomat na penis	012,018,038	253	266
8903	Orchiopexia reťiňovaného hmatného semenníka (nie pri kryptorchizme)	012,107,109,322	354	372
8904	bipsia steny močového mechúra	012,109,322	120	126
8905	zavedenie alebo odstránenie uretrálnej endoprotézy	012,109,322	294	309
8905K	obojstranné zavedenie alebo odstránenie uretrálnej endoprotézy	012, 109,332	345	362
8906	perkutánná nefrostómia	012, 109	323	339
8909	operácia fimózy - cirkumcizia zo zdravotných dôvodov	010,012,038,107,109,319,322	290	305
8910	divúzia uretry pri stenóze ženskej uretry	012,109,322	200	210
8911	plastika varikokély	010,012,107,109,319,322	372	391
8911K	plastika varikokély v kombinácii s iným výkonom	012, 109	498	523
8914	operácia jednoduchej hydrokély u mužov	010,012,107,109,319,322	372	391
8914K	operácia hydrokély v kombinácii s iným výkonom	012, 109	403	423
8915	frenuloplastika pre frenulum breve penis	010,012,107,109,319,322	245	257
8916	sterilizácia u muža so zdravotných dôvodov	012,109,322	287	301
8917	resektia karunkuly uretry	012,109,322	184	193
8918	excízia kožných nádorov na vonkajších genitáliách	009,010,012,018,107,109,319,322	140	147
8919	sutura kožnej rany v oblasti vonkajších genitálií	009,010,012,018,107,109,319,322	86	90
8920	optická uretrotómia krátkej striktúry	012,109,322	228	239
8921	bipsia prostaty	012,109,322	193	203
8922	bipsia glans penis	012,109,322	88	92
8924	diagnostická cystoskopia (bipsia močového mechúra)	012,109,322	159	167
8926	ureteroskopia	012,109,322	271	285
8927	ureteroskopická litotripsia a extrakcia konkrémentu pri jednoduchej ureterolitíaze	012,109,322	349	366

predchádzajúci súhlas ZP

predchádzajúci súhlas ZP

8928	dilatácia striktúry uretry	012,109,322	112	118	
8929	operačná repozícia parafimózy	010,012,038,107,109,319,322	195	205	
8930	resekcia spermatokély alebo cysty nadsemenníka	010,012,038,107,109,319,322	361	379	
9000	artroskopická operácia temporomandibulárneho kĺbu (stomat.)	070	428	449	
9001	probatórne excízie na histologické vyšetrenie v celkovej anestézii(stomat.)	070, 345, 358	144	151	
9005	operačná extrakcia retinovaných alebo semiretinovaných zubov (stomat.)	070, 345	258	271	
9006	operačná fixácia luxovaných a subluxovaných zubov (stomat.)	070, 345	261	274	
9007	operačná replantácia zubov (stomat.)	070, 345	322	338	
9008	operačné ošetrenie komplikovaného prerezávania zuba múdrosti (stomat.)	070, 345, 358	98	103	
9009	operačná predprotetická úprava čeľustí (stomat.)	070, 345	319	335	
9010	operačné ošetrenie nepravých nádorov - epulis (stomat.)	070, 345, 358	148	155	
9011	operačná egalizácia ďasnových výbežkov (stomat.)	070, 345	283	297	
9013	extrakcia viacerých zubov v celkovej anestéze (stomat.)	016,115,070,345,802	275	289	
9014	dentoalveolárne chirurgické výkony v celkovej anestéze pre polyvalentnú alergiu (stomat.)	070,345,358	322	338	
9015	dentoalveolárne chirurgické výkony v lokálnej anestéze u geriatrických a rizikových pacientov vzhľadom na interné ochorenie	070,345,358	338	355	
9016	operačné odstránenie osteosyntézového materiálu v anestézii v stomatológii	014,107,114,070,345	324	340	
9017	operačná elevácia zygomatickomaxilárneho komplexu v celkovej anestézii (stomat.)	070	372	391	
9023	exstirpácia dentálnych cyst (stomat.)	070,345	338	355	
9024	operačné prehlbenie vestibula v oblasti maxily a frontálneho úseku mandibuly	070,345,358	338	355	
9026	frenulektómia frenulum labii, frenulum accessorii a frenulum linguae (stomat.)	070,345,358	141	148	
9027	exstirpácia kameňov zo slinivodov (stomat.)	070,345,358	288	302	
9030	resekcia koreňového hrotu troch alebo viacerých zubov	016,070,115,345	246	258	
9034	operácia exostózy, torus palatinus, torus mandibularis (stomat.)	014,070,345	246	258	
9103	endoskopické zavedenie drenáže žilových ciest alebo pankreasu	048,222	380	399	
9104	endoskopická polypektómia a endoskopická mukózna resekcia v tráviacom trakte	048,222	397	417	
9105	endoskopická injekčná sklerotizácia pažerákových varixov	048,222	333	350	
9106	aplikácia stentov v tráviacom trakte pod endoskopickou alebo rtg kontrolou	048,222	380	399	
9107	endoskopická laserová a argón plazma koagulačná ablácia v tráviacom trakte	048,222	346	363	
9109	tenkoňhová biopsia pod endoskopickou ultrasonografickou kontrolou v tráviacom trakte	048,222	346	363	
9202	resekcia alebo iná operácia dolnej nosovej mušle	014,038	277	291	
9203	uzáver vestibulonazálnej alebo oronazálnej komunikácie	014,038,070,107,114,345	256	269	
9205	korekcia nosných dierok zo zdravotných dôvodov	014,038	291	306	
9205a	korekcia nosových dierok zo zdravotných dôvodov u detí do 18 rokov vrátane	014,038,114	372	391	
9210	korekcia ptózy hornej mihalnice zo zdravotných dôvodov (na jednej mihalnici)	015,038,336	286	300	predchádzajúci súhlas ZP
9210k	korekcia ptózy hornej mihalnice zo zdravotných dôvodov (na oboch mihalniciach)	015,038,336	406	426	predchádzajúci súhlas ZP
9211	rekonštrukcie viečok po resekcii tumoru alebo traumatickej strate lalokovou plastikou	038	333	350	
9212	odstránenie benígneho alebo malígneho tumoru kože a podkožia v ktorejkoľvek lokalizácii s krytím defektu lalokovou plastikou alebo voľným kožným transplantátom	038	254	267	
9213	korekcia kontrahujúcej jazvy Z - plastikou alebo voľným kožným transplantátom	038	214	225	
9215	dermabrázia kože v ktorejkoľvek lokalizácii z inej príčiny ako jazva	38	250	263	
9219	endoskopická operácia syndrómu karpálneho tunela	010,107,011,013,108,038	587	616	
9222	deliberácia a transpozícia nervus ulnaris	011,037,038,108,206	337	354	
9223	discízia retinaculum flexorum	011,038,108,206	357	375	
9225	operačný výkon pre útlakové syndrómy v iných lokalitách	011,038,108,206	337	354	

Ysvetlívky:

9226	primárna alebo sekundárna mikrosútura periférneho nervu	37,038	330	347
9246	redukčná mamoplastika zo zdravotných dôvodov	009,038,229	426	447 predchádzajúci súhlas ZP
9247	vlózenie implantátu alebo expanderu po ablácii prsníka	009,038,229	428	449 ysvetlívka 6
9248	operácia gynecomastie a/alebo s liposúkcíou zo zdravotných dôvodov	010,038,106	312	328 predchádzajúci súhlas ZP
9255	operácia diaľstazy priamych brušných svalov	010,038,107,222	357	375
9260	mikrosútura nervu end to side	037,038	238	250
9300	diagnostická biopsia kože, podkožia a svalov v celkovej anestéze u detí	010,011,013,107,108,319	144	151
9303	drnáž povrchového abscesu s anestézou u detí	010,011,014,107,108,114	225	236
9304	operčné odstránenie benigných alebo maligných útvarov kože a podkožia (preaurikulárne vybežky, pigmentové névy, ateróm) s anestézou u detí	010,011,014,038,107,109,114	302	317
9306	operčné odstránenie zarastajúceho necha u detí (resekcia a plastika nechového lôžka) po predchádzajúcej neúspešnej ambulantnej liečbe	010,011,107,108,038	247	259
9308	excízia a exstirpácia hemangiómu u detí	010,107,319	288	302
9310	exstirpácia a/alebo biopsia lymfatických uzlín z jednej lokality u detí	010,014,107,114,319	277	291
9315	operácia jednoduchej hydrokély u chlapcov	010,012,107,109,319	333	350
9319	incízia perianálneho abscesu u detí do 12 rokov v CA	010,107,222,319	282	296
9400	presadovanie v anestézii u detí	010,011,013,107,108,319	123	129
9513	extraneurálna mikroneurolyza	037,038	354	372
9515	rekonštrukcia periférneho nervu nervovým štepom u detí	37,038	307	322
9522	korkečná osteotómia a osteosynléza	010,011,013,107,108	519	545
9603	exstirpácia chláseaa	015,215,336	237	249
9606	sondáž slzných ciest	015,215,336,	172	181
9608	extrakcia stehov z rohovky u detí	015,215,336	172	181
9609	laserova koagulácia sieteice	015,215,336	162	170
9804	korkecia hypospádie u detí	012,109,038	242	254
9924	sanácia chrupu v celkovej anestézii u nespojúpracujúcich pacientov so stomatófóbiou alebo u nespojúpracujúcich pacientov s mentálnou retardáciou	016,070,115,802	308	323
H5560	Diagnostická terapeutický výkon u ústavnej zdravotnej starostlivosti - ukončená hospitalizácia z dôvodu potreby pozorovania zdravotného stavu a/alebo diagnostického vyšetrenia a/alebo podania lieku/liekov pacientovi počas jeho hospitalizácie v trvaní od 24 hodín do 72 hodín na prísušnom oddelení			475

1 Osobitne sa uhrádza vnútroočná šošovka.
 2 Výkon 8704 sa uhrádza z verejného zdravotného poistenia v týchto indikáciách:
 ak má pacient medzi dvomi očami viac ako 3,5 D (anizometropia)
 ak má pacient pooperačný astigmatizmus (napr. po operácii sivého zákalu)
 ak má pacient vysokú krátkozrakosť, teda viac ako – 8,5 D
 ak je potrebná fotorepeticčná keratoablácia.
 Výkon 8704 indikuje ten poskytovateľ, ktorý výkon pacientovi poskytne.
 Vyžaduje sa zapísanie indikácie vykonania výkonu zo zdravotných dôvodov do zdravotnej dokumentácie poisťenca.
 3 Výkon 8724 možno hrať len pri liečbe intravitreálnymi liekmi indikovanými určenými pracoviskami v zmysle platných indikáčnych a preskripcínych obmedzení. Zdravotnou poisťovňou schválený intravitreálny liek sa vykazuje ako prísušný ako prísušný. Lieky obsťaravajúce zdravotnou poisťovňou sa vykazujú s nulovou výškou úhrady.
 4 Osobitne sa uhrádza suburetrálna páska.
 5 K vyúťovaniu výkonu 8648 je potrebné dodať lekársku správu obsahujúcu zdravotnú indikáciu výkonu.
 6 Zdravotný výkon 9247 podlieha schváleniu zdravotnej poisťovne a schvaľuje sa minimálne 1 rok po ablácii prsníka pre nádorové ochorenie. Osobitne sa uhrádza prsnikový expander alebo prsnikový implantát, prsnikový expander alebo prsnikový implantát - expander. Písomná žiadosť o schválenie úhrady musí obsahovať - aktuálny lekársky nále, podrobnú informáciu o prípadných iných chorobách, na ktoré sa pacientka lieči (diabetes, cieвне a srdcové choroby, choroby endokrinného systému, obezita,...), medicínske stanovisko ošetrujúceho lekára - klinického onkologa a gynecologa k plastickej operácii a informácia plastickeho chirurga o rozsahu a o spôsobe indikovanej plastickej operácie.

Príloha č. 2c
k Zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti podľa klasifikačného systému
diagnosticko-terapeutických skupín

I. Základné ustanovenia

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

II. Úhrada za hospitalizačný prípad

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

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

- MRZ je pre kalendárny rok 2022 vo výške 1. Ak sa zmluvne strany nedohodnú na zmene MRZ pre obdobie nasledujúce po kalendárnom roku 2022, použije sa v nasledovnom kalendárnom roku (a v každom ďalšom, pre ktorý sa zmluvne strany nedohodnú na zmene) hodnota uvedená v predchádzajúcej vete.
3. Ak nie je dojednané inak, úhrada za hospitalizačný prípad zahŕňa úhradu za všetku zdravotnú starostlivosť, špeciálny zdravotnícky materiál alebo služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosťi.
- a) poskytnuté poistencomi poskytovateľom iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosťi počas trvania hospitalizácie,
- b) poskytnutú poistencomi poskytovateľom zdravotnej starostlivosťi v deň prijatia na hospitalizáciu, ako aj v deň prepustenia z hospitalizácie (s výnimkou liekov a zdravotníckych pomôcok, na ktoré bol vystavený predpis, resp. lekársky poukaz v deň prepustenia poistenca z hospitalizácie), ak súvisí s hospitalizáciou;
- c) poskytnutú poistencomi poskytovateľom alebo poskytovateľom zdravotnej starostlivosťi, ak bola indikovaná počas trvania hospitalizácie podľa písm. s) bodu 4.6. zmluvy;
- ako aj všetky náklady, ktoré poskytovateľ vynaložil pri poskytovaní zdravotnej starostlivosťi poistencomi počas hospitalizácie. Pre vyúčtenie akýchkoľvek pochýbností sa zmluvne strany dohodli, že v úhrade za hospitalizačný prípad je zahrnutá aj úhrada za zdravotnú starostlivosť uvedenú v prílohe č. 2a k zmluve, ak sú na to splnené podmienky podľa tejto prílohy k zmluve.
4. Ak nie je dojednané inak, úhrada za všetku ambulantnú zdravotnú starostlivosť, vrátane zdravotnej starostlivosťi poskytovanej zariadením spoločných vyšetrení a liečebných zložiek, a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosťi, uvedené na odporúčeni podľa písm. s) bodu 4.6. zmluvy poskytovateľom alebo iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosťi v deň začiatku hospitalizácie, ako aj keďkoľvek počas hospitalizácie, bez uvedenia ID hospitalizačného prípadu, bude automaticky započítaná do úhrady za hospitalizačný prípad, pokiaľ poskytovateľ nepoukáže, že táto zdravotná starostlivosť resp. služba súvisiaca s poskytovaním zdravotnej starostlivosťi nesúvisí s hospitalizačným prípadom. V prípade, ak na odporúčani podľa písm. s) bodu 4.6. zmluvy nebude uvedený dátum odporúčenia, zdravotná poistovňa zdravotnú starostlivosť a/alebo službu súvisiacu s poskytovaním zdravotnej starostlivosťi neuhradí a požiadava poskytovateľa a/alebo iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosťi o jeho doplnenie.
5. Úhrada za hospitalizačný prípad nezahŕňa úhradu za pripočítateľné položky k hospitalizačným prípadom uvedené v prílohách dokumentu uvedeného v čl. IV bod 1 písm. b) (ďalej len "Katalóg prípadových paušálov") a výkony zahrnané zdravotnej služby poskytnuté poskytovateľom alebo iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosťi.
6. Zdravotná poistovňa úhrádza zdravotné výkony poskytnuté poistencomi zariadením spoločných vyšetrení a liečebných zložiek (ďalej len "SVLZ"), ktoré podľa ustanovení tejto prílohy mali byť zahrnuté v úhrade za hospitalizačný prípad, poskytovateľovi zdravotnej starostlivosťi prevádzkujúcemu zariadenie SVLZ, pričom zdravotná poistovňa má voči poskytovateľovi právo na refundáciu nákladov podľa bodu 8 tejto časti prílohy.
7. Zdravotná poistovňa je oprávnená žiadať od poskytovateľa refundáciu nákladov na úhradu zdravotnej starostlivosťi, špeciálneho zdravotníckeho materiálu, liekov a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosťi, ktoré zdravotná poistovňa uhradila nad rámec hospitalizačného prípadu poskytovateľovi alebo inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosťi a súčasne podľa ustanovení tejto prílohy mali byť zahrnuté v úhrade za hospitalizačný prípad a/alebo za pripočítateľnú položku k hospitalizačnému prípadu. Zmluvne strany sa dohodli na započítaní pohľadávky zdravotnej poistovne podľa bezprostrednej predchádzajúcej vety s pohľadávkou alebo pohľadávkami poskytovateľa na úhradu zdravotnej starostlivosťi voči zdravotnej poistovni.
8. Na účely určenia výšky refundácie podľa bezprostredne predchádzajúceho bodu sa vychádza z výšky úhrady za zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosťi, ktoré má zdravotná poistovňa zmluvne dojednané s poskytovateľom alebo iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosťi v čase poskytnutia špeciálneho zdravotníckeho materiálu, resp. služby súvisiacej s poskytovaním zdravotnej starostlivosťi, resp. z nadobúdacej ceny.
9. Pre diagnosticko-terapeutické skupiny, ktoré v katalógu prípadových paušálov nemajú určenú relatívnu váhu, sa pri úhrade zdravotnej starostlivosťi podľa systému DRG použijú hodnoty uvedené v nasledovnej tabuľke:

DRG	Segment	Popis	Relatívne váhy (RV)	Stredná hodnota ošetrovacej doby	Zníženie RV pri OD kratšej ako dolná hranica		Zvýšenie RV pri OD dlhšej ako horná hranica		Zníženie RV pri externom preložení	Prekladový prípadový paušál	Výnimka pri opätovnom prijatí ²⁾
					Dolná hranica OD ₁₎	Relatívne váhy / deň	Horná hranica OD ₁₎	Relatívne váhy / deň			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
B61B	M	Určité akútne ochorenia a poranenia miechy bez komplexného výkonu alebo viac ako 13 ošetrovacích dní alebo žiadne preloženie	1,9168		2	0,0875	30	0,035		x	
B76A	M	Záchvaty, viac ako jeden ošetrovací deň, s komplexnou diagnózou a liečbou	0,8776		2		10	0,0358		x	
D01A	O	Bilaterálna kochleárna implantácia	28,8112	4,9	2	0,6047	8	0,1719	0,2042		
D23Z	O	Implantácia naslúchacieho prístroja	6,8443		2		8				
E76A	M	Tuberkulóza, viac ako 14 ošetrovacích dní	2,6820		20	0,1616	42	0,0323		x	
		ostatné skupiny	1,1400								

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

III. Prípočítateľné položky

- V prípade, že poskytovateľ pri poskytovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti pri dodržaní všetkých preskripčných a indikačných obmedzení, množstevných a finančných limitoch, prípadne iných podmienok podľa príslušných právnych predpisov alebo tejto zmluvy použije zdravotnícky materiál, poskytne liek a/alebo výkon, ktorý je v súlade s prílohami Katalógu prípadových paušálov možné považovať za prípočítateľnú položku k hospitalizačnému prípadu, vykáže ju na úhradu zdravotnej poisťovni v súlade s Katalógom prípadových paušálov a dokumentom s názvom „Prípočítateľné položky DRG“ zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne.
- Ak je v Katalógu prípadových paušálov a dokumente „Prípočítateľné položky DRG“ uvedená cena, zdravotná poisťovňa uhradí prípočítateľnú položku k hospitalizačnému prípadu podľa podmienok uvedených v týchto dokumentoch. Poskytovateľ je povinný zdravotnej poisťovni splnenie podmienok uvedených v dokumente „Prípočítateľné položky DRG“ zdravotnej poisťovni preukázať. Ak je obstarávacia cena prípočítateľnej položky vyššia ako cena uvedená v dokumentoch podľa predchádzajúcej vety, je tento rozdiel zahrnutý do úhrady hospitalizačného prípadu, v súvislosti s ktorým bola prípočítateľná položka vykázaná. Poskytovateľ dokladuje obstarávaciu cenu kópiami nadobúdacích dokladov, ak si ich zdravotná poisťovňa vyžiada.
- Ak nie je v Katalógu prípadových paušálov ani v dokumente „Prípočítateľné položky DRG“ uvedená cena, poskytovateľ vopred požiada zdravotnú poisťovňu o jej dohodnutie. Súčasťou žiadosti o dohodnutie ceny je predloženie nadobúdacích dokladov ku konkrétnej prípočítateľnej položke a prípadne ďalších dokladov, ktoré bude zdravotná poisťovňa vyžadovať (napríklad referenčnú cenu lieku, certifikát k prístrojovému vybaveniu, vlastníctvo prístroja, prípadne iné). Ak ide o použitie prípočítateľnej položky, ktorá nemá stanovenú alebo dohodnutú cenu v súvislosti s poskytnutím neodkladnej zdravotnej starostlivosti poistencovi, poskytovateľ môže požiadať o schválenie ceny prípočítateľnej položky aj dodatočne, najneskôr však do piatich pracovných dní od poskytnutia tejto zdravotnej starostlivosti poistencovi.
- Ak zdravotná poisťovňa zistí, že obstarávacia cena prípočítateľnej položky, ktorá bola dohodnutá podľa bodu 3 tohto článku, je nižšia ako cena uvedená v dokumente „Prípočítateľné položky DRG“, zdravotná poisťovňa z vlastného podnetu opätovne pristúpi k prehodnoteniu jej ceny podľa bodu 3 tohto článku.
- Pre jednotlivé prípočítateľné položky je relevantná cena uvedená v dokumente „Prípočítateľné položky DRG“ uverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne, ak sa zmluvné strany počas dohadovania ceny podľa bodu 3 nedohodli inak. Ak je dokument „Prípočítateľné položky DRG“ aktualizovaný podľa bodu 3 alebo podľa bodu 4, účinnosť nadobúda dňom uverejnenia na webovom sídle zdravotnej poisťovne alebo dňom platnosti, ktorý je uvedený v samotnom dokumente.

IV. Spoločné a prechodné ustanovenia

- Centrum pre klasifikačný systém (ďalej aj ako „CKS“) podľa príslušného ustanovenia zákona č. 581/2004 Z. z. zverejní na nasledujúci kalendárny rok:
 - definičnú príručku,
 - katalóg prípadových paušálov,
 - metodikú výpočtu základnej sadzby a zoznam základných sadzieb,
 - zoznam zdravotných výkonov pre klasifikačný systém,

- e) pravidlá kódovania chorôb a zdravotných výkonov;
f) pravidlá pre výpočet prípadovch paušálov a pravidiá pre zliúčovanie hospitalizačných prípadov, (ďalej spoločne aj ako "DRG dokumenty")

2. Pre vyúčtenie akýchkoľvek pochýbností platí, že pod pravidlami pre výpočet prípadovch paušálov a zliúčovanie hospitalizačných prípadov podľa písm. f) bodu 1 tejto časti prílohy sa rozumie prísušný právny predpis upravujúci zúčtovanie hospitalizačných prípadov v systéme úhrad podľa DRG v platnom znení. Pri zliúčovaní hospitalizačných prípadov sa postupuje najmä podľa tohto dokumentu a prísušného právneho predpisu upravujúceho spracovanie a vykazovanie zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou v platnom znení.

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

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

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