

Dodatok č. 25
k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti
č. 1003NVSU000114

Union zdravotná poisťovňa, a. s.

zastúpená: Ing. Jozef Koma, PhD., riaditeľ sekcie poistenia

so sídlom: Karadžičova 10, 814 53 Bratislava

IČO: 36 284 831

označenie registra: Mestský súd Bratislava III, oddiel: Sa, vložka číslo: 3832/B, právna forma: akciová spoločnosť

kód Union zdravotnej poisťovne, a. s.: 27

(ďalej len „zdravotná poisťovňa“)

a

Národný onkologický ústav

zastúpený: Ing. Tomáš Alscher, MPH, riaditeľ

so sídlom: Klenova 1, 83310 Bratislava - Nové Mesto

IČO: 00 165 336

identifikátor poskytovateľa (prvých šesť znakov kódu poskytovateľa): P38561

(ďalej len "poskytovateľ")

(spoločne aj „zmluvné strany“)

Zmluvné strany uzatvárajú tento dodatok č. 25 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti č. 1003NVSU000114 (ďalej len „zmluva“):

Článok 1
Predmet dodatku

Na základe článku IX bodu 9.4. zmluvy sa zmluvné strany dohodli na tejto zmene zmluvy:

1. Texty bodov 5.14. až 5.16. článku V zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa menia a znejú nasledovne:

„5.14. Zmluvné strany sa dohodli na finančnom objeme vo výške **135 000,- €** na obdobie jednotlivých kalendárnych polrokov plynúcich od 01.01.2023 pre poskytovanie **ambulantnej zdravotnej starostlivosti**. Ak nie je dojednané inak, do tohto finančného objemu sa započítavajú náklady na všetky výkony poskytnutej ambulantnej zdravotnej starostlivosti podľa prílohy č. 2a k zmluve vrátane výkonov SVLZ uvedené v časti III. prílohy č. 2a zmluvy. Po prečerpaní finančného objemu sa výška úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť vypočíta ako súčin výšky úhrady zdravotnej starostlivosti, na ktorú sa finančný objem vzťahuje a koeficientu 0,1. V prípade nevyčerpania dohodnutého finančného objemu sa nevyčerpaná časť finančného objemu neprenáša do nasledujúceho dohodnutého obdobia.

5.15. Zmluvné strany sa dohodli na finančnom objeme vo výške **420 000,- €** na obdobie jednotlivých kalendárnych polrokov plynúcich od 01.01.2023 pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti v **zariadeniach spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek**. Ak nie je dojednané inak, do tohto finančného objemu sa započítavajú náklady na všetky výkony poskytnutej zdravotnej starostlivosti uvedené v časti VI. a VII. prílohy č. 2a zmluvy vrátane spotrebovaného špeciálneho zdravotníckeho materiálu¹ (ďalej len „ŠZM“). Po prečerpaní finančného objemu sa výška úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť vypočíta ako súčin výšky úhrady zdravotnej starostlivosti, na ktorú sa finančný objem vzťahuje a koeficientu 0,1. V prípade nevyčerpania dohodnutého finančného objemu sa nevyčerpaná časť finančného objemu neprenáša do nasledujúceho dohodnutého obdobia.

5.16. Zmluvné strany sa dohodli na finančnom objeme vo výške **1 258 004,- €** na obdobie jednotlivých kalendárnych polrokov plynúcich od 01.01.2023 pre poskytovanie **ústavnej zdravotnej starostlivosti**. Ak nie je dojednané inak, do tohto finančného objemu sa započítavajú náklady na všetku v súlade s touto zmluvou vykázanú a zdravotnou poisťovňou uznanú zdravotnú starostlivosť bližšie určenú v časti V. prílohy 2a, v prílohe č. 2b zmluvy a v prílohe č. 2c zmluvy, vrátane zdravotnej starostlivosti dohodnutej podľa § 8 ods. 3 vyhlášky MZ SR č. 412/2009 Z. z. v platnom znení, a uznaný ŠZM, ak ho poskytovateľ vykazuje a ak náklady na ŠZM podľa zmluvy a/alebo podľa niektorého z predpisov uvedeného v bode 4.1. zmluvy nie sú zahrnuté v úhrade za zdravotnú starostlivosť v súvislosti, s ktorou bol ŠZM použitý. Po prečerpaní finančného objemu sa výška úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť vypočíta ako súčin výšky úhrady zdravotnej starostlivosti, na ktorú sa finančný objem vzťahuje a koeficientu 0,6. V prípade nevyčerpania dohodnutého finančného objemu sa nevyčerpaná časť finančného objemu neprenáša do nasledujúceho dohodnutého obdobia.“

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

2. V texte bodu 9.3. článku IX zmluvy sa slová „30.06.2023“ nahrádzajú slovami „30.06.2024“.
3. Príloha č. 2a k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa nahrádza novým znením, ktoré tvorí prílohu 1 tohto dodatku.
4. Príloha č. 2c k zmluve sa nahrádza novým znením, ktoré tvorí prílohu 2 tohto dodatku.
5. Ostatné ustanovenia zmluvy ostávajú týmto dodatkom nezmenené.

Článok 2

Spoločné a záverečné ustanovenia

1. Tento dodatok je neoddeliteľnou súčasťou zmluvy. Tento dodatok je vyhotovený vo dvoch rovnopisoch, z ktorých sa každý považuje za originál. Každá zo zmluvných strán obdrží po jednom vyhotovení dodatku.
2. Súhlas s obsahom dodatku vyjadria zástupcovia zmluvných strán svojím podpisom na poslednej strane tohto dodatku.
3. Zmluvné strany vyhlasujú, že ich spoločným úmyslom a záujmom bolo uzavrieť tento dodatok s účinnosťou od 01.06.2023. Preto sa zmluvné strany dohodli na úhrade zdravotnej starostlivosti podľa tohto dodatku aj za obdobie od 01.06.2023 do dňa nadobudnutia účinnosti tohto dodatku.
4. Ak nie je dojednané inak, tento dodatok nadobúda platnosť a účinnosť dňom podpisu oboma zmluvnými stranami.

V Bratislave dňa 06.06.2023

12.6.2023

Union zdravotná poisťovňa, a.s

Národný onkologický ústav

Ing. Jozef Koma, PhD.
riaditeľ sekcie poistenia
na základe poverenia

Ing. Tomáš Alscher, MPH, riaditeľ

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 pôrodnictvo. Ak poistenec uzatvorí dohodu s ďalším poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo poskytovateľom ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodnictvo, zdravotná poisťovňa pre účel úhrady kapitácie akceptuje novú dohodu len za podmienky, že predchádzajúca dohoda zanikne v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z.
- c) Kapitácia zahŕňa náklady na všetku zdravotnú starostlivosť poskytnutú kapitovanému poistencovi za daný kalendárny mesiac, ak v tejto prílohe nie je dojednané inak.
- d) Poskytovateľ:
 - da) zasiela kópiu dohody a kópiu odstúpenia od dohody s predchádzajúcim poskytovateľom zdravotnej poisťovni na jej vyžiadanie v prípade, ak v jednom kalendárnom mesiaci budú fakturovať kapitáciu na tohto istého poistenca dvaja alebo viacerí poskytovatelia; zdravotná poisťovňa je oprávnená vyžiadať kópie dohody písomne, telefonicky alebo e-mailom; za účelom prípadného doriešenia kolízie podľa tohto bodu je zdravotná poisťovňa oprávnená vyžiadať aj preukázanie odstúpenia od dohody poistencom,
 - 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 vykázať 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 pôrodnictvo

A) Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo

1. Kapitácia sa uhrádza nasledovne:

Špecifikácia podmienok úhrady	Kapitácia v €
poistenky po dovŕšení 15-teho roku veku	1,55

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

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

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
100	Vyказuje sa - s kódom choroby Z34.0 alebo Z34.8 - ak nie je súčasťou iného výkonu	0,0735
102	Vyказuje sa - po potvrdení gravidity pri prvej návšteve - s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4	0,0735
103 ²	Vyказuje sa - od druhého mesiaca tehotenstva 1x za 28 dní (max. 7x u jednej poistenky počas tehotenstva), ak ďalej nie je uvedené inak, - 1x týždenne v posledných 6 týždňoch tehotenstva (max. 6x u jednej poistenky počas posledných 6 týždňov tehotenstva), - 2x týždenne po vypočítanom termíne pôrodu (max. 2x u jednej poistenky počas jedného týždňa po vypočítanom termíne pôrodu), - s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4	0,0735
105	Vyказuje sa - 1x v súvislosti so šestonedelím - s kódom choroby Z39.2	0,0735
157	vyказuje sa - 1x za kalendárny rok u poistenky od 18 rokov veku alebo od prvého tehotenstva - s kódom choroby Z01.4 alebo Z12.4	0,0735
297	Výkon sa uhrádza: - u poistenky vo veku od 18 do 64 rokov - 1x za kalendárny rok - ak bol vykázaný s kódom choroby: <ul style="list-style-type: none"> • Z01.4 v prípade oportúnneho skríningu rakoviny krčka maternice • Z12.4 v prípade populačného skríningu rakoviny krčka maternice 	0,0398
-	Nepreventívne výkony SVLZ (vrátane prístrojových)	0,00973
108*	Výkon 108 sa akceptuje ako preventívny prístrojový výkon najviac 4x počas tehotenstva. Vyказuje sa súčasne s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z34.9, Z35.2 alebo Z35.4	0,0735
118*	Výkon 118 sa akceptuje ako preventívny prístrojový výkon 1x týždenne počas obdobia posledných štyroch týždňov gravidity (maximálne 6x). Vyказuje sa súčasne s výkonom 103 a s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4.	0,0266
252b	- pri očkovaní proti chrípke sa vyказuje 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, vyказuje sa s kódom choroby Z25.8 Zdravotná poisťovňa výkon neuhradí, ak už bol u danej poistenky v danom kalendárnom roku uhradený u iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.	0,0735
1070	Vyказuje sa - s výkonom 157 - s kódom choroby Z01.4 alebo Z12.4	0,0735
5303*	Výkony 5303 a 5305 sa akceptujú ako preventívne výkony 1x za 12 mesiacov, vyказujú sa v nadväznosti na výkon 157 a s kódom choroby Z01.4 alebo Z12.4. Výkony 5303 a 5305 sa nevyказujú naraz v rámci vykonania jednej preventívnej prehliadky (výkon 157). Výkony 5303 a 5305 sa akceptujú k úhrade aj bez naviazania na vykonanie preventívnej prehliadky (výkon 157); v tomto prípade sa uhrádzajú cenou bodu za nepreventívne výkony SVLZ.	0,0266
5305*		0,0266
5308*	Výkon 5308 sa akceptuje ako preventívny výkon 1x za dva roky v intervaloch a vekovom	0,01044

² Pri rizikovitom tehotenstve sa vyказuje uvedená prehliadka pod kódom zdravotného výkonu č. 63; zdravotný výkon č. 63 sa neuhradza ako preventívna prehliadka nad rámec kapitácie

	rozmedzí stanovených v skríningu. Vykazuje sa súčasne s výkonom 157 a kódom choroby Z01.4 alebo Z12.4	
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
1b	Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty alebo telefonicky (160 bodov) Konzultácia s pacientom prostredníctvom elektronickej pošty (email), SMS alebo telefonicky obsahuje cieľnú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly, vo vzťahu k jednému orgánovému systému, popis subjektívnych ťažkostí, diagnostický záver, poučenie o diéte a životospráve, v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplynuli z konzultácie ohľadom zdravotného stavu, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára, poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie. Vykazovanie výkonu: - výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta, - zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii, - súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný čas poskytnutia zdravotného výkonu, popis zdravotného výkonu, prípadne dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne aj záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, - výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta, - vykazuje sa samostatne, najviac 1x za deň, - maximálna frekvencia: 3x v kalendárnom mesiaci.	0,027
11a	Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor), (210 bodov) Konzultácia s pacientom prostredníctvom doložiteľnej videokomunikácie (musí prebehnúť priamy videoprenos cez webovú aplikáciu alebo videohovor) v online prostredí v danom čase, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie, realizáciu fotografií pacienta / vyšetreného orgánu pre pridanie do zdravotnej dokumentácie a obsahuje cieľnú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom alebo k psychickej poruche, zhodnotenie výsledkov, vypísanie receptov, prípadne vypísanie žiadaniek na ďalšie vyšetrenie, poučenie pacienta, diagnostický záver, určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára. Vykazovanie zdravotného výkonu: - výkon sa vykazuje ako komplexná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia, - súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný čas poskytnutia zdravotného výkonu, popis zdravotného výkonu, diagnostický záver, ak je potrebné dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, - vykazuje sa samostatne, najviac 1x deň.	0,027
70	Opätovné lekárske vystavenie receptov a (alebo) poukazov na základe požiadavky pacienta prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefónu (40 bodov) Popis výkonu: vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronickou formou pre lieky/zdravotné pomôcky/dietetické potraviny Vykazovanie výkonu: - výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta, - súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj z online prostredia, údaj, kedy bol recept a/alebo poukaz vypísaný a údaj o predpise lieku/zdravotnej pomôcky/dietetických potravín pacientovi prostredníctvom elektronických služieb, - výkon sa vzťahuje na jedného pacienta bez ohľadu na počet liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín, ktoré boli pacientovi predpísané, najviac 1x za deň, bez ohľadu na počet vystavených receptov a/alebo poukazov, - ak ide o elektronický predpis liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín typu opakovaný recept (preskripčný záznam s poznámkou „REPETATUR“) výkon sa vykazuje samostatne za každý vystavený recept a/alebo poukaz, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi, maximálna frekvencia: 3x v kalendárnom mesiaci.	0,027
1b 11a 70	Spoločné podmienky vykazovania a uhrádzania výkonov 1b, 11a a 70 Union zdravotná poisťovňa, a. s. výkony akceptuje len za predpokladu, že relevantnú medicínsku radu alebo konzultáciu je možné poskytnúť poisťencovi alebo jeho zákonnému zástupcovi telefonickou formou alebo formou videohovoru alebo inou elektronickou formou s ohľadom na zdravotný stav poistenca pri zachovaní správnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.. Telefonický rozhovor alebo	0,027

	<p>videohovor alebo iná elektronická komunikácia medzi pacientom a lekárom musí bezprostredne súvisieť s problematikou diagnostickej alebo terapeutickú starostlivosti.</p> <p>Poskytovateľ v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z. vykoná zápis do zdravotnej dokumentácie daného poistenca o poskytnutí telefonického rady poistencovi Union ZP alebo jeho zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom poistenca v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z. s tým, že v zápise uvedie aj tel. kontakt alebo mailový kontakt poistenca, na ktorom mu bola poskytnutá rada.</p> <p>Výkony nie je možné vzájomne kombinovať a ani kombinovať s inými výkonmi.</p> <p>Zo strany poskytovateľa sú dodržané ostatné podmienky úhrady výkonov vyplývajúce z príslušných zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v platnom znení a všeobecne záväzných právnych predpisov.</p> <p>Nástroj použitý na videokonzultáciu spĺňa základné parametre bezpečnosti prenosu dát a ochrany osobných údajov podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov a nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) č. 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (tzv. nariadenie GDPR).</p> <p>Prenos dát pri videohovore medzi pacientom a lekárom je zabezpečený takým spôsobom, že obsah videohovoru nie je dostupný ani prevádzkovateľovi nástroja, keď prevádzkovateľom nie je samotné zdravotnícke zariadenie; takého zabezpečenia je možné docieľiť tým, že hovor je po celú dobu šifrovaný a nie je distribuovaný cez ďalšie aplikačné servery. Nástroj pre registráciu pacienta nevyžaduje údaje, okrem tých, ktoré sú nevyhnutné pre samotné spustenie videohovoru.</p>	
-	Výkony (okrem SVLZ výkonov) neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanej poistenke	0,0339
-	SVLZ výkony neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanej poistenke	0,00973
-	Výkony (okrem SVLZ výkonov) zdravotnej starostlivosti poskytnuté poistenke EÚ s výnimkou výkonov, pre ktoré je v tejto časti prílohy určená iná cena bodu	0,0339
-	SVLZ výkony zdravotnej starostlivosti poskytnuté poistenke EÚ s výnimkou výkonov, pre ktoré je v tejto časti prílohy určená iná cena bodu	0,00973

*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 pôrodníctvo (napr. rádiológ), poskytovateľ vykazuje vykonané výkony lekárom inej odbornosti podľa tohto bodu pod kódom lekára, ktorý vyšetrenia vykonal. Podmienkou vykazovania podľa tohto bodu je zároveň oprávnenie na vykonávanie činnosti podľa tohto bodu v platnom povolení poskytovateľa pre príslušnú odbornosť.

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

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena výkonu v €
62a	<p>Cielené vyšetrenie pacienta s respiračným syndrómom pri pandémie COVID-19</p> <p>Obsahová náplň výkonu: Cielené vyšetrenie za účelom nasadenia správnej liečby, zahŕňa fyzikálne vyšetrenie so zameraním na infekčné ochorenia s prenosom vzdušnou cestou v súvislosti s koronavírusmi, so zhodnotením laboratórných výsledkov (vrátane SARS-CoV-2, chrípkový vírus, RSV) vo väzbe na individuálne nastavenie ambulantnej (domácej) terapie alebo prípadného indikovania ústavnej liečby. Zdravotný výkon sa vykonáva s použitím osobných ochranných pomôcok.</p> <p>Výkon: - nie je možné súčasne vykazovať na úhradu do zdravotnej poisťovne s inými výkonmi, - zdravotná poisťovňa uhrádza maximálne 1x za deň u jedného poistenca s potvrdeným laboratórnym výsledkom (PCR test) alebo antigénovým testom na prítomnosť SARS-CoV-2 nie starším ako 14 dní v deň poskytnutia výkonu - sa vykazuje s diagnózou U07.1, U07.3 alebo U07.4 - vykazuje maximálne 1x za 7 kalendárnych dní na jedného poistenca</p>	20,00

5. Cenou výkonu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena výkonu v €
4M04004	<p>Konzultačná – expertná kolposkopia</p> <p>Výkon sa uhrádza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 	25

	v čase vykonania výkonu, - aj v rámci ambulancií ŠAS s odbornosťou 017, 019, 229, ak sú predmetom dohodnutého rozsahu poskytovania zdravotnej starostlivosti.	
4M04007	Punch biopsia Výkon sa uhrádza: v prípade abnormálneho cytologického nálezu u poistenky ak ho vykoná lekár evidovaný v informačnom systéme zdravotnej poisťovne u daného poskytovateľa a tento lekár je súčasne uvedený v Zozname lekárov na konzultácie v prípade zistených abnormálnych cytologických nálezov 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 nálezov 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 nález- R87.66, Nešpecifikovaný abnormálny cytologický nález- R87.67, ak bol vykázaný po stanovení histologickej diagnózy v rámci ďalšieho sledovania, follow up, s niektorým z nasledovných histologických diagnostických kódov: N87.0 (CIN I, low grade SIL, ľahká dysplázia, N87.1 (CIN II), D06.0 (CGIN, AIS), D06.1 (CIN III, high grade SIL, ťažká dysplázia), C53.0-9 (invazívny karcinóm), aj v rámci ambulancií ŠAS s odbornosťou 017, 019, 229, ak sú predmetom dohodnutého rozsahu poskytovania zdravotnej starostlivosti.	15

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	0,0305
-	Nepreventívne výkony SVLZ (vrátane prístrojových)	0,00973
108	Výkon 108 sa akceptuje ako preventívny prístrojový výkon najviac 4x počas tehotenstva. Vykazuje sa súčasne s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z34.9, Z35.2 alebo Z35.4	0,0735
118*	Výkon 118 sa akceptuje ako preventívny prístrojový výkon 1x týždenne počas obdobia posledných štyroch týždňov gravidity (maximálne 6x). Vykazuje sa súčasne s výkonom 103 a s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4	0,0266
1070	Vykazuje sa - s výkonom 157 - s kódom choroby Z01.4 alebo Z12.4	0,0735
5303*	Výkony 5303 a 5305 sa akceptujú ako preventívne výkony 1x za 12 mesiacov, vykazujú sa v nadväznosti na výkon 157 a s kódom choroby Z01.4 alebo Z12.4. Výkony 5303 a 5305 sa nevykazujú naraz v rámci vykonania jednej preventívnej prehliadky (výkon 157). Výkony 5303 a 5305 sa akceptujú k úhrade aj bez naviazania na vykonanie preventívnej prehliadky (výkon 157); v tomto prípade sa uhrádzajú cenou bodu za nepreventívne výkony SVLZ.	0,0266
5305*		0,0266
5308*	Výkon 5308 sa akceptuje ako preventívny výkon 1x 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.	0,01044
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
1b	Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty alebo telefonicky (160 bodov) Konzultácia s pacientom prostredníctvom elektronickej pošty (email), SMS alebo telefonicky obsahuje cieľnú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly, vo vzťahu k jednému orgánovému systému, popis subjektívnych ťažkostí, diagnostický záver, poučenie o diéte a životospráve, v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplývajú z konzultácie ohľadom zdravotného stavu, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára, poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie. Vykazovanie výkonu: - výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta, zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii, - súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný čas poskytnutia zdravotného výkonu, popis zdravotného výkonu, prípadne dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne aj záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi,	0,027

	<ul style="list-style-type: none"> - výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta, - vykazuje sa samostatne, najviac 1x za deň, - maximálna frekvencia: 3x v kalendárnom mesiaci. 	
11a	<p>Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor), (210 bodov)</p> <p>Konzultácia s pacientom prostredníctvom doložiteľnej videokomunikácie (musí prebehnúť priamy videoprenos cez webovú aplikáciu alebo videohovor) v online prostredí v danom čase, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie, realizáciu fotografií pacienta / vyšetrovaného orgánu pre pridanie do zdravotnej dokumentácie a obsahuje ciele anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom alebo k psychickej poruche, zhodnotenie výsledkov, vypísanie receptov, prípadne vypísanie žiadaniek na ďalšie vyšetrenie, poučenie pacienta, diagnostický záver, určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára.</p> <p>Vykazovanie zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - výkon sa vykazuje ako komplexná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia, - súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný čas poskytnutia zdravotného výkonu, popis zdravotného výkonu, diagnostický záver, ak je potrebné dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, - vykazuje sa samostatne, najviac 1x deň. 	0,027
70	<p>Opätovné lekárske vystavenie receptov a (alebo) poukazov na základe požiadavky pacienta prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefónu (40 bodov)</p> <p>Popis výkonu: vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronickou formou pre lieky/zdravotné pomôcky/dietetické potraviny</p> <p>Vykazovanie výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta, - súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj z online prostredia, údaj, kedy bol recept a/alebo poukaz vypísaný a údaj o predpise lieku/zdravotnej pomôcky/dietetických potravín pacientovi prostredníctvom elektronických služieb, - výkon sa vzťahuje na jedného pacienta bez ohľadu na počet liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín, ktoré boli pacientovi predpísané, najviac 1x za deň, bez ohľadu na počet vystavených receptov a/alebo poukazov, - ak ide o elektronický predpis liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín typu opakovaný recept (preskripčný záznam s poznámkou „REPETATUR“) výkon sa vykazuje samostatne za každý vystavený recept a/alebo poukaz, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi, <p>maximálna frekvencia: 3x v kalendárnom mesiaci.</p>	0,027
1b 11a 70	<p>Spoločné podmienky vykazovania a uhrádzania výkonov 1b, 11a a 70</p> <p>Union zdravotná poisťovňa, a. s. výkony akceptuje len za predpokladu, že relevantnú medicínsku radu alebo konzultáciu je možné poskytnúť poisťencovi alebo jeho zákonnému zástupcovi telefonickou formou alebo formou videohovoru alebo inou elektronickou formou s ohľadom na zdravotný stav poistenca pri zachovaní správnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.. Telefonický rozhovor alebo videohovor alebo iná elektronická komunikácia medzi pacientom a lekárom musí bezprostredne súvisieť s problematikou diagnostickej alebo terapeutической starostlivosti. Poskytovateľ v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z. vykoná zápis do zdravotnej dokumentácie daného poistenca o poskytnutí telefonickej rady poisťencovi Union ZP alebo jeho zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom poistenca v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z. s tým, že v zápise uvedie aj tel. kontakt alebo mailový kontakt poistenca, na ktorom mu bola poskytnutá rada.</p> <p>Výkony nie je možné vzájomne kombinovať a ani kombinovať s inými výkonmi. Zo strany poskytovateľa sú dodržané ostatné podmienky úhrady výkonov vyplývajúce z príslušných zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v platnom znení a všeobecne záväzných právnych predpisov.</p> <p>Nástroj použitý na videokonzultáciu spĺňa základné parametre bezpečnosti prenosu dát a ochrany osobných údajov podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov a nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) č. 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (tzv. nariadenie GDPR).</p> <p>Prenos dát pri videohovore medzi pacientom a lekárom je zabezpečený takým spôsobom, že obsah videohovoru nie je dostupný ani prevádzkovateľovi nástroja, keď prevádzkovateľom nie je samotné zdravotnícke zariadenie; takého zabezpečenia je možné docieľiť tým, že hovor je po celú dobu šifrovaný a nie je distribuovaný cez ďalšie aplikačné servery. Nástroj pre registráciu pacienta nevyžaduje údaje, okrem tých, ktoré sú nevyhnutné pre samotné spustenie videohovoru.</p>	0,027

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

2. Cenou výkonu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony za podmienok úhrady uvedených v tejto tabuľke:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena výkonu v €
62a	<p>Cielené vyšetrenie pacienta s respiračným syndrómom pri pandémie COVID-19</p> <p>Obsahová náplň výkonu: Cielené vyšetrenie za účelom nasadenia správnej liečby, zahŕňa fyzikálne vyšetrenie so zameraním na infekčné ochorenia s prenosom vzdušnou cestou v súvislosti s koronavírusmi, so zhodnotením laboratórných výsledkov (vrátane SARS-CoV-2, chrípkový vírus, RSV) vo väzbe na individuálne nastavenie ambulantnej (domácej) terapie alebo prípadného indikovania ústavnej liečby. Zdravotný výkon sa vykonáva s použitím osobných ochranných pomôcok.</p> <p>Výkon: - nie je možné súčasne vykazovať na úhradu do zdravotnej poisťovne s inými výkonmi, - zdravotná poisťovňa uhrádza maximálne 1x za deň u jedného poistenca s potvrdeným laboratórnym výsledkom (PCR test) alebo antigénovým testom na prítomnosť SARS-CoV-2 nie starším ako 14 dní v deň poskytnutia výkonu - sa vykazuje s diagnózou U07.1, U07.3 alebo U07.4 - vykazuje maximálne 1x za 7 kalendárnych dní na jedného poistenca</p>	20,00

3. Cenou výkonu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena výkonu v €
4M04004	<p>Konzultačná – expertná kolposkopia</p> <p>Výkon sa uhrádza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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	<p>Punch biopsia</p> <p>Výkon sa uhrádza:</p> <p>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.</p>	15

1.

III. Špecializovaná ambulantná starostlivosť

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

Špecifikácia výkonov a podmienok úhrady	cena bodu v €
Výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti (ďalej aj ako „ŠAS“) s výnimkou iných výkonov ŠAS špecifikovaných v tejto tabuľke.	0,0305
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.	0,0305
Výkony s kódmi 60, 60r, 62, 63, 200, 201, 204, 2018, 2018a, 2100, 2101, 2106	0,0335
<p>Cielené artrologické vyšetrenie</p> <p>Výkon s kódom 1A02072 zahŕňa nasledovné činnosti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vyšetrenie periférnych kĺbov - vyšetrenie ich tvaru, teploty, farby kože nad kĺbami, vyšetrenie zmien na koži a adnexách, hybnosti kĺbov a rozsahu pohybov, hodnotenie zvukových fenoménov, vyšetrenie funkčných porúch kĺbov, vyšetrenie úponov. • Vyšetrenie chrbtice - postavenie, palpačné vyšetrenie stavcov, stavcových výbežkov, paravertebrálnych svalov, hybnosti, deformít, postavenia lopatiek, panvy, gluteálneho svalstva, stuhlosti svalstva, vyšetrenie dýchacích exkurzií, vyšetrenie entezopatických zmien, vyšetrenie pohyblivosti jednotlivých úsekov chrbtice. <p>Podmienky úhrady výkonu:</p> <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, • je možné kombinovať s výkonmi č. 60, 60r, 62 a 63, • nie je možné kombinovať s výkonmi č. 66, 503 a 504, • výkon sa ohodnocuje 1300 bodmi. <p>Maximálna frekvencia vykazovania výkonu: 3x za 12 mesiacov.</p>	0,0305
<p>Výkon s kódom 15d sa ohodnocuje 150 bodmi.</p> <p>Výkon popisu RTG natívnej snímky vykonaný lekárom špecialistom v súvislosti s uskutočneným zdravotným výkonom Akceptuje sa u odborností ŠAS s kódmi: 001, 003, 007, 010, 011, 012, 013, 014, 027, 037, 045, 049, 107, 108, 109, 114, 145, 155, 156.</p> <p>Zápis o vykonaní výkonu lekár založí do zdravotnej dokumentácie, ktorá bude spolu s popisom RTG vyšetrenia v prípade požiadania predložená revíznemu lekárovi zdravotnej poisťovne.</p> <p>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.</p>	0,02

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.	0,00973
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	0,01044
Výkony s kódmi 5330*, 5331*, 5332*	0,0055
Výkony s kódmi 5727, 5766*, 5769*, 5770*, 5771*, 5772*, 5775*, 5778*, 5793*, 5794*, 5795*	0,0226
Výkon C - reaktívny proteín s kódom 4571a*, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil (380 bodov)	0,015

*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. Príslušnou cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné výkony ŠAS:

Kód výkonu	Počet bodov	Špecifikácia podmienok úhrady
60	420	
60r	480	
62	270	
63	210	
65	200	
66	320	
67	200	
62b	900	<p>Vyšetrenie pacienta s potvrdeným ochorením COVID-19</p> <p>Diagnostické iniciálne alebo kontrolné vyšetrenie u pacienta s potvrdeným ochorením Covid 19 obsahuje cieľnú anamnézu, popis subjektívnych ťažkostí a objektívne fyzikálne vyšetrenie so zameraním na konkrétny symptóm, syndróm alebo diagnózu, zhodnotenie dostupných laboratórných, pomocných a konziliárnych vyšetrení, stanovenie diagnózy, vypísanie lekárskej správy, vypísanie lekárskeho predpisov, prípadne lekárskeho poukazov, vypísanie žiadaniek, indikácia potrebných laboratórných, pomocných alebo iných odborných vyšetrení, odporúčanie terapie a ďalšieho postupu, prípadne termínu najbližšej kontroly.</p> <p>Výkon:</p> <ul style="list-style-type: none"> - vykazuje príslušný lekár špecialista v prípade, že bolo indikované odborné vyšetrenie v niektorom špecializačnom odbore u pacienta s ochorením COVID-19, so základnou diagnózou inou ako je U07.1, - sa vykonáva s použitím osobných ochranných pomôcok, - nie je možné súčasne vykazovať na úhradu do zdravotnej poisťovne s výkonom 67, - sa uhrádza maximálne 1x za deň u jedného poistenca s potvrdeným laboratórnym výsledkom (PCR test) alebo antigénovým testom na prítomnosť SARS-CoV-2 nie starším ako 14 dní v deň poskytnutia výkonu.

4. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné výkony telemedicíny za podmienok úhrady uvedených v tejto tabuľke:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
1b	<p>Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty alebo telefonicky (160 bodov)</p> <p>Konzultácia s pacientom prostredníctvom elektronickej pošty (email), SMS alebo telefonicky obsahuje cieľnú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly, vo vzťahu k jednému orgánovému systému, popis subjektívnych ťažkostí, diagnostický záver, poučenie o diéte a životospráve, v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplývajú z konzultácie ohľadom zdravotného stavu, prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára, poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie.</p> <p>Vykazovanie výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta, - zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii, - súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný čas poskytnutia zdravotného výkonu, popis zdravotného výkonu, prípadne dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne aj záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, - výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta, - vykazuje sa samostatne, najviac 1x za deň, - maximálna frekvencia 3x v kalendárnom mesiaci. 	0,035
11a	<p>Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor), (210 bodov)</p> <p>Konzultácia s pacientom prostredníctvom doložiteľnej videokomunikácie (musí prebehnúť priamy videoprenos cez webovú aplikáciu alebo videohovor) v online prostredí v danom čase, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie, realizáciu fotografií pacienta / vyšetrovaného orgánu pre pridanie do zdravotnej dokumentácie a obsahuje cieľnú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom alebo k psychickej poruche, zhodnotenie výsledkov, vypísanie receptov, prípadne vypísanie žiadaniek na ďalšie vyšetrenie, poučenie pacienta, diagnostický záver, určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy</p>	0,035

	<p>iného lekára.</p> <p>Vykazovanie zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - výkon sa vykazuje ako komplexná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia, - súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný čas poskytnutia zdravotného výkonu, popis zdravotného výkonu, diagnostický záver, ak je potrebné dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, - vykazuje sa samostatne, najviac 1x deň. 	
70	<p>Opätovné lekárske vystavenie receptov a (alebo) poukazov na základe požiadavky pacienta prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefónu (40 bodov)</p> <p>Popis výkonu: vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronickou formou pre lieky/zdravotné pomôcky/dietetické potraviny</p> <p>Vykazovanie výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta, - súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj z online prostredia, údaj, kedy bol recept a/alebo poukaz vypísaný a údaj o predpise lieku/zdravotnej pomôcky/dietetických potravín pacientovi prostredníctvom elektronických služieb, - výkon sa vzťahuje na jedného pacienta bez ohľadu na počet liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín, ktoré boli pacientovi predpísané, najviac 1x za deň, bez ohľadu na počet vystavených receptov a/alebo poukazov, - ak ide o elektronický predpis liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín typu opakovaný recept (preskripčný záznam s poznámkou „REPETATUR“) výkon sa vykazuje samostatne za každý vystavený recept a/alebo poukaz, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi, <p>maximálna frekvencia: 3x v kalendárnom mesiaci.</p>	0,035
1b 11a 70	<p>Spoločné podmienky vykazovania a uhrádzania výkonov 1b, 11a a 70</p> <p>Union zdravotná poisťovňa, a. s. výkony akceptuje len za predpokladu, že relevantnú medicínsku radu alebo konzultáciu je možné poskytnúť poisťencovi alebo jeho zákonnému zástupcovi telefonickou formou alebo formou videohovoru alebo inou elektronickou formou s ohľadom na zdravotný stav poistenca pri zachovaní správnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.. Telefonický rozhovor alebo videohovor alebo iná elektronická komunikácia medzi pacientom a lekárom musí bezprostredne súvisieť s problematikou diagnostickej alebo terapeutkej starostlivosti. Poskytovateľ v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z. vykoná zápis do zdravotnej dokumentácie daného poistenca o poskytnutí telefonickej rady poisťencovi Union ZP alebo jeho zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom poistenca v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z. s tým, že v zápise uvedie aj tel. kontakt alebo mailový kontakt poistenca, na ktorom mu bola poskytnutá rada.</p> <p>Výkony nie je možné vzájomne kombinovať a ani kombinovať s inými výkonmi. Zo strany poskytovateľa sú dodržané ostatné podmienky úhrady výkonov vyplývajúce z príslušných zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v platnom znení a všeobecne záväzných právnych predpisov.</p> <p>Nástroj použitý na videokonzultáciu spĺňa základné parametre bezpečnosti prenosu dát a ochrany osobných údajov podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov a nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) č. 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (tzv. nariadenie GDPR).</p> <p>Prenos dát pri videohovore medzi pacientom a lekárom je zabezpečený takým spôsobom, že obsah videohovoru nie je dostupný ani prevádzkovateľovi nástroja, keď prevádzkovateľom nie je samotné zdravotnícke zariadenie; takého zabezpečenia je možné docieľiť tým, že hovor je po celú dobu šifrovaný a nie je distribuovaný cez ďalšie aplikačné servery. Nástroj pre registráciu pacienta nevyžaduje údaje, okrem tých, ktoré sú nevyhnutné pre samotné spustenie videohovoru.</p>	0,035

5. Cenou výkonu sa uhrádzajú nasledovné výkony:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena za výkon v €
629b*	<p>Skríningový antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou</p> <p>Obsahová náplň výkonu:</p> <p>Skríningový, rýchly antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou zahŕňa odber biologického materiálu na stanovenie antigénov SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou pomocou prístroja na odčítanie výsledku reakcie, vrátane použitia osobných ochranných pracovných prostriedkov a dezinfekcie. Zdravotný výkon vykonáva lekár alebo sestra, sestra špecialistka alebo iný zdravotnícky pracovník. Vyhodnotenie je súčasťou zdravotného výkonu.</p>	10,20

	<p>Výkon:</p> <ul style="list-style-type: none"> - je indikovaný na základe klinickej (nie výlučne epidemiologickej) indikácie ošetrojúceho lekára, - uhrádza sa u symptomatického pacienta s klinickými príznakmi respiračného syndrómu, - vykazuje sa diagnózou U07.1 alebo U07.2, - sa uhrádza u jedného poistenca maximálne 2x za 30 dní, - bol zrealizovaný za pomoci certifikovaného antigénového testu. <p>Odber pre účely výkonu sa vykonáva s použitím osobitných ochranných pracovných prostriedkov:</p> <ul style="list-style-type: none"> - respirátor FFP2-3 prekrytý rúškom, - ochranný plastický tvárový štít alebo okuliare, - jednorazové rukavice. <p>Zároveň sú splnené aj tieto podmienky:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zrealizuje sa dezinfekcia bezprostredného priestoru po odbere pre účely daných výkonov, - poskytovateľ v prípade pozitívne testovaného poistenca zabezpečil ďalší manažment starostlivosti o pacienta. <p>Výkony 629a a 629b nie je možné vzájomne kombinovať pri jednom vyšetrení pacienta.</p>	
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 hlbokej žilovej trombózy a/alebo pľúcnej embólie, - s kódmi choroby: I26.-, I26.0, I26.9, I80.0-I83.9, I87.0-I88.-, - maximálne 1x denne u jedného poistenca. <p>Vyšetrenie nie je povolené vykázat', ak poskytovateľ v ten istý deň indikoval vykonanie daného vyšetrenia aj u iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.</p>	8,95
H0007*	<p>Meranie INR z kapilárnej krvi (ďalej aj ako „vyšetrenie INR“) sa uhrádza, ak poskytovateľ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - je držiteľom certifikátu o absolvovaní certifikačného školenia na Lekárskej fakulte Slovenskej zdravotníckej univerzity (LF SZU) alebo predloží písomné čestné vyhlásenie, že sa oboznámil a bude dodržiavať postupy antikoagulačnej liečby zverejnené na webovom sídle zdravotnej poisťovne, - je účastníkom povinného externého hodnotenia kvality akreditovaným prevádzkovateľom EHK so získaním osvedčenia o účasti a absolvovaní externého hodnotenia kvality v dvojročnom cykle, - je držiteľom Prehlásenia ES o zhode P.O.C.T. prístroja podľa smernice IVD; technická špecifikácia prístroja je v zhode s ISO 17593 a ISO 22870 a metrologická nadväznosť merania je v súlade s WHO, - dodržiava indikácie a štandardné terapeutické postupy pri výkone zdravotného výkonu, - správne vedie a archivuje zdravotnú dokumentáciu vrátane písomného záznamu o posúdení rizika krvácania a určenia rizika tromboembolizmu pri nastavovaní pacienta na antikoagulačnú liečbu, - vedie dokumentáciu údržby P.O.C.T. prístroja v predpísanom režime. - je povinný v polročných intervaloch vyhodnotiť a v dokumentácii zaznamenať hodnotu TTR. - Vyšetrenie INR nie je povolené vykázat', ak súčasne v ten istý deň bolo toto vyšetrenie indikované do laboratória. <p>Maximálna frekvencia vyšetrení INR u jedného poistenca je 16x za rok.</p>	5,88
H0008*	<p>Obsahom zdravotného výkonu je stanovenie indexu ABI oscilometrickou metódou, meranie a vyhodnotenie indexu ABI na štyroch končatinách na zistenie zvýšeného rizika ischemickej choroby dolných končatín.</p> <p>Výkon sa uhrádza, ak:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bol poskytnutý poistencovi s minimálne jedným rizikovým faktorom - podozrenie na ischemickú chorobu dolných končatín, arteriálna hypertenzia, abnormálne EKG, diabetes mellitus, obezita, fajčenie, vysoká hladina celkového cholesterolu, porucha metabolizmu lipidov, - nebude súčasne vykázaný v ambulancii všeobecnej ambulantnej starostlivosti. 	6,78

*Výkony 3860, H0007, H0008 sa uhrádzajú u odbornosti vnútorné lekárstvo, kardiológia, angiológia a cievná 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 cievná chirurgia je poskytovateľ povinný disponovať dokladom o vlastníctve alebo prenájme prístroja s platným certifikátom (vyhlásením o zhode), zaškolením výrobcu alebo distribútorom prístroja a na vyžiadanie zdravotnej poisťovne tieto doklady predložiť v origináli k nahliadnutiu zdravotnej poisťovni alebo vo forme kópie ich doručiť zdravotnej poisťovni. U iných odbornosti ako je vnútorné lekárstvo, kardiológia, angiológia a cievná chirurgia zdravotná poisťovňa môže výkony 3860, H0007, H0008 zazmluvniť, ak poskytovateľ medicínsky zdôvodní žiadosť o zazmluvnenie daných výkonov za súčasného splnenia povinnosti poskytovateľa podľa bodu 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. Výkon 629b zdravotná poisťovňa môže zazmluvniť 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.

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

Kód IPP	Suma (€)	K výkonu s kódom	Akceptované u odborností ŠAS
IPP1	3,50	60	002; 018; 027; 040; 140;
IPP2	3,00	62	002; 018; 027; 040; 140;
IPP3	2,00	63	002; 018; 027; 040; 140;
IPP4	5,50	60	001; 003, 004; 060; 064; 116; 156
IPP5	4,00	62	001; 003, 004; 060; 064; 116; 156
IPP6	3,00	63	001; 003, 004; 060; 064; 116; 156
IPP7	1,00	60r	045; 145

7. 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 výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti:

Špecifikácia výkonov a podmienok úhrady	Cena bodu v €
Výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti (ďalej aj ako „ŠAS“) s výnimkou iných výkonov ŠAS špecifikovaných v tejto tabuľke.	0,0305*
Výkony s kódmi 60, 62, 63, 755, 756, 760, 761, 762, 763, 763a	0,0335*

2. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné výkony telemedicíny za podmienok úhrady uvedených v tejto tabuľke:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
1b	<p>Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty alebo telefonicky (160 bodov)</p> <p>Konzultácia s pacientom prostredníctvom elektronickej pošty (email), SMS alebo telefonicky obsahuje cieľnú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly, vo vzťahu k jednému orgánovému systému, popis subjektívnych ťažkostí, diagnostický záver, poučenie o diéte a životospráve, v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplynuli z konzultácie ohľadom zdravotného stavu, prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára, poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie.</p> <p>Vykazovanie výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - výkon sa vyказuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta, - zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii, - súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný čas poskytnutia zdravotného výkonu, popis zdravotného výkonu, prípadne dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne aj záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára, - výkon sa nevyказuje súčasne s inými výkonmi, - výkon sa nevyказuje pre telefonické objednávanie pacienta, - vyказuje sa samostatne, najviac 1x za deň, - maximálna frekvencia: 3x v kalendárnom mesiaci. 	0,035
11a	<p>Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor), (210 bodov)</p> <p>Konzultácia s pacientom prostredníctvom doložiteľnej videokomunikácie (musí prebehnúť priamy videoprenos cez webovú aplikáciu alebo videohovor) v online prostredí v danom čase, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie, realizáciu fotografií pacienta / vyšetrovaného orgánu pre prídanie do zdravotnej</p>	0,035

	<p>dokumentácie a obsahuje ciele anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom alebo k psychickej poruche, zhodnotenie výsledkov, vypísanie receptov, prípadne vypísanie žiadaniek na ďalšie vyšetrenie, poučenie pacienta, diagnostický záver, určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára.</p> <p>Vykazovanie zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - výkon sa vyказuje ako komplexná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia, - súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný čas poskytnutia zdravotného výkonu, popis zdravotného výkonu, diagnostický záver, ak je potrebné dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára, - výkon sa nevyказuje súčasne s inými výkonmi, - vyказuje sa samostatne, najviac 1x deň. 	
70	<p>Opätovné lekárske vystavenie receptov a (alebo) poukazov na základe požiadavky pacienta prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefónu (40 bodov)</p> <p>Popis výkonu: vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronickou formou pre lieky/zdravotné pomôcky/dietetické potraviny</p> <p>Vykazovanie výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - výkon sa vyказuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta, - súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj z online prostredia, údaj, kedy bol recept a/alebo poukaz vypísaný a údaj o predpise lieku/zdravotnej pomôcky/dietetických potravín pacientovi prostredníctvom elektronickej služby, - výkon sa vzťahuje na jedného pacienta bez ohľadu na počet liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín, ktoré boli pacientovi predpísané, najviac 1x za deň, bez ohľadu na počet vystavených receptov a/alebo poukazov, - ak ide o elektronický predpis liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín typu opakovaný recept (preskripčný záznam s poznámkou „REPETATUR“) výkon sa vyказuje samostatne za každý vystavený recept a/alebo poukaz, - výkon sa nevyказuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi, <p>maximálna frekvencia: 3x v kalendárnom mesiaci.</p>	0,035
1b 11a 70	<p>Spoločné podmienky vykazovania a uhrádzania výkonov 1b, 11a a 70</p> <p>Union zdravotná poisťovňa, a. s. výkony akceptuje len za predpokladu, že relevantnú medicínsku radu alebo konzultáciu je možné poskytnúť poistencovi alebo jeho zákonnému zástupcovi telefonickou formou alebo formou videohovoru alebo inou elektronickou formou s ohľadom na zdravotný stav poistenca pri zachovaní správnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.. Telefonický rozhovor alebo videohovor alebo iná elektronická komunikácia medzi pacientom a lekárom musí bezprostredne súvisieť s problematikou diagnostickej alebo terapeutickje starostlivosti. Poskytovateľ v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z. vykoná zápis do zdravotnej dokumentácie daného poistenca o poskytnutí telefonické rady poistencovi Union ZP alebo jeho zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom poistenca v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z. s tým, že v zápise uvedie aj tel. kontakt alebo mailový kontakt poistenca, na ktorom mu bola poskytnutá rada.</p> <p>Výkony nie je možné vzájomne kombinovať a ani kombinovať s inými výkonmi. Zo strany poskytovateľa sú dodržané ostatné podmienky úhrady výkonov vyplývajúce z príslušných zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v platnom znení a všeobecne záväzných právnych predpisov.</p> <p>Nástroj použitý na videokonzultáciu spĺňa základné parametre bezpečnosti prenosu dát a ochrany osobných údajov podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov a nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) č. 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (tzv. nariadenie GDPR).</p> <p>Prenos dát pri videohovore medzi pacientom a lekárom je zabezpečený takým spôsobom, že obsah videohovoru nie je dostupný ani prevádzkovateľovi nástroja, keď prevádzkovateľom nie je samotné zdravotnícke zariadenie; takéto zabezpečenia je možné docieľiť tým, že hovor je po celú dobu šifrovaný a nie je distribuovaný cez ďalšie aplikačné servery. Nástroj pre registráciu pacienta nevyžaduje údaje, okrem tých, ktoré sú nevyhnutné pre samotné spustenie videohovoru.</p>	0,035

3. 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.	0,00973

Výkony s kódmi 5153a, 5153b a výkony* z kapitoly „IV. ULTRAZVUK – USG“ v Katalógu zdravotných výkonov vydaného nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z. v platnom znení	0,01044
Výkon C - reaktívny proteín s kódom 4571a*, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil (380 bodov)	0,015

*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. Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0735 €** uhrádzajú zdravotné výkony preventívnej gastroenterologickej prehliadky podľa prílohy č. 2 k zákonu č. 577/2004 Z. z., v znení neskorších predpisov:

a) poskytovateľovi **zaradenému** do programu skríningu kolorektálneho karcinómu v zmysle Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva SR pre realizáciu programu skríningu kolorektálneho karcinómu³⁾, 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	1 500	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov
760sn 760pn	vykazuje sa v prípade negatívneho nálezu s kódom choroby Z12.1		
763sp 763pp	vykazuje sa v prípade pozitívneho nálezu s kódom choroby Z12.1	3 000	
763sn 763pn	vykazuje sa v prípade negatívneho nálezu s kódom choroby Z12.1		

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

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	3 000

5. 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 (výslednej) ceny bodu za výkony ŠAS podľa tejto prílohy. 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	
62b	900	Vyšetrenie pacienta s potvrdeným ochorením COVID-19 Diagnostické iniciálne alebo kontrolné vyšetrenie u pacienta s potvrdeným ochorením Covid 19 obsahuje cieľnú anamnézu, popis subjektívnych ťažkostí a objektívne fyzikálne vyšetrenie so zameraním na konkrétny symptóm, syndróm alebo diagnózu, zhodnotenie dostupných laboratórných, pomocných a konziliárnych vyšetrení, stanovenie diagnózy, vypísanie lekárskej správy, vypísanie lekárskeho predpisov, prípadne lekárskeho poukazov, vypísanie žiadaniek, indikácia potrebných laboratórných, pomocných alebo iných odborných vyšetrení, odporúčanie terapie a ďalšieho postupu, prípadne termínu najbližšej kontroly. Výkon: - vykazuje príslušný lekár špecialista v prípade, že bolo indikované odborné vyšetrenie v niektorom špecializačnom odbore u pacienta s ochorením COVID-19, so základnou diagnózou inou ako je U07.1, - sa vykonáva s použitím osobných ochranných pomôcok, - nie je možné súčasne vykazovať na úhradu do zdravotnej poisťovne s výkonom 67, - sa uhrádza maximálne 1x za deň u jedného poistenca s potvrdeným laboratórnym výsledkom (PCR test) alebo antigénovým testom na prítomnosť SARS-CoV-2 nie starším ako 14 dní v deň poskytnutia výkonu.

³⁾ Zoznam endoskopických pracovísk a zoznam špecialistov oprávnených na výkon skríningu kolorektálneho karcinómu je zverejnený na www.health.gov.sk.

6. Cenou výkonu sa uhrádzajú nasledovné výkony:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena za výkon v €
629b*	<p>Skríningový antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou</p> <p>Obsahová náplň výkonu: Skríningový, rýchly antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou zahŕňa odber biologického materiálu na stanovenie antigénov SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou pomocou prístroja na odčítanie výsledku reakcie, vrátane použitia osobných ochranných pracovných prostriedkov a dezinfekcie. Zdravotný výkon vykonáva lekár alebo sestra, sestra špecialistka alebo iný zdravotnícky pracovník. Vyhodnotenie je súčasťou zdravotného výkonu.</p> <p>Výkon:</p> <ul style="list-style-type: none"> - je indikovaný na základe klinickej (nie výlučne epidemiologickej) indikácie ošetrojúceho lekára, - uhrádza sa u symptomatického pacienta s klinickými príznakmi respiračného syndrómu, - vykazuje sa diagnózou U07.1 alebo U07.2, - sa uhrádza u jedného poistenca maximálne 2x za 30 dní, - bol zrealizovaný za pomoci certifikovaného antigénového testu. <p>Odber pre účely výkonu sa vykonáva s použitím osobitných ochranných pracovných prostriedkov:</p> <ul style="list-style-type: none"> - respirátor FFP2-3 prekrytý rúškom, - ochranný plastický tvárový štít alebo okuliare, - jednorazové rukavice. <p>Zároveň sú splnené aj tieto podmienky:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zrealizuje sa dezinfekcia bezprostredného priestoru po odbere pre účely daných výkonov, - poskytovateľ v prípade pozitívne testovaného poistenca zabezpečil ďalší manažment starostlivosti o pacienta. <p>Výkony 629a a 629b nie je možné vzájomne kombinovať pri jednom vyšetrení pacienta.</p>	10,20

*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.

7. V prípade, že poskytovateľ pri poskytovaní ambulantnej zdravotnej starostlivosti špecializovaný použije 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.

B. Špecializovaná ambulantná starostlivosť v špecializačnom odbore urológia

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

Špecifikácia výkonov a podmienok úhrady	Cena bodu v €
Výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti (ďalej aj ako „ŠAS“) s výnimkou iných výkonov ŠAS špecifikovaných v tejto tabuľke.	0,0305
Výkony s kódmi 60, 62, 63	0,0335
<p>Výkon 15d sa ohodnocuje 150 bodmi.</p> <p>Výkon popisu RTG natívnej snímky vykonaný lekárom špecialistom v súvislosti s uskutočneným zdravotným výkonom.</p> <p>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.</p>	0,02
<p>Výkon 158 sa vykazuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> - u poistencov od 40. roku veku 1x 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. <p>Môže sa vykázať s výkonom 5302.</p>	0,079

2. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné výkony telemedicíny za podmienok úhrady uvedených v tejto tabuľke:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
1b	<p>Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty alebo telefonicky (160 bodov)</p> <p>Konzultácia s pacientom prostredníctvom elektronickej pošty (email), SMS alebo telefonicky obsahuje cieľnú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly, vo vzťahu k jednému orgánovému systému, popis subjektívnych ťažkostí, diagnostický záver, poučenie o diéte a životospráve, v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplynuli z konzultácie ohľadom zdravotného stavu, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára, poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie.</p> <p>Vykazovanie výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta, - zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii, - súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný čas poskytnutia zdravotného výkonu, popis zdravotného výkonu, prípadne dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne aj záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, - výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta, - vykazuje sa samostatne, najviac 1x za deň, - maximálna frekvencia: 3x v kalendárnom mesiaci. 	0,035
11a	<p>Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor), (210 bodov)</p> <p>Konzultácia s pacientom prostredníctvom doložiteľnej videokomunikácie (musí prebehnúť priamy videoprenos cez webovú aplikáciu alebo videohovor) v online prostredí v danom čase, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie, realizáciu fotografií pacienta / vyšetrovaného orgánu pre pridanie do zdravotnej dokumentácie a obsahuje cieľnú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom alebo k psychickej poruche, zhodnotenie výsledkov, vypísanie receptov, prípadne vypísanie žiadaniek na ďalšie vyšetrenie, poučenie pacienta, diagnostický záver, určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára.</p> <p>Vykazovanie zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - výkon sa vykazuje ako komplexná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia, - súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný čas poskytnutia zdravotného výkonu, popis zdravotného výkonu, diagnostický záver, ak je potrebné dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, - vykazuje sa samostatne, najviac 1x deň. 	0,035
70	<p>Opätovné lekárske vystavenie receptov a (alebo) poukazov na základe požiadavky pacienta prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefónu (40 bodov)</p> <p>Popis výkonu: vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronickou formou pre lieky/zdravotné pomôcky/dietetické potraviny</p> <p>Vykazovanie výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta, - súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj z online prostredia, údaj, kedy bol recept a/alebo poukaz vypísaný a údaj o predpise lieku/zdravotnej pomôcky/dietetických potravín pacientovi prostredníctvom elektronických služieb, - výkon sa vzťahuje na jedného pacienta bez ohľadu na počet liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín, ktoré boli pacientovi predpísané, najviac 1x za deň, bez ohľadu na počet vystavených receptov a/alebo poukazov, - ak ide o elektronický predpis liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín typu opakovaný recept (preskripčný záznam s poznámkou „REPETATUR“) výkon sa vykazuje samostatne za každý vystavený recept a/alebo poukaz, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi, <p>maximálna frekvencia: 3x v kalendárnom mesiaci.</p>	0,035
1b 11a 70	<p>Spoločné podmienky vykazovania a uhrádzania výkonov 1b, 11a a 70</p> <p>Union zdravotná poisťovňa, a. s. výkony akceptuje len za predpokladu, že relevantnú medicínsku radu alebo konzultáciu je možné poskytnúť poisťencovi alebo jeho zákonnému zástupcovi telefonickou formou alebo formou videohovoru alebo inou elektronickou formou s ohľadom na zdravotný stav poistenca pri zachovaní správnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.. Telefonický rozhovor alebo</p>	0,035

	<p>videohovor alebo iná elektronická komunikácia medzi pacientom a lekárom musí bezprostredne súvisieť s problematikou diagnostickej alebo terapeutickú starostlivosti. Poskytovateľ v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z. vykoná zápis do zdravotnej dokumentácie daného poistenca o poskytnutí telefonického rady poistencovi Union ZP alebo jeho zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom poistenca v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z. s tým, že v zápise uvedie aj tel. kontakt alebo mailový kontakt poistenca, na ktorom mu bola poskytnutá rada.</p> <p>Výkony nie je možné vzájomne kombinovať a ani kombinovať s inými výkonmi. Zo strany poskytovateľa sú dodržané ostatné podmienky úhrady výkonov vyplývajúce z príslušných zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v platnom znení a všeobecne záväzných právnych predpisov.</p> <p>Nástroj použitý na videokonzultáciu spĺňa základné parametre bezpečnosti prenosu dát a ochrany osobných údajov podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov a nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) č. 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (tzv. nariadenie GDPR).</p> <p>Prenos dát pri videohovore medzi pacientom a lekárom je zabezpečený takým spôsobom, že obsah videohovoru nie je dostupný ani prevádzkovateľovi nástroja, keď prevádzkovateľom nie je samotné zdravotnícke zariadenie; takého zabezpečenia je možné docieľiť tým, že hovor je po celú dobu šifrovaný a nie je distribuovaný cez ďalšie aplikačné servery. Nástroj pre registráciu pacienta nevyžaduje údaje, okrem tých, ktoré sú nevyhnutné pre samotné spustenie videohovoru.</p>	
--	---	--

3. 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.	0,00973
Výkony s kódmi 5153a, 5153b a výkony* z kapitoly „IV. ULTRAZVUK – USG“ v Katalógu zdravotných výkonov vydaného nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z. v platnom znení	0,01044
Výkon C - reaktívny proteín s kódom 4571a*, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil (380 bodov)	0,015

*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	<p>Cena výkonu sa určí ako súčin počtu bodov podľa tejto tabuľky a (výslednej) ceny bodu za výkony ŠAS podľa tejto časti prílohy.</p> <p>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).</p>
62	270	
63	210	
65	200	
66	320	
67	200	
62b	900	<p>Vyšetrenie pacienta s potvrdeným ochorením COVID-19</p> <p>Diagnostické iniciálne alebo kontrolné vyšetrenie u pacienta s potvrdeným ochorením Covid 19 obsahuje cieľenú anamnézu, popis subjektívnych ťažkostí a objektívne fyzikálne vyšetrenie so zameraním na konkrétny symptóm, syndróm alebo diagnózu, zhodnotenie dostupných laboratórných, pomocných a konziliárnych vyšetrení, stanovenie diagnózy, vypísanie lekárskej správy, vypísanie lekárskeho predpisov, prípadne lekárskeho poukazov, vypísanie žiadaniek, indikácia potrebných laboratórných, pomocných alebo iných odborných vyšetrení, odporúčanie terapie a ďalšieho postupu, prípadne termínu najbližšej kontroly.</p> <p>Výkon:</p> <ul style="list-style-type: none"> - vykazuje príslušný lekár špecialista v prípade, že bolo indikované odborné vyšetrenie v niektorom špecializačnom odbore u pacienta s ochorením COVID-19, so základnou diagnózou inou ako je U07.1, - sa vykonáva s použitím osobných ochranných pomôcok, - nie je možné súčasne vykazovať na úhradu do zdravotnej poisťovne s výkonom 67, - sa uhrádza maximálne 1x za deň u jedného poistenca s potvrdeným laboratórnym výsledkom (PCR test) alebo antigénovým testom na prítomnosť SARS-CoV-2 nie starším ako 14 dní v deň poskytnutia výkonu.

5. Cenou výkonu sa uhrádza nasledovný výkon:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena za výkon v €
629b*	<p>Skríningový antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou Obsahová náplň výkonu: Skríningový, rýchly antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou zahŕňa odber biologického materiálu na stanovenie antigénov SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou pomocou prístroja na odčítanie výsledku reakcie, vrátane použitia osobných ochranných pracovných prostriedkov a dezinfekcie. Zdravotný výkon vykonáva lekár alebo sestra, sestra špecialistka alebo iný zdravotnícky pracovník. Vyhodnotenie je súčasťou zdravotného výkonu.</p> <p>Výkon:</p> <ul style="list-style-type: none"> - je indikovaný na základe klinickej (nie výlučne epidemiologickej) indikácie ošetrojúceho lekára, - uhrádza sa u symptomatického pacienta s klinickými príznakmi respiračného syndrómu, - vykazuje sa diagnózou U07.1 alebo U07.2, - sa uhrádza u jedného poistenca maximálne 2x za 30 dní, - bol zrealizovaný za pomoci certifikovaného antigénového testu. <p>Odber pre účely výkonu sa vykonáva s použitím osobitných ochranných pracovných prostriedkov:</p> <ul style="list-style-type: none"> - respirátor FFP2-3 prekrytý rúškom, - ochranný plastický tvárový štít alebo okuliare, - jednorazové rukavice. <p>Zároveň sú splnené aj tieto podmienky:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zrealizuje sa dezinfekcia bezprostredného priestoru po odbere pre účely daných výkonov, - poskytovateľ v prípade pozitívne testovaného poistenca zabezpečil ďalší manažment starostlivosti o pacienta. - Výkony 629a a 629b nie je možné vzájomne kombinovať pri jednom vyšetrení pacienta. 	10,20
5153C*	<p>Punkcia alebo biopsia prostaty pod USG kontrolou Podmienky úhrady výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - výkon zrealizoval urológ so špecializáciou v špecializačnom odbore urológie I. stupňa s certifikátom v certifikovanej pracovnej činnosti intervenčná ultrasonografia v urológii, - výkon je možné kombinovať s výkonmi 63 a 5304, - poskytovateľ má technické vybavenie: USG prístroj, bioptická pištoľ, transrektálna sonda. 	150
4L03003	<p>Cystoskopia optickým flexibilným cystoskopom. Nie je možné kombinovať s rigidnou cystoskopiou, ktorá je vykazovaná pod kódom 1784 (u ženy) resp. 1785 (u muža).</p>	94
4L03004	<p>Cystoskopia digitálnym flexibilným cystoskopom. Nie je možné kombinovať s rigidnou cystoskopiou, ktorá je vykazovaná pod kódom 1784 (u ženy) resp. 1785 (u muža).</p>	94

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

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 uvedenej v Zozname ŠZM zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne, je tento rozdiel zahrnutý do zdravotného výkonu, v súvislosti s ktorou bol ŠZM použitý. Týmto nie je dotknutá výška doplatku poistenca na úhradu ŠZM.

C. Špecializovaná ambulantná starostlivosť v odbore psychiatria, medicína drogových závislostí, gerontopsychiatria, detská psychiatria, neuropsychiatria, psychiatrická sexuológia, klinická psychológia a psychoterapia

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

Špecifikácia výkonov a podmienok úhrady	Cena bodu v €
Výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti (ďalej aj ako „ŠAS“) s výnimkou iných výkonov ŠAS špecifikovaných v tejto tabuľke.	0,0305

Výkony s kódmi 820, 821, 822, 825, 826, 841, 842, 845, 847, 867	0,0335
--	---------------

2. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné výkony telemedicíny za podmienok úhrady uvedených v tejto tabuľke:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
1b	<p>Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty alebo telefonicky (160 bodov)</p> <p>Konzultácia s pacientom prostredníctvom elektronickej pošty (email), SMS alebo telefonicky obsahuje cieľnú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly, vo vzťahu k jednému orgánovému systému, popis subjektívnych ťažkostí, diagnostický záver, poučenie o diéte a životospráve, v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplynuli z konzultácie ohľadom zdravotného stavu, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára, poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie.</p> <p>Vykazovanie výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta, - zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii, - súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný čas poskytnutia zdravotného výkonu, popis zdravotného výkonu, prípadne dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne aj záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, - výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta, - vykazuje sa samostatne, najviac 1x za deň, - maximálna frekvencia 3x v kalendárnom mesiaci. 	0,035
1c*	<p>Krízová psychoterapeutická intervencia alebo Individuálna psychoterapia alebo psychodiagnostický rozhovor s pacientom prostredníctvom telefonického rozhovoru alebo videohovoru</p> <p>Popis výkonu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Krízová psychoterapeutická intervencia v trvaní najmenej 45 minút – obsahuje cieľnú anamnézu/heteroanamnézu, popis subjektívnych ťažkostí, krízovú psychoterapeutickú intervenciu ako okamžité opatrenie pri akútnej psychickej dekompenzácii (napríklad pokus o samovraždu), diagnostický záver, poučenie o psychohygiene, v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára, poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie. alebo 2. Individuálna psychoterapia v trvaní najmenej 50 minút. alebo 3. Psychodiagnostický rozhovor so súčasným zisťovaním biografickej anamnézy na psychoterapeutické účely, s písomným záznamom vrátane rady pacientovi v trvaní najmenej 20 minút. <p>Vykazovanie výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez osobnej prítomnosti pacienta, - zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii, - súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný čas poskytnutia zdravotného výkonu, popis zdravotného výkonu, prípadne dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, - výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta, - výkon sa vykazuje samostatne, najviac 1x za deň, - opakované vykávanie v jednom liečebnom prípade vyžaduje osobitné zdôvodnenie v zdravotnej dokumentácii. 	0,035
11a	<p>Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor), (210 bodov)</p> <p>Konzultácia s pacientom prostredníctvom doložiteľnej videokomunikácie (musí prebehnúť priamy videoprenos cez webovú aplikáciu alebo videohovor) v online prostredí v danom čase, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie, realizáciu fotografií pacienta / vyšetrovaného orgánu pre prídanie do zdravotnej dokumentácie a obsahuje cieľnú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom alebo k psychickej poruche, zhodnotenie výsledkov, vypísanie receptov, prípadne vypísanie žiadaniek na ďalšie vyšetrenie, poučenie pacienta, diagnostický záver, určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy</p>	0,035

	<p>iného lekára.</p> <p>Vykazovanie zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - výkon sa vykazuje ako komplexná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia, - súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný čas poskytnutia zdravotného výkonu, popis zdravotného výkonu, diagnostický záver, ak je potrebné dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, - vykazuje sa samostatne, najviac 1x deň. 	
70	<p>Opätovné lekárske vystavenie receptov a (alebo) poukazov na základe požiadavky pacienta prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefónu (40 bodov)</p> <p>Popis výkonu: vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronickou formou pre lieky/zdravotné pomôcky/dietetické potraviny</p> <p>Vykazovanie výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta, - súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj z online prostredia, údaj, kedy bol recept a/alebo poukaz vypísaný a údaj o predpise lieku/zdravotnej pomôcky/dietetických potravín pacientovi prostredníctvom elektronických služieb, - výkon sa vzťahuje na jedného pacienta bez ohľadu na počet liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín, ktoré boli pacientovi predpísané, najviac 1x za deň, bez ohľadu na počet vystavených receptov a/alebo poukazov, - ak ide o elektronický predpis liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín typu opakovaný recept (preskripčný záznam s poznámkou „REPETATUR“) výkon sa vykazuje samostatne za každý vystavený recept a/alebo poukaz, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi, maximálna frekvencia: 3x v kalendárnom mesiaci. 	0,035
1b 1c 11a 70	<p>Spoločné podmienky vykazovania a uhrádzania výkonov 1b, 1c, 11a a 70</p> <p>Union zdravotná poisťovňa, a. s. výkony akceptuje len za predpokladu, že relevantnú medicínsku radu alebo konzultáciu je možné poskytnúť poisťencovi alebo jeho zákonnému zástupcovi telefonickou formou alebo formou videohovoru alebo inou elektronickou formou s ohľadom na zdravotný stav poistenca pri zachovaní správnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.. Telefonický rozhovor alebo videohovor alebo iná elektronická komunikácia medzi pacientom a lekárom musí bezprostredne súvisieť s problematikou diagnostickej alebo terapeutkej starostlivosti. Poskytovateľ v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z. vykoná zápis do zdravotnej dokumentácie daného poistenca o poskytnutí telefonickej rady poisťencovi Union ZP alebo jeho zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom poistenca v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z. s tým, že v zápise uvedie aj tel. kontakt alebo mailový kontakt poistenca, na ktorom mu bola poskytnutá rada.</p> <p>Výkony nie je možné vzájomne kombinovať a ani kombinovať s inými výkonmi. Zo strany poskytovateľa sú dodržané ostatné podmienky úhrady výkonov vyplývajúce z príslušných zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v platnom znení a všeobecne záväzných právnych predpisov.</p> <p>Nástroj použitý na videokonzultáciu spĺňa základné parametre bezpečnosti prenosu dát a ochrany osobných údajov podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov a nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) č. 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (tzv. nariadenie GDPR).</p> <p>Prenos dát pri videohovore medzi pacientom a lekárom je zabezpečený takým spôsobom, že obsah videohovoru nie je dostupný ani prevádzkovateľovi nástroja, keď prevádzkovateľom nie je samotné zdravotnícke zariadenie; takého zabezpečenia je možné doceliť tým, že hovor je po celú dobu šifrovaný a nie je distribuovaný cez ďalšie aplikačné servery. Nástroj pre registráciu pacienta nevyžaduje údaje, okrem tých, ktoré sú nevyhnutné pre samotné spustenie videohovoru.</p>	0,035

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

3. 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.	0,00973

4. Príslušnou cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné výkony ŠAS:

Kód výkonu	Počet bodov	Špecifikácia podmienok úhrady
65	200	Výkon 65 je možné vykazovať s výkonom 820, 821, 822, 825, 826, 841, 842 a 845:

		a) u poistenca ťažko mobilného, imobilného, mentálne postihnutého, dementného, zrakovo alebo sluchovo postihnutého, b) u detí do dňa ich 10. narodenín (vrátane tohto dňa). V prípadoch uvedených v písm. a) sa výkon 65 vykazuje s kódom daného postihnutia podľa MKCH.
67	200	Výkon 67 je možné vykazovať u detí do dňa ich 10. narodenín (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 (ďalej len „test zdravotnej poisťovne“) alebo MOCA testu, určeného zdravotnou poisťovňou, ktorý/ktorého - sa môže vykonať u poistencov vo veku nad 50 rokov maximálne 1x za dva kalendárne roky, - sa vykazuje s diagnózami v závislosti od výsledku testu: <ul style="list-style-type: none"> • negatívny výsledok testu: Z00.0 (všeobecné lekárske vyšetrenie) • pozitívny výsledok testu: Z03.2 (pozorovanie pri podozrení na duševnú poruchu a poruchu správania), - výstupom je celkové dosiahnuté skóre, - po vyplnení zostáva súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca. Výsledok testu lekár oznámi poistencovi, poskytne mu informácie a v prípade pozitívneho výsledku zabezpečí ďalší manažment zdravotnej starostlivosti o poistenca. Ak je poskytovateľ zastupovaný združením fyzických a/alebo právnických osôb a zdravotná poisťovňa má zámer test zdravotnej poisťovne zmeniť, zdravotná poisťovňa sa zaväzuje vopred túto zmenu prekonzultovať so združením fyzických a/alebo právnických osôb, ktoré poskytovateľa zastupuje.
62b	900	Vyšetrenie pacienta s potvrdeným ochorením COVID-19 Diagnostické iniciálne alebo kontrolné vyšetrenie u pacienta s potvrdeným ochorením Covid 19 obsahuje cieľnú anamnézu, popis subjektívnych ťažkostí a objektívne fyzikálne vyšetrenie so zameraním na konkrétny symptóm, syndróm alebo diagnózu, zhodnotenie dostupných laboratórných, pomocných a konziliárnych vyšetrení, stanovenie diagnózy, vypísanie lekárskej správy, vypísanie lekárskeho predpisov, prípadne lekárskeho poukazov, vypísanie žiadaniek, indikácia potrebných laboratórných, pomocných alebo iných odborných vyšetrení, odporúčanie terapie a ďalšieho postupu, prípadne termínu najbližšej kontroly. Výkon: - vykazuje príslušný lekár špecialista v prípade, že bolo indikované odborné vyšetrenie v niektorom špecializačnom odbore u pacienta s ochorením COVID-19, so základnou diagnózou inou ako je U07.1, - sa vykonáva s použitím osobných ochranných pomôcok, - nie je možné súčasne vykazovať na úhradu do zdravotnej poisťovne s výkonom 67, - sa uhrádza maximálne 1x za deň u jedného poistenca s potvrdeným laboratórnym výsledkom (PCR test) alebo antigénovým testom na prítomnosť SARS-CoV-2 nie starším ako 14 dní v deň poskytnutia výkonu.

5. Cenou výkonu sa uhrádzajú nasledovné výkony:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena za výkon v €
629b*	<p>Skríningový antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou</p> <p>Obsahová náplň výkonu: Skríningový, rýchly antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou zahŕňa odber biologického materiálu na stanovenie antigénov SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou pomocou prístroja na odčítanie výsledku reakcie, vrátane použitia osobných ochranných pracovných prostriedkov a dezinfekcie. Zdravotný výkon vykonáva lekár alebo sestra, sestra špecialistka alebo iný zdravotnícky pracovník. Vyhodnotenie je súčasťou zdravotného výkonu.</p> <p>Výkon: - je indikovaný na základe klinickej (nie výlučne epidemiologickej) indikácie ošetrojúceho lekára, - uhrádza sa u symptomatického pacienta s klinickými príznakmi respiračného syndrómu, - vykazuje sa diagnózou U07.1 alebo U07.2, - sa uhrádza u jedného poistenca maximálne 2x za 30 dní, - bol zrealizovaný za pomoci certifikovaného antigénového testu.</p> <p>Odber pre účely výkonu sa vykonáva s použitím osobitných ochranných pracovných prostriedkov: - respirátor FFP2-3 prekrytý rúškom, - ochranný plastický tvárový štít alebo okuliare, - jednorazové rukavice.</p> <p>Zároveň sú splnené aj tieto podmienky: - zrealizuje sa dezinfekcia bezprostredného priestoru po odbere pre účely daných výkonov,</p>	10,20

	- poskytovateľ v prípade pozitívne testovaného poistenca zabezpečil ďalší manažment starostlivosti o pacienta. Výkony 629a a 629b nie je možné vzájomne kombinovať pri jednom vyšetrení pacienta.	
--	--	--

*Výkon 629b zdravotná poisťovňa zdravotná poisťovňa môže zazmluvniť 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.

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.

IV. 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	46,40

2. Za ošetrovací deň v stacionári sa považuje pobyt poistenca u poskytovateľa na pracovisku **P38561-019-218** v pracovnom dni v trvaní nepresahujúcom 24 hodín (ďalej len „denný pobyt“) v nadväznosti na predchádzajúcu ambulantnú alebo ústavnú zdravotnú starostlivosť.
3. Poistenec môže byť prijatý do stacionára len na odporúčanie lekára špecializovanej ambulantnej starostlivosti, u ktorého je poistenec v dlhodobej alebo dispenzárnej starostlivosti (ďalej len „ošetrojúci lekár“).
4. Maximálny počet denných pobytov v stacionári u jedného poistenca v kalendárnom roku je 30, okrem psychiatrického a onkologického stacionára. V mimoriadnych prípadoch denný pobyt poistenca v stacionári po vyčerpaní 30-tich denných pobytov v kalendárnom roku schvaľuje zdravotná poisťovňa na základe písomnej žiadosti odosielajúceho ošetrojúceho lekára s odôvodnením potreby ďalšej liečby formou denného pobytu v stacionári.
5. Maximálny počet denných pobytov v psychiatrickom a onkologickom stacionári u jedného poistenca v kalendárnom roku je 60. V mimoriadnych prípadoch denný pobyt poistenca po vyčerpaní 60-tich denných pobytov v kalendárnom roku schvaľuje zdravotná poisťovňa na základe písomnej žiadosti odosielajúceho ošetrojúceho lekára s odôvodnením potreby ďalšej liečby formou denného pobytu.
6. V cene ošetrovacieho dňa sú zahrnuté všetky náklady, ktoré súvisia s poskytnutím zdravotnej starostlivosti poistencovi okrem nákladov 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.

V. Jednodňová zdravotná starostlivosť

1. Ak v tejto časti nie je dojednané inak, poskytovateľ vykazuje výkony jednodňovej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „JZS“) a zdravotná poisťovňa ňou uznané výkony JZS uhrádza:
 - a) v rozsahu zazmluvnených odborností JZS podľa prílohy č. 1, ktorá tvorí neoddeliteľnú súčasť tejto zmluvy,
 - b) za podmienok vyplývajúcich zo zmluvy a za podmienok uvedených v dokumente „Cenník jednodňovej zdravotnej starostlivosti“ v znení platnom v čase poskytnutia výkonu JZS a zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne (ďalej len „Cenník JZS“),
 - c) v príslušnej cene určenej v Cenníku JZS pre **klaster 4**, do ktorého je poskytovateľ zaradený.
 2. Zmluvné strany vyhlasujú, že v čase uzavretia zmluvy alebo dodatku ktorej/ktorého súčasťou táto príloha je, sa oboznámili s obsahom Cenníka JZS. V prípade zmeny Cenníka JZS a/alebo zmeny zaradenia poskytovateľa do klastra podľa predchádzajúceho bodu tejto časti prílohy zdravotná poisťovňa o tom informuje poskytovateľa najneskôr 14 dní pred plánovaným dňom účinnosti takýchto zmien.
 3. V cene výkonu JZS sú zahrnuté všetky náklady spojené s jeho vykonaním, t. z. komplexné vyšetrenie poistenca lekárom realizujúcim výkon, poskytnutie výkonu podľa zdravotnej indikácie, použitie zdravotníckych pomôcok (ak nie je ďalej uvedené inak), kompletná anestéziologická starostlivosť (pred, počas i po operácií), v indikovaných prípadoch aj histológia (odoslanie odobratého biologického materiálu, záznam o výsledku v zdravotnej dokumentácii, manažment pacienta v prípade pozitivity nálezu), všetka zdravotná starostlivosť v pooperačnom období súvisiaca s výkonom JZS, rady a poučenia poistenca pred jeho prepustením do domácej starostlivosti vrátane prvej následnej kontroly po prepustení.
 4. V prípade, že poskytovateľ jednodňovej zdravotnej starostlivosti pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti použije nasledovný špeciálny zdravotnícky materiál (ďalej len „ŠZM“):
 - a) prsníkový implantát v špecializačnom odbore plastická chirurgia,
 - b) prsníkový expandér v špecializačnom odbore plastická chirurgia,
 - c) prsníkový expandér – implantát v špecializačnom odbore plastická chirurgia,
 - d) suburetrálna páska v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodníctvo a v špecializačnom odbore urológia,
 - e) vnútroočná šošovka v špecializačnom odbore oftalmológia,
- zdravotná poisťovňa ho uhradí ako pripočítateľnú položku k úhrade výkonu do výšky obstarávacej ceny ŠZM, najviac však do výšky príslušnej maximálnej úhrady zdravotnej poisťovne za ŠZM uvedenej v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne pri súčasnom dodržaní všetkých ostatných príslušných podmienok úhrady ŠZM. Ak je obstarávacia cena ŠZM vyššia ako maximálna úhrada zdravotnej poisťovne za ŠZM ako pripočítateľnej položky uvedenej v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne, je tento rozdiel zahrnutý do úhrady výkonu, v súvislosti s ktorým bol ŠZM použitý. Týmto nie je dotknutá výška doplatku poistenca na úhradu ŠZM.
5. Poskytovateľ je povinný zabezpečiť histologické vyšetrenie biologického materiálu u výkonov, u ktorých je to indikované, zabezpečiť zaznamenanie výsledku histologického vyšetrenia do zdravotnej dokumentácie poistenca a zabezpečiť jeho prístupnosť tomu poskytovateľovi, ktorý je príslušný na poskytovanie ďalšej potrebnej zdravotnej starostlivosti.
 6. V prípade vzniku komplikácií v súvislosti s poskytnutím JZS, ktoré si vyžadujú následnú hospitalizáciu poistenca, zdravotná poisťovňa vykoná kontrolu vykázaných a uhradených výkonov a s výsledkom kontroly oboznámi písomne poskytovateľa. Ak sa vykonanou kontrolou preukáže, že ku komplikáciám vzniknutým u poistenca došlo z dôvodu nesprávnej indikácie alebo nesprávneho poskytnutia výkonov JZS, môže byť úhrada za poskytnutý výkon JZS v zmysle bodu 8.1. zmluvy považovaná za neoprávnenú.

VI. Zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek

1. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

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

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

A) Laboratórne vyšetrovacie metódy

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

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

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, ktorej/ktorého súčasťou táto príloha je.

3. Cenou bodu v rozmedzí **0,0045 € do 0,00633 €** sa uhrádzajú výkony SVLZ v špecializačných odboroch laboratórnej medicíny; výška ceny bodu závisí od splnenia motivačných kritérií uvedených nižšie:

- základná cena bodu **0,0045 €** (podmienkou je interný a externý systém kontroly kvality a zabezpečenie prepravy biologického materiálu) sa navýši o 0,00061 € za splnenie každého z nasledovných motivačných kritérií (ďalej aj „MK“)

Motivačné kritérium	Zmluvná cena bodu v €
Ordinačné hodiny - nepretržitá prevádzka a/alebo vykonávanie manuálne náročných zdravotných výkonov	P38561062501 0,00633
Laboratórny informačný systém	ostatné 0,00572
Akreditácia	

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

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

			poskytovateľ súčasne nevykazuje u daného poistenca vyšetrenia realizované metódou "Liquid based cytology"
--	--	--	---

Kód výkonu	Názov výkonu	Úhrada v €	Podmienky vykazovania
9952	Cytologické vyšetrenie realizované metódou "Liquid 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 1x za dvanásť mesiacov na jedno rodné číslo. Pri vyšetrení touto metódou si poskytovateľ súčasne nevykazuje u daného poistenca vyšetrenia realizované konvenčnou metódou.

Poznámka:

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

- **negatívny nález z 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 pediatriká 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 pediatriká gynekológia alebo materno-fetálna medicína.
- d) Výkon sa uhrádza za podmienky, že pri výkone bol použitý odberový materiál (viálka), ktorú poskytovateľ dodal indikujúcemu poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti.
- e) V prípade, že indikujúci poskytovateľ zdravotnej starostlivosti v súvislosti s realizáciou výkonu vybral od poistenca úhradu (poplatok alebo iné plnenie), zdravotná poisťovňa má nárok znížiť úhradu za daný výkon na úroveň 6,20 € za každý takýto prípad.
- f) K realizovanému výkonu metódou LBC Union ZP uhradí poskytovateľovi len opodstatnene indikované doplnkové výkony (napr. výkon za účelom typizácie HPV). V tomto prípade si poskytovateľ nevyžiada od indikujúceho poskytovateľa dodatočný odber biologického materiálu.

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

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

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

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

c) nevzťahuje sa na zdravotné výkony, ktoré podľa dojednaných zmluvných podmienok podliehajú schvaľovaniu zdravotnej poisťovne na základe žiadosti.

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

B) Zobrazovacie vyšetrovacie metódy

1. Cenou bodu v rozmedzí **od 0,003400 € do 0,011700 €** sa uhrádzajú výkony SVLZ v špecializačnom odbore rádiológia. Výška ceny bodu závisí od technických parametrov prístrojového vybavenia pracoviska a od splnenia kritérií uvedených v tabuľke tohto bodu, s výnimkou zdravotných výkonov **radiačnej onkológie**, ktoré sa uhrádzajú cenou bodu vo výške **0,014€**.

Zobrazovacia modalita	Kritérium	Cenové úrovne podľa splnenia kritérií v €	Zmluvná cena bodu v €
osteodenzitometria	-	0,005500	X
Konvenčné RTG - okrem vybraných skiagrafických výkonov	-	0,008000	0,008000
Konvenčné RTG – vybrané skiagrafické výkony	RTG prístroj analógový	0,008700	P38561023501 P38561023503 0,011700
	RTG prístroj s nepriamou digitalizáciou a so systémom PACS	0,009500	
	RTG prístroj s priamou digitalizáciou a so systémom PACS	0,010600	
	RTG prístroj s priamou digitalizáciou, so systémom PACS a s vybavením na elektronické zdieľanie RTG snímok s iným poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti	0,011700	
Ultrasonografia	-	0,008100	0,008100
Mamografia	Poskytovateľ, ktorý poskytuje menej ako 3 000 vyšetrení za jeden kalendárny rok	0,008800	0,009600
	Poskytovateľ, ktorý poskytuje minimálne 3 000 vyšetrení za jeden kalendárny rok	0,009600	
počítačová tomografia	CT prístroj do 16 MSCT	0,003515	0,004300
	CT prístroj do 16 MSCT– 24 hodinová prevádzka	0,003705	
	CT prístroj 20 - 40 MSCT	0,003800	
	CT prístroj 20 - 40 MSCT– 24 hodinová prevádzka	0,003990	
	CT prístroj 64 MSCT a viac	0,004180	
	CT prístroj 64 MSCT a viac – 24 hodinová prevádzka	0,004300	
magnetická rezonancia	MR prístroj 0,2 T až 0,25 T pre vyšetrenie jedného orgánového systému – kĺbov	0,003400	0,004200
	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 uchovávaní RTG snímok v digitálnej podobe.
- RTG prístroj s priamou digitalizáciou je taký RTG prístroj, ktorý bol výrobcom pôvodne skonštruovaný už so zabudovanou technológiou potrebnou pre vytváranie a uchovávanie RTG snímok v digitálnej podobe.
- 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 €
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	0,01032
Výkony FBLR s kódmi 509a, 512, 513, 514a, 516, 518, 522, 523a, 530, 531, 532, 533a, 540, 541, 542	0,01662

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

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

Kód výkonu	Počet bodov	Názov výkonu	Špecifikácia podmienok 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. Evalvácia post-covidového pacienta sa vykazuje pod kódom výkonu 505. Poskytovateľ postupuje v súlade so Štandardným postupom - Odporúčania pre pľúcnu rehabilitáciu a respiračnú fyzioterapiu post COVID-19 pacientov	0,01633
3F00092	360	Respiračná fyzioterapia skupinová.		
3F00093	450	Respiračná fyzioterapia s inhaláciou kyslíka.		

VII. Priamo hradené výkony pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti

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	diagnózy	indikujúce odbornosti	maximálna frekvencia	iné podmienky úhrady	úhrada v €
5C00054	Stereotaktická rádiochirurgia, ambulantná (1 frakcia)	C22,C22.0- C22.9, C25, C25.0-C25.9, C34, C34.0- C34.9, C41, C41.0-C41.9, C61, C69.3, C70,C70.0, C70.1,C70.9, C71., C71.0- C71.9, C76,C76.0- C76.8, C77- C79,D32, D32.0, D32.1,D32.9, D33.3, D35.2, D36.1,D42, D42.0, D42.1, D42.9, D43, D43.0-D43.9, D44, D44.0- D44.9, G50.0, H31.1, Q28, Q28.0-Q28.8	043			3375

5C00055	Stereotaktická, frakcionovaná rádioterapia, ambulantná (5 frakcií)	C22, C22.0-C22.9, C25, C25.0-C25.9, C34, C34.0-C34.9, C41, C41.0-C41.9, C61, C69.3, C70, C70.0, C70.1, C70.9, C71., C71.0-C71.9, C76, C76.0-C76.8, C77-C79, D32, D32.0, D32.1, D32.9, D33.3, D35.2, D36.1, D42, D42.0, D42.1, D42.9, D43, D43.0-D43.9, D44, D44.0-D44.9, G50.0, H31.1, Q28, Q28.0-Q28.8	043		Cena za druhú až piatu frakciu. Pri každej frakcii sa vykazuje kód výkonu 5C00055.	200
Y0016	IMRT – intenzitou modulovaná rádioterapia			jedenkrát pri jednej diagnóze	Indikácie k poskytnutiu zdravotného výkonu 1. low grade gliómy 2. boost terapia u high gliómov 3. A -V malformácie 4. meningeómy väčšieho rozsahu 5. tumory hypofýzy 6. tumory v blízkosti mozgového kmeňa 7. retrobulbárne a bulbárne tumory 8. paraspínálne tumory 9. selektívna skupina: - hlava-krk, nemetastazujúce T2-3 N0-N2c, M0, PS:WHO 0-2, Karnofského index nad 60% WHO 0 –2, inoperabilné, relaps po predchádzajúcej RT, neriešiteľné chirurgicky, - hlava-krk, nemetastazujúce T2-3 N0-N2c, M0, PS:WHO 0-2, Karnofského index nad 60% WHO 0 –2, inoperabilné, relaps	4 947

					<p>po predchádzajúcej RT, neriešiteľné chirurgicky,</p> <ul style="list-style-type: none"> - pankreas inoperabilné z hľadiska lokalizácie, nemetastazujúce, T2-4 N0-1, M0, PS: WHO 0-2, Karnofsky nad 60%, - žalúdok, nemetastazujúce, inoperabilné T3-4, N0-1, M0 PS: WHO 0-2, Karnofsky nad 60%, - peritoneum a retroperitoneum T2a-b, NX-1, M0 PS: WHO 0-2, Karnofsky nad 60%, - prostata, nemetastazujúce T1 - 3, N0, M0 PSA £ 10 GI£ 6 alebo 7 <p>Výkon podlieha schvaľovaniu zdravotnej poisťovne. V cene výkonu sú zahrnuté aj náklady na hospitalizáciu pacienta</p>	
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		1 x za 30 kalendárnych dní	<p>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.</p> <p>V prípade, že sa vyžaduje indikácia lekára, poskytovateľ vykáže výkon aj s uvedením kódu indikujúceho lekára.</p> <p>Zároveň poskytovateľ musí disponovať elektronickým alebo papierovým odporúčaním (najmä tzv. žiadanka) indikujúceho lekára na poskytnutie PCR vyšetrenia na dôkaz SARS-CoV-2. Laboratórium musí výsledok vydať kvantitatívnou formou vrátane exaktného definovania Ct náložu.</p> <p>V úhrade za výkon sú zahrnuté aj náklady na odberový materiál.</p> <p>Zdravotná poisťovňa výkon uhradí, len ak sú súčasne splnené zákonné podmienky úhrady výkonu z verejného zdravotného poistenia.</p> <p>V prípade, že sa poskytovateľ dohodne s inou alebo s inými zdravotnými poisťovňami na znížení úhrady za tento výkon pod úroveň úhrady Union ZP, je povinný bezodkladne podpísať dodatok k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s Union ZP za účelom zníženia úhrady za daný výkon minimálne na úroveň úhrady inej zdravotnej poisťovne s najnižšou úhradou za daný výkon.</p>	29

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

Kód	Názov	Realizujúci PZS	Indikujúci PZS	Kód Diagnózy	Periodicita	Kritéria pre úhradu z VZP	Výkony posudzované vopred doložiť žiadanku k základnej dávke /	Úhrada v €
7216	Rozšírené vyšetrenie myelodysplastického syndrómu za každú ďalšiu sondu (doplnok k výkonu 7233A)	062	031; 329; 342; 019	D46*	3xza kal.rok	Štandardný diagnosticko-laboratórny postup pre genetickú diagnostiku u myelodysplastického syndrómu (MDS)		108
7216A	AML prvovýšetrenie, cytogenetika, FISH (najmenej 5 sond bez riedenia), molekulárna genetika	062	019; 031; 329	C92.0*; C92.3*; C92.4*; C92.5*; C93.0*; C94.0*; C95.0	1xZ	ŠDLP pre genetickú diagnostiku akútnej myeloidnej leukémie u dospelých (AML)		881
7216B	AML relaps, cytogenetika, FISH (najmenej 5 sond bez riedenia, molekulárna genetika)	062	019; 031; 329	C92.0*; C92.3*; C92.4*; C92.5*; C93.0*; C94.0*; C95.0*		ŠDLP pre genetickú diagnostiku akútnej myeloidnej leukémie u dospelých (AML)		881
7216C	AML kontrolné vyšetrenie, FISH, molekulárna genetika, v prípade potreby aj cytogenetika	062	019; 031; 329	C92.0*; C92.3*; C92.4*; C92.5*; C93.0*; C94.0*; C95.0*	4x za rok, na revíziu	ŠDLP pre genetickú diagnostiku akútnej myeloidnej leukémie u dospelých (AML)		350
7218A	CML prvovýšetrenie, cytogenetika, FISH, molekulárna genetika	062	019; 031; 329	C92.1*; C92.2*; C93.1*; C93.3*	1xZ	https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/cml_blocks.pdf		500
7218B	CML relaps, cytogenetika, FISH, molekulárna genetika	062	019; 031; 329	C92.1*; C92.2*; C93.1*; C93.3*		https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/cml_blocks.pdf		500
7218C	CML kontrolné vyšetrenie, cytogenetika alebo FISH	062	019; 031; 329	C92.1*; C92.2*; C93.1*;	4x za rok, na revíziu	https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/cml_blocks.pdf		250

				C93.2; C93.3*			
7218D	CML kontrolné vyšetrenie, molekulárna genetika	062	019; 031; 329	C92.1*; C92.2*; C93.1*; C93.3*	4x za rok, na revíziu	https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/cml_blocks.pdf	200
7221A	ALL prvovýšetrenie, cytogenetika, FISH, molekulárna genetika, vrátane MLPA	062	019; 031; 329	C81*; C83*; C84*; C85*; C91* (okrem C91.1)	1xZ	https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/all.pdf	864
7221B	ALL relaps, cytogenetika, FISH, molekulárna genetika	062	019; 031; 329	C81*; C83*; C84*; C85*; C91* (okrem C91.1)		https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/all.pdf	864
7221C	ALL kontrolné vyšetrenie, cytogenetik, FISH, molekulárna genetika	062	019; 031; 329	C81*; C83*; C84*; C85*; C91* (okrem C91.1)	4x za rok, na revíziu	https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/all.pdf	350
7223A	CLL prvovýšetrenie, cytogenetika, FISH (min. 5 sond), molekulárna genetika	062	019; 031; 329	C91.1*	1xZ	Štandardný diagnosticko-laboratórny postup pre genetickú diagnostiku chronickej lymfocytovej leukémie (CLL)	500
7223B	CLL relaps, cytogenetika, FISH (min. 5 sond), molekulárna genetika (vrátane MLPA)	062	019; 031; 329	C91.1*		Štandardný diagnosticko-laboratórny postup pre genetickú diagnostiku chronickej lymfocytovej leukémie (CLL)	500
7223C	CLL kontrolné vyšetrenie, cytogenetika, FISH (min. 5 sond), molekulárna genetika (vrátane MLPA)	062	019; 031; 329	C91.1*	4x za rok, na revíziu	Štandardný diagnosticko-laboratórny postup pre genetickú diagnostiku chronickej lymfocytovej leukémie (CLL)	250
7223D	CLL detekcia mutačného statusu IGHV (u pacientov pred transplantáciou)	062	019; 031; 329	C91.1*	1xZ, na revíziu	Štandardný diagnosticko-laboratórny postup pre genetickú diagnostiku chronickej lymfocytovej leukémie (CLL)	450
7228A	Mnohonásobný myelóm, základné vyšetrenie, 2 sondy	062	019; 029; 031; 062; 329	C88*; C90.0*; D47.2	4x za rok, na revíziu	Štandardný diagnosticko-laboratórny postup pre genetickú diagnostiku u mnohopočetného myelómu	220
7228B	Mnohonásobný myelóm, rozšírené vyšetrenie, každá ďalšia sonda (doplnok k výkonu 7228A)	062	019; 029; 031; 062; 329	C88*; C90.0*; D47.2	4x za rok, na revíziu	Štandardný diagnosticko-laboratórny postup pre genetickú diagnostiku u mnohopočetného myelómu	108

7233A	Vyšetrenie myelodysplastického syndrómu, cytogenetika, FISH s použitím 3 sond	062	031; 329; 342; 019	D46*	3x za kal.rok	Štandardný diagnosticko-laboratórny postup pre genetickú diagnostiku u myelodysplastického syndrómu (MDS)	330
7236A	Vyšetrenie na myeloproliferatívne ochorenia esenciálna trombocytóza, polycytémia vera, osteomyelofibróza-molekulárna genetika	062	019;062;031;329	D45*; D47.0; D47.1; D47.3; D47.4; D47.5; D75*	4x za rok, na revíziu	https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/mpn.pdf	275
7236B	Vyšetrenie na myeloproliferatívne ochorenia esenciálna trombocytóza, polycytémia vera-osteomyelofibróza, molekulárna genetika, cytogenetika	062	019;062;031;329	D45*; D47.0; D47.1; D47.3; D47.4; D47.5; D75*	4x za rok, na revíziu	https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/mpn.pdf	343
7240	Detekcia amplifikácie génu HER2-neu metóda FISH/CISH/SISH	029; 062	019; 029; 062,229; 271; 319; 329	C16*; C50*; C56*; C34*; C79.81; C78.8; C79.82; C79.6	1xZ	OU MZ SR pre včasnú diagnostiku a liečbu nádorových ochorení prsníka, č. 35414/2009-OZS, Vestník MZ SR 2009, čiastka 29-32. Indikácia:vyšetrenie stavu HER2 pri dg.C34* pri negativite dôkazu alterácie génov EGFR, ALK, ROS, BRAF.	90
9508	Vyšetrenie vybraných somatických mutácií v géne KRAS, kodóny 12, 13, 59, 61, 117, 146	062	019; 029; 062; 064; 153; 319; 329	C16*; C18*; C19*; C20; E04.0; E04.1; C34*; C78.0; C78.5; C78.6; C78.7; C78.8	1xZ	OU MZ SR o štandardizácii postupu molekulovo-genetickej analýzy somatických mutácií génu K-RAS u pacientov s metastatickým karcinómom kolorekta, č. S8193-2010-OZS, Vestník MZ SR 2011, čiastka 1-3 https://www.nccn.org/login?ReturnURL=https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/colon.pdf pri E04* iba cytol. Bethesda III a IV	251
9508a	Vyšetrenie vybraných somatických mutácií v géne NRAS, kodóny 12, 13, 59, 61, 117, 146	062	019; 029; 062; 064; 153; 319; 329	C16*; C18*; C19*; C20; E04.0; E04.1; C78.0; C78.5; C78.6; C78.7; C78.8	1xZ	Detekcia mutácie N- RAS u pacientov s histologicky verifikovaným karcinómom hrubého čreva štádium T3-T4 výlučne pred plánovanou liečbou liekmi s účinnou látkou panitumumab a cetuximab. Potupovať podľa aktuálneho NCCN v 2.2021 (viď KRAS kód) https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/mpn.pdf	249

						nals/physician_gls/pdf/colon.pdf pri E04* iba cytol. Bethesda III a IV		
9950	Vyšetrenie vybraných somatických mutácií v géne EGFR, exóny 18, 19, 20, 21	062	019; 029; 062; 003	C18*; C34*; C78.0; C78.1; C78.2	1xZ	Indikácia: výber pacientov vhodných na terapiu monoklonálnymi protilátkami proti receptoru (anti-EGFR-moAb)-cetuximab, gefinitib, erlotinib, afatinib. NCCN GUIDELINES https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/nscl.pdf	akceptované opakovane pri zásadnej zmene liečby	249
9957	Hereditárny malígný melanóm Vyšetrenie génov CDKN2A; CDK4, vrátane MLPA analýzy	062	062	C43*;Z80.9	1xZ	https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/cutaneous_melanoma.pdf		801
9961	Li-Fraumeni syndróm, vyšetrenie génu TP53, vrátane MLPA analýzy	062	062	C16.9; C34.9; C40*; C49*; C50*; C56*; C71*; C74*; C95*; Z80*	1xZ	https://omim.org/entry/151623 postupovať podľa aktuálnej verzie NCCN v2.2021 https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/genetics_bop.pdf	Posudzovanie vopred	701
9963	Vyšetrenie mikrosatelitovej instability (MSI) nádorového tkaniva minimálne 5 markerov	062	019; 029; 062	bez väzby na diagnózu	1xZ	Metodické usmernenie hlavného odborníka MZ SR pre lekársku genetiku o štandardizácii diagnostiky Lynchovho syndrómu, dostupné na stránke www.sslg.sk , záložka najnovšie Dokumenty Postupovať podľa aktuálnej verzie NCCN		151
9970B	Sekvenčná analýza mutácií génu RET (exóny 8,10,11,13, 14, 15,16), vrátane MLPA analýzy	062	062	C73; C74*; Q43*; Z80*	1xZ	https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/neuroendocrine.pdf		399
9972	Vyšetrenie vybraných somatických mutácií v géne BRAF, kodón 600	029; 062	019; 029; 062; 064; 153; 319; 329	C16*; C17*; C18*; C19; C20; C22*; C23; C24*; C25*; C43*; C54.1; C56; C65; C71*; C73, E04.0; E04.1; C34*; C78.0; C78.1; C78.2	1xZ	Indikácie: predpoklad priebehu choroby/prognostický faktor, voľba typu iniciálnej terapie a následného monitoringu pacienta. Selekcia sporadických MSI nádorov - vyšetrenie p.V600E v géne BRAF . Metodické usmernenie hlavného odborníka MZ SR pre lekársku genetiku o štandardizácii diagnostiky Lynchovho syndrómu, dostupné na stránke www.sslg.sk , záložka najnovšie Dokumenty . https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/cutaneous_melanoma.pdf pri E04* iba cytol. Bethesda III a IV		199

9973	MDR, mnohopočetná lieková rezistencia	062	019; 029; 031; 062; 229; 319; 322, 329	C18*; C19*; C20*; C34*	1xZ	pri recidíve ochorenia a pri závažných prejavoch toxicity cytostatickej liečby		299
9976	Vyšetrenie génu HER2/neu metódou IHC	029	019; 029; 062; 229; 271; 319; 329	C16*; C50*	1xZ	OU MZ SR pre včasnú diagnostiku a liečbu nádorových ochorení prsníka, č. 35414/2009-OZS, Vestník MZ SR 2009, čiastka 29-32. Indikácia: u histologicky verifikovaných karcinómov prsníka a žalúdka.		64
9977	Nemalobunkový karcinóm pľúc (NSCLC). Vyšetrenie prestavieb ALK/ROS génov metódou FISH	029; 062	019; 062; 029	C34*; C78.0; C78.1; C78.2	1xZ	NCCN GUIDELINES https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/default.aspx ; Non - small cell lung cancer		401
9999A	Vstupné vyšetrenie chimérizmu po transplantácii krvotvorných buniek vstupná typizácia, porovnanie DNA darcu a príjemcu	062	031; 329; 342; 019	C81*; C83*; C84*; C85*; C91* (okrem C91.1); C92*; C92.10; C92.11; C93*; C94*; C95*; D45*; D46*; D47*; D75*	1xZ	Indikácie podľa Protokolu onkohematologického pracoviska pre dané ochorenie		900
9999B	Kontrolné vyšetrenie chimérizmu po transplantácii krvotvorných buniek	062	031; 329; 342; 019	C81*; C83*; C84*; C85*; C91* (okrem C91.1); C92*; C92.10; C92.11; C93*; C94*; C95*; D45*; D46*; D47*; D75*	1xZ	Indikácie podľa Protokolu onkohematologického pracoviska pre dané ochorenie		300
9505	Skriningové vyšetrenie prítomnosti HR-HPV vírusovej DNA	029; 034; 062	009; 012; 014; 017; 018; 019; 229	A56*; A63*; C53*; D06*; D36.0; N37.0; N34.3; N50.8;	3x za kal.rok	OU MZ SR na vykonávanie laboratórnej diagnostiky infekcie onkogénnymi ľudskými papilomavírusmi v prevencii karcinómu krčka maternice, č.		29

				N72*; N86; N87*; N76.8*; R87*; Z12.4, N51*		089697/2009-OZS, Vestník MZ SR 2010, čiastka 19-23.		
5D82031	HBOC sy., stredný panel génov Minimálne gény: BRCA1; BRCA2; ATM; BARD1; BRIP1; CDH1; CDKN2A; CHEK2; EPCAM; MLH1; MRE11A; MSH2; MSH6; NBN; NF1; PALB2; PMS2; PTEN; RAD51C; RAD51D; STK11; TP53; vrátane CNV a MLPA analýzy.	062	062	C25.9; C50*; C56; C57*; C61; Z80.3; Z80.4	1xZ	NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Genetic/Familial High-Risk Assessment: Breast, Ovarian and Pancreatic, V.2.2021 – HBOC https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/genetics_bop.pdf https://sslg.sk/index.php/sk/dokumenty/odborne-usmernenia/132-usmernenie-syndrom-hereditarneho-karcinomu-prsnika-vajecnikov-a-pankreasu	Doložiť žiadamku vrátane genealógie, mimo C50*≤45 rokov; C56*; C25*; C61 - metastatické ochorenie; intraduktálna/kribriformná histológia; „high-risk“/„very-high-risk“ ochorenie.	2499
5D82032	Hereditárne karcinómy kolorekta. Lynchov syndróm. Stredný panel génov Minimálne gény: MLH1; MSH2; MSH6; PMS2; EPCAM; MSH3; PTEN; STK11; vrátane MLPA. Hereditárne sy. spojené s polypózou a rizikom vzniku malignít tráviaceho traktu Minimálne gény: APC; MUTYH; POLE; POLD1; PTEN; AXIN2; NTHL1; MSH3; GREM1; vrátane CNV a MLPA analýzy.	062	062	C16*; C17*; C18*; C19; C20; C22*; C23; C24*; C25*; C54*; C56; C65; C67*; D12*; C71*; Z80.0 ; M72.99	1xZ	Metodické usmernenie hlavného odborníka MZ SR pre lekársku genetiku o štandardizácii diagnostiky Lynchovho syndrómu, dostupné na stránke www.sslg.sk . NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Genetic/Familial High-Risk Assessment: Colorectal, V.1.2020 – Kolorektum / tráviaci trakt. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/genetics_colon.pdf	Doložiť žiadamku vrátane genealógie, IHC resp. MSI; mimo CRC < 50 rokov; C54.1.	2501
5D82045	Akútna myeloidná leukémia, prvovýšetrenie, malý panel génov. Minimálne gény : TP53; RUNX1; CEBPA; c-KIT; ASXL1; NPM1; FLT3; DNMT3A; WT1.	062	019; 031; 329	C92.0*; C92.3*; C92.4*; C92.5*; C93.0; C94.0; C95.0	1xZ	<u>ŠDLP pre genetickú diagnostiku akútnej myeloidnej leukémie u dospelých (AML)</u>		800
5D82046	Myeloproliferatívne choroby, malý panel génov. Esenciálna trombocytóza, Polycytemia vera, Osteomyelofibróza. Minimálne gény: TET2; ASXL1; IDH1/IDH2; EZH2; DNMT3A; IKZF1; TP53; SF3B1; SRSFL; U2AF1; SETDP1	062	019;062;0 31;329	D45*; D47.0; D47.1; D47.3; D47.4; D47.5; D75*	1xZ	V prípade negativity génov JAK2, CALR a MPL. Detekcia prídavných aberácií pri progresii ochorenia, prognóze, potrebe transplantácie		800

5D82049	Somatické DNA varianty - fúzne gény, malý panel génov. Gény: NTRK1, NTRK2, NTRK3.	062	019; 062	C06,9; C08*; C25.9; C50*; C40*; C43*; C41*; C71*; C64; C73; C34*; C44*; C45*; C49*	1xZ	NGS up-front, indikácia: plánovanie liečby NTRK-inhibítormi	Doložiť žiadanku so zdôvodnením účelu vyšetrenia	801
5D82053	DNA sekvenovanie 1 exónu génu, resp. špecifického kauzálneho DNA variantu	062	062	bez väzby na dg	1xZ	Vyšetrenie známej mutácie u rodinného príslušníka	Doložiť žiadanku s uvedením mutácie u probanda	101

3. Zdravotná poisťovňa vyhlasuje, že revízny lekár zdravotnej poisťovne udelil predchádzajúci súhlas podľa § 42 ods. 5 a 6 zákona č. 577/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov s úhradou výkonov uvedených v Časti – Priamo hradené výkony pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti [okrem výkonov uvedených v písm. c) tohto bodu] v zmluvne dohodnutej cene s podmienkou, že poskytovateľ nebude za zdravotnú starostlivosť vo forme týchto výkonov požadovať úhradu od poistenca, ktorému bol výkon poskytnutý. Poskytovateľ berie na vedomie, že tento súhlas revízneho lekára zdravotnej poisťovne
 - a) je účinný od nadobudnutia účinnosti zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej medzi zdravotnou poisťovňou a poskytovateľom a platí po dobu jej platnosti, pokiaľ nebol zdravotnou poisťovňou odvolaný podľa písm. b) tohto bodu
 - b) môže byť kedykoľvek, aj pred uplynutím doby uvedenej v písm. a), odvolaný na základe písomného odvolania súhlasu revízneho lekára zdravotnej poisťovne; odvolanie súhlasu nadobudne účinnosť ku dňu uvedenému v odvolaní súhlasu, a
 - c) nevzťahuje sa na zdravotné výkony, ktoré podľa dojednaných zmluvných podmienok podliehajú schvaľovaniu zdravotnej poisťovne na základe žiadosti.
4. Súčasťou každého výkonu uvedeného v Časti – Priamo hradené výkony pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej aj ako „PHV“) je aj hodnotenie, interpretácia, dokumentácia a archivácia výsledkov vyšetrení a záverečná správa.
5. Pod jednotlivými PHV sa rozumie skupina viacerých výkonov SVLZ v špecializačnom odbore lekárska genetika, patológia, mikrobiológia, a imunológia vykazovaných pod spoločným kódom. Cena za PHV, ktoré tvoria jednu skupinu sa uhrádza ako celok a nekombinuje sa s laboratórnymi výkonmi II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ). Indikovanie, poskytovanie a vykazovanie týchto PHV musí byť uskutočnené v súlade s aj podmienkami uvedenými v tejto časti prílohy.
6. Pri všetkých výkonoch 7231* uvádzať diagnózu na žiadanke aj slovne. Pre diagnostiku zriedkavého ochorenia mimo ochorení uvedených v tabuľke, kde diagnostika vyžaduje vyšetrenie viac ako 10 exónov (od kategórie 7231C), podlieha predchádzajúcemu súhlasu zdravotnej poisťovne.
7. Uvedené guidelines (NCCN, MZSR,) akceptujeme podľa aktuálne platnej verzie v čase vyšetrenia.

VIII. Mobilný hospic

1. Cenou bodu sa uhrádzajú vybrané výkony domácej hospicovej starostlivosti:

a) výkony poskytované **sestrou**:

Kód výkonu	Názov výkonu	Body
3390	Príjem poistenca (klienta) poskytovateľom a odobratie sesterskej anamnézy (ošetrovateľský assesment) – 1x na jedného poistenca.	200
3392a	Poučenie príbuzných alebo členov komunity poistenca.	100
3392c	Konzultácie s inštitúciami a orgánmi štátnej zdravotnej správy v rámci komplexnej zdravotnej starostlivosti – 1x na jedného poistenca.	300
3393	Vypracovanie plánu komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti (ďalej len "KOS") – 1x na jedného poistenca.	400
3394	Priebežné hodnotenie KOS a zmena plánu ošetrovateľskej starostlivosti vrátane dokumentácie a konzultácie s ošetrovateľským lekárom (nemôže sa vykazovať s výkonom 3395).	150
3395	Vyhodnotenie KOS a záverečná správa – 1x na jedného poistenca, podmienkou je zaslanie správy zdravotnej poisťovni (ako príloha faktúry).	300
3396*/	Odborný nácvik potrebných výkonov pri ošetrovaní chorého v domácnosti.	200
3398*/	Ošetrovateľská hygiena (iba pri sakrálnom dekubite s výkonomi 3422b alebo 3422c).	200
3399a*/	Starostlivosť poistenca s permanentným katétrom vrátane výmeny permanentného katétra u poistenky.	200
3399b*/	Starostlivosť o kaválny katéter a intravenóznou kanylu, pravidelné preväzovanie a dezinfekcia.	100
3399c*/	Starostlivosť o ezotracheálnu, nasotracheálnu a tracheostomickú kanylu.	100
3399d*/	Starostlivosť o epidurálny katéter.	150
3400*/	Polohovanie poistenca (nemôže sa vykazovať s výkonom 3424).	100
3401a	Starostlivosť o výživu v príslušnej kvalite a kvantite, vypracovanie individuálneho diétného režimu, 1x pre jedného poistenca.	200
3401b	Každá ďalšia zmena v diétnom režime.	70
3404	Výživa poistenca sondou, za jeden výkon.	80
3405	Očistná klyzma.	160
3406	Kontinuálne sledovanie klinického stavu poistenca (meranie TK, pulzu, dychovej frekvencie, telesnej teploty, príjem a výdaj tekutín, stolice a sledovanie iných funkcií podľa ordinácie ošetrovateľského lekára), za každé dve hodiny.	200
3407	Odmeranie krvného tlaku, pulzu a teploty.	60
3408	Sledovanie diurézy, za každých 12 hodín.	50
3409*/	Cievkovanie poistenky.	80
3410*/	Výmena stomického setu s následnou toaletou pri stómiiach.	100
3411*/	Čistenie tracheálnej kanyly.	50
3413*/	Aplikácia neinjekčnej liečby (nemôže sa vykazovať s výkonomi 3422b a 3422c).	40
3414*/	Aplikácia terapeutického celotelového zábalu alebo liečivého kúpeľa.	70
3416*/	Aplikácia liečiva intramuskulárne, s.c., i.c.	60
3418*/	Aplikácia liečiva intravenózne.	80
3419*/	Príprava a podávanie infúzie.	120
3420	Sledovanie infúzie, za každú ½ hodinu. Môže sa vykázať max. 2x počas jedného podávania infúzie.	60
3420a	Podávanie liečiva infúznou pumpou.	60
3421	Nácvik podávania inzulínu.	80
3422a*/	Ošetrovateľská starostlivosť zameraná na prevenciu dekubitov.	150
3422b*/	Ošetrovanie dekubitu veľkosti do 5 cm ² (odstránenie zvyškov masti, odumretých tkanív, toaleta, aplikácia liečiva, preväz).	250
3422c*/	Ošetrovanie dekubitu veľkosti nad 5 cm ² (odstránenie zvyškov masti, odumretých tkanív, toaleta, aplikácia liečiva, preväz).	350
3423a*/	Preväz rany veľkosti do 5 cm ² .	150
3423b*/	Preväz rany veľkosti nad 5 cm ² .	250

3423c	Príprava materiálu a sterilizácia - podmienkou je zdokladovanie prístrojového vybavenia (certifikát).	100
3424*/	Ošetrovateľská rehabilitácia, trvanie najviac 30 minút (nemôže sa vykazovať s výkonom 3400 a s výkonmi fyzioterapeuta).	100
3426*/	Odsávanie poistenca.	80
3427	Odsatie žalúdočného obsahu.	200
3428	Vyšetrenie moču indikátorovým médiom.	25
3432	Práca sestry pri domácej peritoneálnej dialýze.	320
3433*/	Odber krvi venepunkciou do jednej striekačky alebo jednej odberovej súpravy.	100
3434	Odber kapilárnej krvi.	50
3435	Umelé dýchanie a masáž srdca.	300
3436*/	Odbery: TT, TN, výter z rekta, odber spúta.	60
3437	Doprava biologického materiálu, za každých 30 minút.	40
3439	Návšteva poistenca (klienta) v pracovnom čase.	160
3440	Návšteva mimo riadneho pracovného času (od 19.00 do 7.00 hodiny v sobotu, v nedeľu a vo sviatok).	250
3441	Návšteva poistenca v rizikových skupinách populácie - krízová intervencia pri zhoršení psychického stavu pacienta (nemôže sa vykazovať s výkonmi 3439, 3440).	200
3447*/	Psychosomatická intervencia v terminálnom štádiu života.	100
3449	Kontinuálna starostlivosť o umierajúceho pacienta, za každú hodinu.	120
3451	Konzultácia sestry o jednom poistencovi s ošetrovateľským lekárom.	40
3452	Poskytnutie predlekárskej pomoci pri náhlych stavoch ohrozujúcich život.	250
3457	Podávanie cytostatík do zavedeného katétra.	250
3458	Verbálna intervencia pri psychosomatických ťažkostiach u poistenca s nádorovým ochorením – maximálne 1x týždenne.	300
3459a	Usmernenie spôsobu života poistenca s nádorovým ochorením vzhľadom na jeho zdravotný stav – 1x počas poskytovania zdravotnej starostlivosti.	250
3461*/	Ošetrovanie dutiny ústnej u onkologického poistenca alebo u poistenca s imunodeficientným stavom.	250
3635a	Kontrola glykémie glukometrom.	60

Vysvetlivky:

* / K zdravotnému výkonu sa môže vykazovať bodové zvýhodnenie pri sťaženom výkone za podmienok uvedených v zozname výkonov.

b) výkony fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie (ďalej len „výkony FBRL“) poskytované **fyzioterapeutom**:

Kód výkonu	Názov výkonu	Body
503a	Základné testovacie metódy, goniometrické vyšetrenie.	80
504a	Špeciálne vyšetrovacie metódy. Svalový test, vyšetrenie skrátených a oslabených svalov, zreťazenia, vývojová diagnostika. dieťaťa, ergodiagnostické. testovanie, špeciálne vyšetrenie chrbtice na počítačovom dynamometri a iné špecifické funkčné metódy.	540
509a	Mäkké a mobilizačné techniky na chrbtici, periférnych kĺboch a svaloch. Špecializované liečebné výkony s cieľom upraviť funkčnú poruchu v oblasti pohybového systému (špeciálne mäkké techniky, PIR – postizometrická relaxácia, AGR – antigravitačná relaxácia, trakčné techniky, stretch and spray, banky), za jedno ošetrenie.	220
510a	Cielená odborná inštruktáž I. Inštruktáž a oboznámenie pacienta s používaním a obsluhou jednoduchých technických a kompenzačných pomôcok, zariadení a prístrojov (peroneálny stimulátor, TENS, skoliostop, myostimulátor, ortézy, protézy), inštruktáž o posturálnej životospráve, sociálno-rehabilitačná verbálna intervencia.	150
512	Individuálna liečebná telesná výchova I. Individuálna LTV zameraná na zvýšenie svalovej sily a zlepšenie rozsahu pohybov použitím jednoduchých metód. Aplikácia prvkov dýchacej cievnej a kondičnej pohybovej liečby, využitie náradia, závesovej postele, liečebná výchova k sebaistočnosti a podobne.	130
513	Individuálna liečebná telesná výchova II. Individuálna kombinovaná LTV zameraná na niekoľko cieľov, vyžadujúcu mimoriadnu fyzickú záťaž a psychickú záťaž. Vzhľadom na povahu postihnutia si vyžaduje kombináciu viacerých postupov a metodík, napr. reedukáciu základných posturálnych funkcií (vertikalizáciu, nácvik transferov, výcvik neurogénneho mechúra, výcvik s protézou, nácvik denných činností a podobne) za jedno cvičenie.	250
514a	Individuálna liečebná telesná výchova II. Špeciálna systematická senzomotorická liečba	450

	funkčných a organických porúch centrálného a periférneho systému alebo vrodených a získaných chýb pohybového aparátu detí a dospelých (Bobath, Vojta, Kabát, Brugerrov koncept, cvičenie s náčiním a podobne).	
520	Dychová gymnastika. Individuálna dychová gymnastika vrátane podporných ošetrení, trvanie najmenej 10 minút, za jednu dychovú gymnastiku.	80
522	Špeciálne polohovanie. Odborné usmerňovanie a liečebné polohovanie tela a segmentov končatín s prípadným využitím polohovacích pomôcok.	290
530	Klasická masáž jednej časti tela. Liečebne využitie prvkov klasickej masáže na jednej končatine alebo na časti trupu (šija, chrbát, driek), za jednu masáž, max. 7x.	180
531	Klasická masáž viacerých častí tela alebo trupu, za jedno ošetrenie.	220
532	Reflexná masáž a iné špeciálne ručné masáže. Masáž väziva, okostice, hrubého čreva, za jednu masáž.	300
548	Povrchová aplikácia tepla (použitie parafínu, Kenny, lavatermu, čerstvo pripravených obkladov alebo sterilizovaných obkladov), max. 7x.	360

2. Vybrané výkony domácej hospicovej starostlivosti sa uhrádzajú nasledovne:

Spôsob úhrady	Výkony	Úhrada v €
cena bodu	zdravotné výkony podľa bodu 1 písm. a) tejto časti prílohy okrem zdravotných výkonov 3419, 3420, 3439, 3440, 3441 a 3447	0,0170
cena bodu	zdravotné výkony 3419, 3420, 3439, 3440, 3441 a 3447 podľa bodu 1 písm. a) tejto časti prílohy	0,0385
cena bodu	zdravotné výkony podľa bodu 1 písm. b) ⁴⁾ tejto časti prílohy	0,0170

3. Cenou výkonu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony za podmienok úhrady uvedených v tejto tabuľke:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena výkonu v € do 31.12.2023	Cena výkonu v € od 1.1.2024
25m	<p>Návšteva osoby v paliatívnej starostlivosti</p> <p>Popis výkonu: Návšteva osoby v paliatívnej zdravotnej starostlivosti v jej domácom prostredí alebo inom prirodzenom prostredí, v ktorom je osoba umiestnená, vykonaná lekárom a sestrou mobilného hospicu.</p> <p>Vykazovanie výkonu: - výkon môže vykazovať lekár pri návšteve spolu so sestrou mobilného hospicu - zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii, - súčasťou zdravotnej dokumentácie je aj popis zdravotného výkonu dĺžka jeho trvania, - výkon sa vykazuje najviac 8x za 12 kalendárnych mesiacov na jedného pacienta, okrem prípadov, ak so zvýšením počtu návštev súhlasí zdravotná poisťovňa, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, - vykazuje sa s diagnózou Z51.5.</p>	58,00	61,00

4. V prípade, ak si poskytovateľ:

- za návštevu pacienta lekárom a sestrou vykáže výkon 25m, alebo
- za návštevu pacienta len sestrou vykáže výkony domácej hospicovej starostlivosti podľa bodu 1 písm. a) (okrem výkonov 3439, 3440, 3441, 3467, 3468, 3469, 3470, 3474, 3475, 3476, 3476a alebo 3476b), môže si za obdobie do zdravotnej poisťovne k poskytnutým výkonom vykázat cenu dopravy za jeden kilometer jazdy osobným motorovým vozidlom.
Prepravu zdravotníckeho pracovníka (lekár a/alebo sestra) osobným motorovým vozidlom na návštevu pacienta v paliatívnej zdravotnej starostlivosti je možné vykázat nasledovným spôsobom:

Špecifikácia podmienok úhrady	Cena km v	Cena km v
-------------------------------	-----------	-----------

⁴⁾ Zdravotná poisťovňa schváli poskytovateľovi vykazovanie zdravotných výkonov na základe písomnej žiadosti. Povinnou prílohou žiadosti je kópia dokladu potvrdzujúceho pracovný vzťah fyzioterapeuta s poskytovateľom a kópia dokladu o pridelení kódu zdravotníckeho pracovníka v odbore fyzioterapia Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou fyzioterapeutovi. Zdravotná poisťovňa schválenie zdravotných výkonov oznámi poskytovateľovi písomne.

	€ do 31.12.2023	€ od 1.1. 2024
typ prevozu MOHO - pevná cena za každý kilometer jazdy od miesta prevádzky, ak je doprava vykonaná v dosahu 0-60 km od miesta prevádzky mobilného hospicu	0,30	0,35
typ prevozu MOHO - pevná cena za každý kilometer jazdy od miesta prevádzky, ak je doprava vykonaná v dosahu 61 km a viac od miesta prevádzky mobilného hospicu	0,15	0,175
<p>Vyказuje sa skutočný počet kilometrov od miesta prevádzky mobilného hospicu do miesta poskytnutia paliatívnej zdravotnej starostlivosti pacientovi, vždy so samostatným číslom jazdy.</p> <p>Ak sú na jednom mieste ošetrovaní viacerí poistenci iba jednej zdravotnej poisťovne, vyказuje sa príslušný počet kilometrov do príslušnej zdravotnej poisťovne na jedno rodné číslo poistenca. Ostatní poistenci v rámci jednej návštevy sa už nevyказujú.</p> <p>Ak sú na jednom mieste ošetrovaní viacerí poistenci viacerých zdravotných poisťovní, vyказuje sa príslušný počet kilometrov na jedného poistenca do každej zdravotnej poisťovne. Ostatní poistenci v rámci jednej návštevy sa už nevyказujú.</p> <p>Cesta späť do východiskovej stanice sa nehradí.</p> <p>Výkony dopravy sa vyказujú v dátovom rozhraní pre dopravu v súlade s opatrením MZ SR č. 07045/2003 – OAP z 30. decembra 2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov.</p>		

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

6. Podmienky úhrady za poskytnutú ošetrovateľskú starostlivosť poskytovanú sestrou:

- poskytovateľ poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť na základe riadne vyplneného, zdôvodneného, ošetrujúcim lekárom schváleného a jeho podpisom a odtlačkom pečiatky potvrdeného návrhu na poskytnutie ošetrovateľskej starostlivosti (ďalej len „návrh“), ktorého vzor tvorí prílohu č. 15 odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva SR o vedení zdravotnej dokumentácie,
- odborné lekárske nálezy súvisiace s poskytovanou ošetrovateľskou starostlivosťou sú neoddeliteľnou súčasťou zdravotnej dokumentácie poskytovateľa. V odôvodnených, resp. sporných prípadoch poskytovateľ na vyžiadanie zdravotnej poisťovni predloží kópie príslušných odborných lekárskeho nálezu podľa tohto písmena,
- poskytovateľ zasiela kópiu dohody o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti s poistencom zdravotnej poisťovni na jej vyžiadanie v prípade, ak v jednom kalendárnom mesiaci budú fakturovať poskytovanú ošetrovateľskú starostlivosť na tohto istého poistenca dvaja a viacerí poskytovatelia. Zdravotná poisťovňa je oprávnená vyžiadať kópie dohody podľa tohto bodu písomne, telefonicky, faxom alebo e-mailom,
- vybrané výkony FBLR podľa bodu 4 písm. b) tejto časti prílohy indikuje v návrhu len lekár v špecializačnom odbore fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia podľa písm. a) tohto bodu, ktoré potvrdí svojim podpisom aj ošetrujúci lekár poistenca,
- platnosť návrhu podľa písm. a) tohto bodu je najviac tri mesiace odo dňa schválenia návrhu ošetrujúcim lekárom. Ak po uplynutí doby platnosti zdravotný stav poistenca vyžaduje pokračovanie poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti, poskytovateľ je povinný vystaviť a zaslať zdravotnej poisťovni nový návrh podľa písm. a) tohto bodu, v ktorom ošetrujúci lekár zdôvodní nevyhnutnosť ďalšieho poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti,
- bez dodržania podmienok úhrady uvedených v tomto bode poskytovateľ nemá nárok na úhradu poskytnutej zdravotnej starostlivosti.
- poisťovňa neakceptuje ošetrovateľské výkony poskytnuté sestrou agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti poistencovi umiestnenému v zariadení sociálnej pomoci, s ktorým má poisťovňa uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a ktorému je poskytovaná ošetrovateľská starostlivosť v zariadení sociálnej pomoci.

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 definíčná 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. 2a k zmluve, ktoré za podmienok uvedených v príslušnej časti prílohy č. 2a k zmluve uhrádzajú ako výkony jednodňovej zdravotnej starostlivosti.
4. Hospitalizačný prípad je spravidla ústavná zdravotná starostlivosť poskytnutá poistencovi počas hospitalizácie na oddeleniach s DRG relevantnou odbornosťou, od dátumu jeho prijatia na hospitalizáciu až do dátumu prepustenia z hospitalizácie. Ak poskytovateľ prevádzkuje viacero samostatných zdravotníckych zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „samostatné ústavné zariadenie“), považuje sa hospitalizačný prípad za ukončený prepustením poistenca zo samostatného ústavného zariadenia; na účely tohto bodu sú samostatné ústavné zariadenia definované v časti V tejto prílohy k zmluve.
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 definíčnej príručky. Výška úhrady za všetky hospitalizačné prípady ukončené v príslušnom kalendárnom mesiaci (SumHP) zohľadňuje okrem ostatných podmienok vyplývajúcich zo zmluvy aj medziročnú zmenu relevantných skutočností (napr. schválený štátny rozpočet, Vyhláška MZSR č. 100/2023 Z.z.) neznámych v čase výpočtu 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 2023 vo výške 1,1760. Ak sa zmluvné strany nedohodnú na zmene MRZ pre obdobie nasledujúce po kalendárnom roku 2023, použije sa v nasledovnom kalendárnom roku (a v každom ďalšom, pre ktorý sa zmluvné strany nedohodnú na zmene) hodnota uvedená v predchádzajúcej vete.

3. Ak nie je dojednané inak, úhrada za hospitalizačný prípad zahŕňa úhradu za všetku zdravotnú starostlivosť, špeciálny zdravotnícky materiál alebo služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti:
 - a) poskytnuté poistencovi poskytovateľom alebo akýmkoľvek iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti počas trvania hospitalizácie,
 - b) poskytnutú poistencovi poskytovateľom alebo iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v deň prijatia na hospitalizáciu, ako aj v deň prepustenia z hospitalizácie (s výnimkou liekov a zdravotníckych pomôcok, na ktoré bol vystavený predpis, resp. lekársky poukaz v deň prepustenia poistenca z hospitalizácie), ak súvisí s hospitalizáciou;
 - c) poskytnutú poistencovi kedykoľvek po prepustení z hospitalizácie poskytovateľom alebo akýmkoľvek iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ak bola indikovaná počas trvania hospitalizácie podľa písm. s) bodu 4.6. zmluvy;

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

4. Ak nie je dojednané inak, úhrada za všetku ambulantnú zdravotnú starostlivosť, vrátane zdravotnej starostlivosti poskytovanej zariadením spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, uvedené na odporúčenie podľa bodu písm. s) bodu 4.6. zmluvy poskytovateľom alebo iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v deň začiatku hospitalizácie, ako aj kedykoľvek počas hospitalizácie, bez uvedeného ID hospitalizačného prípadu, bude automaticky započítaná do úhrady za hospitalizačný prípad, pokiaľ poskytovateľ nepreukáže, že táto zdravotná starostlivosť resp. služba súvisiaca s poskytovaním zdravotnej starostlivosti nesúvisí s hospitalizačným prípadom. V prípade, ak na odporúčanie podľa písm. s) bodu 4.6. zmluvy nebude uvedený dátum odporúčenia, zdravotná poisťovňa zdravotnú starostlivosť a/alebo službu súvisiacu s poskytovaním zdravotnej starostlivosti neuhradí a požiada poskytovateľa a/alebo iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o jeho doplnenie.

5. Úhrada za hospitalizačný prípad nezahŕňa úhradu za pripočítateľné položky k hospitalizačným prípadom uvedené v prílohách dokumentu uvedeného v čl. IV bod 1 písm. b) tejto prílohy (ďalej len „Katalóg prípadových paušálov“) a výkony záchranej zdravotnej služby poskytnuté poskytovateľom alebo iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.

6. Zdravotná poisťovňa uhradí zdravotné výkony poskytnuté poistencovi zariadením spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“), ktoré podľa ustanovení tejto prílohy mali byť zahrnuté v úhrade za hospitalizačný prípad, poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti prevádzkujúcemu zariadenie SVLZ, pričom zdravotná poisťovňa má voči poskytovateľovi právo na refundáciu nákladov podľa bodu 8 tejto časti prílohy.

7. Zdravotná poisťovňa je oprávnená žiadať od poskytovateľa refundáciu nákladov na úhradu zdravotnej starostlivosti, špeciálneho zdravotníckeho materiálu, liekov a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktoré zdravotná poisťovňa uhradila nad rámec hospitalizačného prípadu poskytovateľovi alebo inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti a súčasne podľa ustanovení tejto prílohy mali byť zahrnuté v úhrade za hospitalizačný prípad a/alebo za pripočítateľnú položku k hospitalizačnému prípadu. Zmluvné strany sa dohodli na započítaní pohľadávky zdravotnej poisťovne podľa bezprostredne predchádzajúcej vety s pohľadávkou alebo pohľadávkami poskytovateľa na úhradu zdravotnej starostlivosti voči zdravotnej poisťovni.

8. Na účely určenia výšky refundácie podľa bezprostredne predchádzajúceho bodu sa vychádza z výšky úhrady za zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktoré má zdravotná poisťovňa zmluvne dojednané s poskytovateľom alebo iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v čase poskytnutia zdravotnej starostlivosti, resp. služby súvisiacej s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, resp. z nadobúdacej ceny špeciálneho zdravotníckeho materiálu.

9. Pre diagnosticko-terapeutické skupiny, ktoré v katalógu prípadových paušálov nemajú určenú relatívnu váhu, sa pri úhrade zdravotnej starostlivosti podľa systému DRG použijú hodnoty uvedené v nasledovnej tabuľke:

DRG	Segment	Popis	Relatívne váhy (RV)	Stredná hodnota ošetrovacej doby	Zníženie RV pri OD kratšej ako dolná hranica		Zvýšenie RV pri OD dlhšej ako horná hranica		Zníženie RV pri externom preložení
					Dolná hranica OD	Relatívne váhy / deň	Horná hranica OD	Relatívne váhy / deň	Relatívne váhy / deň
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
B11Z	O	Včasná rehabilitácia s určitým OP výkonom	2,7190	20,5	7	0,3085	30	0,0738	0,1005
B61B	M	Určité akútne ochorenia a poranenia miechy bez komplexného výkonu alebo viac ako 13 ošetrovacích dní alebo žiadne preloženie	1,4083	10,1	3	0,4005	22	0,0833	0,1082
B76A	M	Záchvaty, viac ako jeden ošetrovací deň, s komplexnou diagnózou a liečbou	1,6760	8,3	3	0,5088	15	0,1288	0,1641
D01A	O	Bilaterálna kochleárna implantácia	16,7368	3,3	2	0,7360	5	0,3123	0,3424
D23Z	O	Implantácia naslúchacieho prístroja	4,1875	3,2	2	0,4075	9	0,1782	0,1941
E41Z	I	Včasná rehabilitácia pri chorobách dýchacej sústavy	3,1321	22,5	8	0,3713	38	0,0924	0,1264
E76A	M	Tuberkulóza, viac ako 14 ošetrovacích dní	2,2221	23,8	8	0,2596	41	0,0611	0,0837
G51Z	I	Včasná rehabilitácia pri chorobách GIT	1,1985	23,5	8	0,1442	41	0,0343	0,0471
I40Z	I	Včasná rehabilitácia chorôb a porúch muskuloskeletálneho systému a spojivového tkaniva	1,6368	22,1	7	0,2312	29	0,0513	0,0700
Y01Z	O	OP výkony alebo UPV > 95 hodín pri ťažkých popáleninách	7,5485	25,2	8	0,6574	42	0,1461	0,2007
Y61Z	M	Ťažké popáleniny	1,7538	9,5	3	0,4613	26	0,1020	0,1318
Z42Z	I	Odber kmeňových krvotvorných buniek z periférnej krvi pre alogénnu transplantáciu	3,4763	7,3	2	1,7115	11	0,3283	0,4125
Z43Z	I	Odber kmeňových krvotvorných buniek z kostnej drene pre alogénnu transplantáciu	1,2227	5,5	2	0,5207	14	0,1325	0,1602
		ostatné skupiny	1,2300						

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

1. 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.

2. 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.

3. 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.

4. 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 prístupí k prehodnoteniu jej ceny podľa bodu 3 tohto článku.

5. Pre jednotlivé prípočítateľné položky je relevantná cena uvedená v dokumente „Prípočítateľné položky DRG“ uverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne, ak sa zmluvné strany počas dohadovania ceny podľa bodu 3 nedohodli inak. Ak je dokument „Prípočítateľné položky DRG“ aktualizovaný podľa bodu 3 alebo podľa bodu 4, účinnosť nadobúda dňom uverejnenia na webovom sídle zdravotnej poisťovne alebo dňom platnosti, ktorý je uvedený v samotnom dokumente.

IV. Spoločné a prechodné ustanovenia

1. Centrum pre klasifikačný systém (ďalej aj ako „CKS“) podľa príslušného ustanovenia zákona č. 581/2004 Z. z. zverejní na nasledujúci kalendárny rok:

- a) definičnú príručku,
- b) katalóg prípadových paušálov,
- c) metodiku výpočtu základnej sadzby a zoznam základných sadzieb,
- d) zoznam zdravotných výkonov pre klasifikačný systém,
- e) pravidiel kódovania chorôb a zdravotných výkonov,
- f) pravidiel pre výpočet prípadových paušálov a pravidiel pre zlučovanie hospitalizačných prípadov, (ďalej spoločne aj ako „DRG dokumenty“)

2. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností platí, že pod pravidlami pre výpočet prípadových paušálov a zlučovanie hospitalizačných prípadov podľa písm. f) bodu 1 tejto časti prílohy sa rozumie príslušný právny predpis upravujúci zúčtovanie hospitalizačných prípadov v systéme úhrad podľa DRG v platnom znení. Pri zlučovaní hospitalizačných prípadov sa postupuje najmä podľa tohto dokumentu a príslušného právneho predpisu upravujúceho spracovanie a vykazovanie zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou v platnom znení.

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

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

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