



N21149 17335469 6003NSP2000117 36 0724

**Dodatok č. 36
k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti
č. 6003NSP2000117**

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

Kysucká nemocnica s poliklinikou Čadca

zastúpený: Ing. Martin Šenfeld, riaditeľ
so sídlom: Paláriková 2311, 02216 Čadca
IČO: 17335469
identifikátor poskytovateľa (prvých šesť znakov kódu poskytovateľa): N21149
(ďalej len "poskytovateľ")
(spoločne aj „zmluvné strany“)

Zmluvné strany uzatvárajú tento dodatok č. 36 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti č. 6003NSP2000117 (ďalej len „zmluva“):

**Článok 1
Predmet dodatku**

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

- Príloha č. 2a k zmluve sa nahrádza novým znením, ktoré tvorí prílohu tohto dodatku.
- V prílohe č. 4 k zmluve sa tabuľka v bode 1 v písmene c) nepovinné programy dopĺňa o nasledovné riadky:

98	Analytický dočasný medicínsky program	program I. úrovne	
99	Program pre nezaradené hospitalizačné prípady	program I. úrovne	

- Ostatné ustanovenia zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti ostávajú týmto dodatkom nezmenené.

**Článok 2
Spoločné a záverečné ustanovenia**

- Tento dodatok je neoddeliteľnou súčasťou zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Tento dodatok je vyhotovený vo dvoch rovnopisoch, z ktorých sa každý považuje za originál. Každá zo zmluvných strán obdrží po jednom vyhotovení dodatku.
- Súhlas s obsahom dodatku vyjadria zástupcovia zmluvných strán svojím podpisom na poslednej strane tohto dodatku.

3. Ak nie je dojednané inak, tento dodatok nadobúda platnosť a účinnosť dňom podpisu oboma zmluvnými stranami.

V Bratislave dňa 01.08.2024

Union zdravotná poisťovňa, a.s

Kysucká nemocnica s poliklinikou Čadca





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

.....
Ing. Martin Šenfeld, 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 vykázat má iba v tom prípade, ak zdravotná poisťovňa v období, za ktoré si tohto poistenca spätne vykazuje, neuhradila kapitáciu inému poskytovateľovi,
 - dd) má nárok, aby zdravotná poisťovňa vykonala porovnanie kapitačného stavu poistencov poskytovateľa a oznámila výsledok poskytovateľovi na základe údajov poskytnutých poskytovateľom podľa písm. db) tohto bodu a informovala poskytovateľa o skutočnom počte kapitovaných poistencov u poskytovateľa, evidovaných v informačnom systéme zdravotnej poisťovne,
 - e) Ak poskytovateľ nemal uzavretú dohodu s poistencom po dobu celého kalendárneho mesiaca, zdravotná poisťovňa má právo krátiť kapitáciu za tie dni kalendárneho mesiaca, za ktoré nebola uzavretá dohoda.

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

II. Všeobecná ambulantná starostlivosť pre dospelých

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

Špecifikácia podmienok úhrady	Kapitácia v €
poistenec vo veku od 18 rokov do 50 rokov života vrátane	3,30
poistenec vo veku od 51 rokov do 60 rokov života vrátane	3,78
poistenec vo veku od 61 rokov do 80 rokov života vrátane	6,07
poistenec vo veku od 81 rokov života	7,92

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

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

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
159b	Vykazuje sa - s kódom choroby Z00.1, Z00.0 alebo Z52* u darcov krvi alebo Z85.9 u pacientov po absolvovanej onkologickej liečbe odporúčaných na ďalšie sledovanie u lekára so špecializáciou všeobecné lekárstvo, - s výkonom 160 u poistencov vo veku od 18 rokov	0,0845
3671	Vykazuje sa - s kódom choroby Z00.1, Z00.0 alebo Z52* u darcov krvi alebo Z85.9 u pacientov po absolvovanej onkologickej liečbe odporúčaných na ďalšie sledovanie u lekára so špecializáciou všeobecné lekárstvo, - s výkonom 160	0,0845
252b	pri očkovaní proti chrípke sa vykazuje s kódom choroby Z25.1 pri povinnom očkovaní proti diftérii a tetanu sa vykazuje s kódom choroby Z00.0 alebo Z23.5 pri očkovaní proti vírusovej hepatitíde typu A sa vykazuje s kódom choroby Z20.5 alebo Z24.6 pri očkovaní proti vírusovej hepatitíde typu B sa vykazuje s kódom choroby Z20.5 alebo Z24.6 pri očkovaní proti vírusovej hepatitíde typu A + B sa vykazuje s kódom choroby Z20.5 alebo Z24.6 pri očkovaní proti meningokokovej meningitíde sa vykazuje s kódom choroby Z20.8 pri očkovaní proti kliešťovej encefalitíde sa vykazuje s kódom choroby Z24.1 pri očkovaní proti pneumokokom sa vykazuje s kódom Z23.8 v zmysle indikačných obmedzení pri očkovaní proti osýpkam sa vykazuje s kódom choroby Z27.4, Z27.8 alebo Z24.4	0,0931
25 26 29	Výkon je možné vykázat: - u poistencov imobilných alebo so zhoršeným zdravotným stavom, ktorý mu neumožňuje absolvovať vyšetrenie v ambulancii, - s výkonom 252b, ak ide o vykonanie očkovania na základe rozhodnutia regionálneho úradu verejného zdravotníctva alebo Úradu verejného zdravotníctva SR u poistencov, ktorí dlhodobo odmietajú dostaviť sa do ambulancie poskytovateľa za účelom vykonania očkovania. O uvedených skutočnostiach vykoná poskytovateľ záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca. Návštevný výkon sa akceptuje max. 1x za deň v rámci návštevy jedného miesta, a to aj v prípade, ak sa na tej istej adrese poskytuje starostlivosť viacerým poistencom. Ďalšie výkony pri návšteve možno vykazovať za podmienok stanovených zmluvou.	0,0349
4;5;6;30	Výkony sa vykazujú nasledovne: - výkon 4 s výkonom 25 alebo 26 - výkon 5 s výkonom 26 a s výkonom 30 - výkon 6 s výkonom 26 alebo 29 a s výkonom 30 - výkon 30 s výkonom 26 alebo 29	0,0349
40	Zotrúvanie poskytovateľa pri poistencovi mimo ambulancie cez deň (za každú začatú polhodinu), najmä v súvislosti s potrebou jeho zotrúvania do príchodu záchranej zdravotnej služby zabezpečujúcej prevoz poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti; vyžaduje sa odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii poistenca.	0,0349
41	Zotrúvanie poskytovateľa pri poistencovi mimo ambulancie v noci medzi 20.00 a 7.00 hodinou (za každú začatú polhodinu), najmä v súvislosti s potrebou jeho zotrúvania do príchodu záchranej zdravotnej služby zabezpečujúcej prevoz poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti; vyžaduje sa odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii poistenca.	0,0349

5702	Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie aspoň s 10 QRS komplexami, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil. Vyhotovený EKG záznam zostáva súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca.	0,01000
5300	USG vyšetrenie – hornej časti brucha Výkon je možné: - vykazovať najviac 1x za deň, - kombinovať aj s výkonmi 25, 26 alebo 29. Podmienkou úhrady je potvrdenie o odbornej spôsobilosti poskytovateľa (lekára) – zdokladovanie certifikátu o spôsobilosti vykonávať dané vyšetrenia vydaného na to oprávnenou slovenskou vzdelávacou ustanovitzňou alebo zdokladovanie certifikátu uznaného Ministerstvom zdravotníctva SR.	0,01075
5301	USG vyšetrenie – jedného orgánu alebo orgánového systému Výkon je možné: - vykazovať najviac 1x za deň (maximálne 6x za kalendárny rok), - kombinovať aj s výkonmi 25, 26 alebo 29, - realizovať aj s využitím metódy POCUS (point of care ultrasound) za podmienok: • vykonáva sa pri závažnej zmene zdravotného stavu pacienta, ktorá vyžaduje rýchlu diferenciálnu diagnostiku alebo diagnostiku prostredníctvom POCUS a liečbu, prípadne jej úpravu, • v cene výkonu je zahrnutý výkon POCUS, zaznamenanie a vyhodnotenie výsledku vyšetrenia v zdravotnej dokumentácii, návrh ďalšieho postupu, záznam o liečbe a prípadnej zmene liečby, termín kontrolného vyšetrenia a poučenie poistenca. Podmienkou úhrady je potvrdenie o odbornej spôsobilosti poskytovateľa (lekára) – zdokladovanie certifikátu o spôsobilosti vykonávať dané vyšetrenia vydaného na to oprávnenou slovenskou vzdelávacou ustanovitzňou, zdokladovanie certifikátu uznaného Ministerstvom zdravotníctva SR alebo predloženie dokladu o absolvovaní kreditového kurzu vydaného odbornou spoločnosťou a uznaného zdravotnou poisťovňou.	0,01075
4571a	C - reaktívny proteín, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil (380 bodov).	0,0158
1b	Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty alebo telefonicky (160 bodov) Konzultácia s pacientom prostredníctvom elektronickej pošty (email), SMS alebo telefonicky obsahuje cielenú 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. 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 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.	0,027
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 / vyšetrovaného orgánu pre pridanie do zdravotnej dokumentácie a obsahuje cielenú 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 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 odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi,	0,027

	vykazuje sa samostatne, najviac 1x deň.	
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 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 terapeutической starostlivosti. Poskytovateľ v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z. vykoná zápis do zdravotnej dokumentácie daného poistenca o poskytnutí telefonickej 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. 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. 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). 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.	0,027
-	Výkony (okrem SVLZ výkonov) neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanému poistencovi	0,0349
-	SVLZ výkony neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanému poistencovi	0,0100
-	Výkony (okrem SVLZ výkonov) zdravotnej starostlivosti poskytnuté poistencovi EÚ s výnimkou výkonov, pre ktoré je v tejto časti prílohy určená iná cena bodu alebo cena výkonu	0,0349
-	SVLZ výkony zdravotnej starostlivosti poskytnuté poistencovi EÚ s výnimkou výkonov, pre ktoré je v tejto časti prílohy určená iná cena bodu alebo cena výkonu	0,0100

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

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena výkonu v €
60	Komplexné vyšetrenie poistenca pri prevzatí dospeléj osoby do zdravotnej starostlivosti a prvotné komplexné vyšetrenie s vystavením zdravotného záznamu. Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok: – Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z. – Poskytovateľ poskytne poistencovi komplexné vyšetrenie (kompletná anamnéza, vyšetrenie všetkých orgánových systémov, založenie zdravotnej dokumentácie a	5,25

	stanovenie diagnostického záveru a diagnostického a liečebného plánu) v termíne do 60 dní od podpísania dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. - Kontrola povinného očkovania poistenca. - Kontrola poslednej preventívnej prehliadky poistenca. Výkon je možné kombinovať s výkonom 5702 u poistencov starších ako 40 rokov, ak ho poskytovateľ sám urobil a vyhodnotil.	
60b	Základné predoperačné vyšetrenie zahŕňa potrebné odbery krvi, zhodnotenie laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení a zaradenie pacienta do rizikovej skupiny ASA. Ak ďalej nie je uvedené inak, výkon možno vykazovať iba raz v rámci jednej operácie, výkon sa vykazuje s kódom choroby, pre ktorú je poistenec plánovaný na operáciu. Zdravotná poisťovňa akceptuje vykázanie výkonu aj opakovane pre účely toho istého operačného zákroku, ak je predoperačné vyšetrenie opakované z dôvodu zrušenia operačného zákroku a z dôvodu uplynutia platnosti predoperačného vyšetrenia podľa klasifikácie ASA. V prípade odoslania poistenca na vykonanie predoperačného vyšetrenia k lekárovi špecializovanej zdravotnej starostlivosti, zdravotná poisťovňa poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súvislosti s predoperačným vyšetrením uhrádza v rámci kapitačnej platby za poistenca.	17,51
62a	Cielené vyšetrenie pacienta s respiračným syndrómom pri pandémii COVID-19 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 laboratórnych 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. 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-CoV2 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	20,00
159a	Vykazuje sa pri pozitívnom výsledku - u poistencov vo veku nad 40 rokov 1x za dva kalendárne roky s kódom choroby Z00.0 alebo Z12.1 - u poistencov aj vo veku do 40 rokov s pozitívnou rodinnou anamnézou karcinómu hrubého čreva a konečníka s kódom choroby Z80.0	12,36
159z	Vykazuje sa pri negatívnom výsledku - u poistencov vo veku nad 40 rokov 1x za dva kalendárne roky s kódom choroby Z00.0 alebo Z12.1 - u poistencov aj vo veku do 40 rokov s pozitívnou rodinnou anamnézou karcinómu hrubého čreva a konečníka s kódom choroby Z80.0	12,36
159x	Vykazuje sa pri neznámom / znehodnotenom teste - u poistencov vo veku nad 40 rokov 1x za dva kalendárne roky s kódom choroby Z00.0 alebo Z12.1 - u poistencov aj vo veku do 40 rokov s pozitívnou rodinnou anamnézou karcinómu hrubého čreva a konečníka s kódom choroby Z80.0	12,36
160	Vykazuje sa - 1x za 2 roky s kódom choroby Z00.0 alebo - 1x za rok u darcov krvi s kódom choroby Z52* alebo - 1x za rok u pacientov po absolvovanej onkologickej liečbe, odporúčaných na ďalšie sledovanie u lekára so špecializáciou všeobecné lekárstvo, s kódom choroby Z85.9. - s výkonom 5702 (výkon je hrazený osobitne) u poistencov, ktorí dovŕšili 40 rokov veku, ak poskytovateľ sám urobil a vyhodnotil, - aj s inými výkonmi, ak je v podmienkach ich úhrady uvedené, že sa vykazujú v rámci preventívnej prehliadky.	30,85
163	Obsahom zdravotného výkonu je realizácia testu na zistenie rizika kognitívneho deficitu, určeného zdravotnou poisťovňou (ďalej len „test zdravotnej poisťovne“) alebo MOCA testu, ktorý/ktorého - sa môže vykonať u poistencov vo veku nad 50 rokov maximálne 1x za dva kalendárne roky v rámci preventívnej prehliadky, alebo v prípade záujmu poistenca, - sa vykazuje s diagnózami v závislosti od výsledku testu: • negatívny výsledok testu: Z00.0 (všeobecné lekárske vyšetrenie) • pozitívny výsledok testu: Z03.2 (pozorovanie pri podozrení na duševnú poruchu a poruchu správania), - výstupom je celkové dosiahnuté skóre, - po vyplnení zostáva súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca. Výsledok testu všeobecný lekár oznámi poistencovi, poskytne mu informácie a zabezpečí je	7,00

	ďalší manažment (napr. odporúčenie odborného vyšetrenia u špecialistu). 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, ktorých poskytovateľ zastupuje.	
250D	Delegovaný odber biologického materiálu na základe písomnej žiadosti ŠAS pri návšteve poistenca v ambulancii VLD. Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok: - poskytovateľ dodržiava podmienky zdravotnej indikácie v zmysle účelného, efektívneho a hospodárneho nakladania s prostriedkami verejných zdrojov.	1,22
252L	Očkovanie proti ochoreniu COVID-19 v ambulancii všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo v rámci výjazdovej očkovacej služby. Ostatné podmienky úhrady výkonu upravuje Usmernenie k vykazovaniu a uhrádzaniu výkonov č. 252K a 252L v platnom znení zverejnené na webovom sídle zdravotnej poisťovne.	10,00
629b	Skríningový antigénový test SARS-CoV-2 imuno fluorescenčnou metódou Obsahová náplň výkonu: Skríningový, rýchly antigénový test SARS-CoV-2 imuno fluorescenčnou metódou zahŕňa odber biologického materiálu na stanovenie antigénov SARS-CoV-2 imuno fluorescenčnou 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. 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. Odber pre účely výkonu sa vykonáva s použitím osobitných ochranných pracovných prostriedkov: - respirátor FFP2-3, respirátor musí byť prekrytý rúškom, ak má výdychový ventil, - ochranný plastický tvárový štít alebo okuliare, - jednorazové rukavice. Zároveň sú splnené aj tieto podmienky: - zrealizuje sa dezinfekcia bezprostredného priestoru po odbere pre účely daných výkonov, - poskytovateľ v prípade pozitívne testovaného poistenca zabezpečí ďalší manažment starostlivosti o pacienta. Výkon 629b nie je možné vzájomne kombinovať s výkonom 629a pri jednom vyšetrení pacienta.	10,20
1540	Výplach zvukovodu (jedno ucho). Výkon sa uhrádza 2x ročne u jedného poistenca.	1,16
5702Z	Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie aspoň s 10 QRS komplexami ako súčasť predoperačného vyšetrenia; vykazuje sa s výkonom 60b. Vyhodený EKG záznam zostáva súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca. Zdravotná poisťovňa akceptuje vykázanie výkonu aj opakovane pre účely toho istého operačného zákroku, ak je predoperačné EKG opakované z dôvodu zrušenia operačného zákroku a z dôvodu uplynutia platnosti predoperačného vyšetrenia podľa klasifikácie ASA.	5,52
5715	24 hodinové monitorovanie tlaku krvi pre diagnostiku a liečbu arteriálnej hypertenzie u dospelých pacientov v ambulancii všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti (ďalej aj ako „výkon AMTK v ambulancii VLD“). Výkon AMTK v ambulancii VLD pre účel tejto prílohy zahŕňa meranie a vyhodnotenie tohto výkonu na základe Klinických indikácií pre meranie tlaku krvi mimo ambulancie na diagnostické účely, pokiaľ vyšetrenie nemožno nahradiť domácim monitorovaním tlaku krvi. Výkon sa uhrádza, ak: - pri realizácii výkonu AMTK v ambulancii VLD boli dodržané podmienky indikácie a štandardné terapeutické postupy, - indikácia poskytnutia výkonu zodpovedá klinickému stavu a stanoveným odporúčaniam, - kontrola vyšetrením maximálne 1x za kalendárny rok podľa zdravotného stavu poistenca; v prípade nutnosti častejšej kontroly písomné zdôvodnenie PZS, - v aktuálnom kalendárnom roku nebol výkon vykonaný v ambulancii špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti príslušného špecializačného odboru, - je zabezpečené správne vedenie a archivovanie zdravotnej dokumentácie pacienta vrátane písomného záznamu, vyhodnotenia vyšetrenia a diagnostického záveru.	19,21
H0003	Iniciálne vyšetrenie poistenca s arteriálnou hypertenziou a/alebo dyslipidémiou a/alebo obezitou a/alebo prediabetes Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok: Diferenciálna diagnostika arteriálnej hypertenzie a/alebo dyslipidémie a/alebo obezity a/alebo	14,00

	prediabetes. Ak ide o poistenca, ktorý má len izolovanú obezitu (t.j. nemá artériovú hypertenziu a/alebo dyslipidémiu a/alebo prediabetes), podmienkou úhrady je aj: - BMI: 30 – 34,99 (obezita I. stupňa) alebo 35 – 39,99 (obezita II. stupňa) alebo - nad 40 (obezita III. stupňa) - a súčasne prítomný marker vysokého rizika vzniku metabolických a obehových komplikácií spojených s obezitou na základe distribúcie tuku - obvod pásu v cm: muži nad 102 cm, ženy nad 88 cm. Vykázanie výkonu 1x za kalendárny rok po stanovení diagnostického záveru a diagnostické a liečebného plánu zdravotnej poisťovni nad rámec kapitácie s príslušnou diagnózou zistenú pri vyšetrení. Za iniciálne vyšetrenie sa považuje stav, keď poistenec v bezprostredne predchádzajúcich 2 kalendárnych rokoch nebol sledovaný ani liečený pre artériovú hypertenziu a/alebo dyslipidémiu a/alebo obezitu a/alebo prediabetes. V cene výkonu je zahrnuté komplexné vyšetrenie poistenca, vyhodnotenie laboratórnych doplnkových a pomocných vyšetrení, odporúčenie ďalšej diagnostiky a liečby a stanovenie ďalšieho postupu. V prípade hodnotenia laboratórnych alebo zobrazovacích vyšetrení pri iniciálnom vyšetrení poisťovňa akceptuje aj vyšetrenia, ktoré neboli realizované bezprostredne v čase vyšetrenia dátum ich realizácie nie je starší ako 6 mesiacov (180 dní) pred vykonaním vyšetrenia a zároveň výsledok vyšetrení dosahoval fyziologické hodnoty a nie je žiadny medicínsky predpoklad, že výsledky by mohli byť významne zmenené. V tomto prípade je poskytovateľ povinný zaznamenať alebo založiť do zdravotnej dokumentácie všetky výsledky tak, aby bol zrejmý dátum ich realizácie a výsledok jednotlivých parametrov a jeho vyhodnotenie v rámci diferenciálnej diagnostiky alebo liečebného plánu. V prípade laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení realizovaných iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti alebo realizovaných za účelom iných potrebných vyšetrení, ktorých výsledok bol vo fyziologickom rozmedzí, poisťovňa ich bude akceptovať za podmienky, že neprekročili odporúčaný časový interval, pokiaľ budú zaznamenané v zdravotnej dokumentácii. Pokiaľ vyšetrenia a ich výsledky neboli realizované alebo neboli v rozmedzí fyziologických hodnôt, tak je potrebné ich vyšetriť a výsledok zaznamenať do zdravotnej dokumentácie poistenca. V opačnom prípade výkon H0003 nebude akceptovaný. Pokiaľ je potrebné, vzhľadom k zdravotnému stavu poistenca vykonať ďalšie doplňujúce vyšetrenia potrebné k diagnostike a liečbe poistenca s artériovou hypertenziou a/alebo dyslipidémiou a/alebo obezitou a/alebo prediabetes nad stanovený rámec, ošetrojúci lekár zdôvodní ich vykonanie a výsledky zaznamená do zdravotnej dokumentácie poistenca.	
H0004	Kontrolné vyšetrenie poistenca s artériovou hypertenziou a/alebo dyslipidémiou a/alebo obezitou a/alebo prediabetes Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok: Vykázanie výkonu s príslušnou korektnou diagnózou: artériová hypertenzia a/alebo dyslipidémia a/alebo obezita a/alebo prediabetes maximálne 3x za kalendárny rok. V prípade vyššej frekvencie návštev je ďalšia poskytnutá zdravotná starostlivosť uhrádzaná cenou kapitácie. Ak ide o poistenca, ktorý má len izolovanú obezitu (t.j. nemá artériovú hypertenziu a/alebo dyslipidémiu a/alebo prediabetes), podmienkou úhrady je aj: - BMI: 30 – 34,99 (obezita I. stupňa) alebo 35 – 39,99 (obezita II. stupňa) alebo - nad 40 (obezita III. stupňa) - a súčasne prítomný marker vysokého rizika vzniku metabolických a obehových komplikácií spojených s obezitou na základe distribúcie tuku - obvod pásu v cm: muži nad 102 cm, ženy nad 88 cm. Za kontrolné vyšetrenie sa považuje stav, keď poistenec má diagnostikovanú artériovú hypertenziu a/alebo dyslipidémiu a/alebo obezitu a/alebo prediabetes a je v starostlivej starostlivosti všeobecného lekára a zároveň nie je pre dané diagnózy trvale sledovaný a pravidelne kontrolovaný (najmä dispenzarizovaný) alebo liečený u lekára - špecialistu, okrem pomocného alebo konziliárneho vyšetrenia u lekára špecialistu alebo iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti za účelom konzultácie alebo vykonania zobrazovacieho vyšetrenia. V prípade konfliktu (neuznania výkonu) zdravotná poisťovňa na základe reklamácie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti vyúčtovania preverí text výmenného lístka a obsah požiadaviek všeobecného lekára na poskytnutie zdravotnej starostlivosti v ambulancii lekára - špecialistu. V cene výkonu je zahrnuté komplexné vyšetrenie poistenca, vyhodnotenie výsledkov všetkých dostupných vyšetrení, odporúčenie ďalšej liečby a stanovenie ďalšieho postupu. Pokiaľ vyšetrenia a ich výsledky neboli realizované alebo neboli v rozmedzí fyziologických hodnôt, tak je potrebné ich vyšetriť a výsledok zaznamenať do zdravotnej dokumentácie poistenca. V opačnom prípade výkon H0004 nebude akceptovaný. Pokiaľ je potrebné vykonať ďalšie doplňujúce vyšetrenia potrebné k diagnostike a liečbe poistenca s artériovou hypertenziou a/alebo dyslipidémiou a/alebo obezitou a/alebo prediabetes	14,00

	alebo liečbou nad stanovený rámec, ošetrojúci lekár ich urobí sám, zdôvodní ich vykonanie výsledky do zdravotnej dokumentácie poistenca. V prípade hodnotenia laboratórnych alebo zobrazovacích vyšetrení pri kontrolnom vyšetrení poisťovňa akceptuje aj vyšetrenia, ktoré neboli realizované bezprostredne v čase vyšetrenia dátum ich realizácie nie je starší ako 6 mesiacov (180 dní) pred vykonaním vyšetrenia a zároveň výsledok vyšetrení dosahoval fyziologické hodnoty a nie je žiadny medicínsky predpoklad, že výsledky by mohli byť signifikantne zmenené. V tomto prípade je poskytovateľ povinný zaznamenať alebo založiť do zdravotnej dokumentácie všetky výsledky tak, aby bolo zrejmé dátum ich realizácie a výsledok jednotlivých parametrov a jeho vyhodnotenie v rámci diferenciálnej diagnostiky alebo liečebného plánu. V prípade laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení realizovaných iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti alebo realizovaných za účelom iných potrebných vyšetrení, ktorých výsledok nie starší ako 6 mesiacov (180 dní) bol vo fyziologickom rozmedzí, poisťovňa ich bude akceptovať za podmienky, že neprekročili odporučený časový interval, pokiaľ budú zaznamenané v zdravotnej dokumentácii.	
H0006	Stratifikácia kardiovaskulárneho rizika Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok: – poskytovateľ vykonáva u poistencov nad 40 rokov stratifikáciu kardiovaskulárneho rizika systémom SCORE2 a SCORE2-OP, – maximálne 1x za kalendárny rok u jedného poistenca, v prípade potreby vyššej frekvencie je úhrada za ďalšiu stratifikáciu zahrnutá v kapitácii, – v rámci preventívnej prehliadky sa vykonáva s diagnózou Z00.0, Z52* alebo Z85.9, – ak je vykázaný pri starostlivosti o pacienta s artériovou hypertenziou a/alebo dyslipidémiou a/alebo obezitou a/alebo prediabetes (výkon č. H0003/H0004), vykonáva sa s kódom diagnózy, pre ktorú bola stratifikácia kardiovaskulárneho rizika u poistenca vykonaná (I10* alebo E78* alebo E66*), a súčasne poistenec nie je trvale sledovaný a pravidelne kontrolovaný (najmä dispenzarizovaný) u iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti pre dané ochorenie, – ak je s výkonom v dávke 751b Dátové rozhranie – Vykazovanie výkonov v ambulantnej zdravotnej starostlivosti určenom príslušným metodickým usmernením Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, v položke č. 13 – PRIPOČITATEĽNÁ POLOŽKA v závislosti od rizika alebo dosiahnutého skóre vykázaná pripočítateľná položka v tvare: • SKOR01 pri nízkom riziku, • SKOR02 pri strednom riziku, • SKOR03 pri vysokom riziku, • SKOR04 pri veľmi vysokom riziku, • SKOR05 pri extrémne vysokom riziku. pričom na 5. a 6. mieste položky je vyjadrenie dosiahnutého skóre, – poskytovateľ súhlasí, aby zdravotná poisťovňa analyzovala údaje o dosiahnutom skóre jeho kapitačného kmeňa pre účely benchmarku poskytovateľov zdravotnej starostlivosti; o výsledkoch takejto analýzy zdravotná poisťovňa môže oboznámiť poskytovateľa. Podmienkou úhrady je vloženie vyhodnotenia výsledku vyšetrenia do systému eZdravie.	5,82
H0007	Meranie INR z kapilárnej krvi všeobecným lekárom pre dospelých (ďalej aj ako „vyšetrenie INR VLD“) sa uhrádza, ak poskytovateľ: - je držiteľom certifikátu o absolvovaní certifikačného školenia na Lekárskej fakulte Slovenskej zdravotníckej univerzity (LF SZU) alebo predloží písomné čestné vyhlásenie, že sa oboznámil a bude dodržiavať postupy antikoagulačnej liečby zverejnené na webovom sídle zdravotnej poisťovne, - je účastníkom povinného externého hodnotenia kvality akreditovaným prevádzkovateľom EHK so získaním osvedčenia o účasti a absolvovaní externého hodnotenia kvality v dvojročnom cykle, - 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. Poskytovateľ je povinný v polročných intervaloch vyhodnotiť a v dokumentácii zaznamenať hodnotu TTR. V prípade dvoch za sebou nasledujúcich neuspokojivých hodnôt TTR je poskytovateľ povinný odoslať pacienta na ďalší manažment antikoagulačnej liečby na pracovisko ŠAS (hematolog, kardiológ, internista). Vyšetrenie INR VLD v ambulancii lekára nie je povolené vykázať, ak súčasne v ten istý deň bolo toto vyšetrenie indikované do laboratória. Maximálna frekvencia vyšetrení INR VLD v ambulancii lekára u jedného poistenca je 16x za rok.	6,06
H0008	Stanovenie indexu ABI oscilometrickou metódou	6,98

	Obsahom zdravotného výkonu je meranie a vyhodnotenie indexu ABI oscilometrickou metódou na štyroch končatinách pri včasnej diagnóze ischemickej choroby dolných končatín (ICHDK). Výkon sa uhrádza: 1. u symptomatických pacientov s podozrením na ICHDK, 2. u asymptomatických pacientov nad 50 rokov s minimálne jedným rizikovým faktorom (arteriálna hypertenzia, abnormálne EKG, diabetes mellitus, obezita s BMI nad 30, fajčiari, vysoká hladina celkového cholesterolu, porucha metabolizmu lipidov, pacienti a postihnutí koronárnymi alebo cerebrálnymi artériami, a pod.), 3. u všetkých poistencov nad 60 rokov. V prípadoch definovaných pod bodom 2 a 3 zdravotná poisťovňa akceptuje a osobitne nad rámec kapitácie uhrádza výkon 1x za 2 kalendárne roky pri vykázaní preventívnej prehliadky. Podmienkou úhrady je vloženie vyhodnotenia výsledku vyšetrenia do systému eZdravie. Výkon nebude akceptovaný a uhradený, ak dané vyšetrenie bolo vykonané v špecializovanej ambulantnej starostlivosti alebo ak je poistenec trvale sledovaný a pravidelne kontrolovaný (najmä dispenzarizovaný) u poskytovateľa špecializovanej ambulantnej starostlivosti kvôli ICHDK.	
FOB	Uhrádza sa nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok: Vykazuje sa ako pripočítateľná položka k výkonom 159a, 159z, 159x 1x za dva kalendárne roky u kapítovaných poistencov vo veku 40 – 75 rokov života. Poskytovateľ poistenca preukázateľne pozval na vyšetrenie (SMS, mail, list), pričom kópiu pozvánky formou SMS, mailu alebo listu založil do zdravotnej dokumentácie poistenca. V prípade pozitivity výsledku vyšetrenia FOB (TOKS) poskytovateľ poučil poistenca o možnosti vykonania kolonoskopického vyšetrenia u zmluvných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorých zoznam vedie zdravotná poisťovňa na svojom webovom sídle. Súhlas a porozumenie s obsahom poučenia poistenec potvrdí svojím podpisom v zdravotnej dokumentácii podľa príslušného ustanovenia zákona č. 576/2004 Z. z.	2,00
EDU	Uhrádza sa nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok: Vykazuje sa ako pripočítateľná položka maximálne 1x za kalendárny rok k výkonu H0003 a 3x za kalendárny rok k výkonu H0004. V prípade vyššej frekvencie je ďalšia poskytnutá zdravotná starostlivosť uhrádzaná cenou kapitácie. Za edukáciu pacienta s arteriálnou hypertenziou a/alebo dyslipidémiou a/alebo obezitou a/alebo prediabetes pri poučení o úprave životného štýlu a/alebo farmakoterapie sa považuje jeho poučenie sestrou alebo lekárom. Konkrétny obsah edukácie určuje dokument, ktorý je uverejnený na webovom sídle poisťovne. Podpísaním tohto dokumentu pacient potvrdí poučenie sestrou alebo lekárom a následne pacientom popísaný dokument poskytovateľ založí do zdravotnej dokumentácie pacienta.	2,00
3860	Stanovenie D-diméru Uhrádza sa: – pri potrebe rýchlej diagnostiky a terapie predovšetkým tromboembolickej choroby, t.j hlbkej 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 (maximálne 3x za kalendárny rok). Vyšetrenie nie je povolené vykazať, ak poskytovateľ v ten istý deň indikoval vykonanie daného vyšetrenia aj u poskytovateľa SVLZ na laboratórnu diagnostiku.	8,95
4485	Stanovenie Troponínu Uhrádza sa: – za účelom stanovenia kardiálneho troponínu v ambulancii poskytovateľa pre potreby urychlenej a spresnenej diferenciálnej diagnostiky bolesti na hrudníku a stanovenia diagnózy akútneho infarktu myokardu za neprítomnosti zmien v EKG obraze, – len u poskytovateľa, ktorý má súčasne zazmluvnený prístroj EKG, ktorým je vybavená ambulancia poskytovateľa, v ktorej sa stanovuje troponín, – s kódmi choroby: I20.-, I20.0-1, I20.8-9, I21.-, I21.0-4, I21.9, I22.-, I22.0-1, I22.8-9, – maximálne 2x denne u jedného poistenca (maximálne 3x za kalendárny rok). Vyšetrenie nie je povolené vykazať, ak poskytovateľ v ten istý deň indikoval vykonanie daného vyšetrenia aj u poskytovateľa SVLZ na laboratórnu diagnostiku.	11,50
44418	N-terminálny fragment (NT-proBNP) Uhrádza sa: – za účelom vylúčenia akútneho srdcového zlyhania pri náhle vzniknutej dýchavičnosti a pri diagnostike včasného štádia chronického srdcového zlyhávania ako aj na spresnenie a monitorovanie účinku liečby srdcového zlyhávania, – s kódmi choroby: R06.0, I50.-, I50.0-1, I50.11-14, I50.19, I50.9, – maximálne 1x denne u jedného poistenca (maximálne 3x za kalendárny rok). Vyšetrenie nie je povolené vykazať, ak poskytovateľ v ten istý deň indikoval vykonanie daného vyšetrenia aj u poskytovateľa SVLZ na laboratórnu diagnostiku.	19,75

III. Všeobecná ambulantná starostlivosť pre deti a dospelých

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

Špecifikácia podmienok úhrady	Kapitácia v €
poistenec do 1 roka veku	10,14
poistenec od 1 do 2 rokov veku vrátane	9,00
poistenec od 3 do 5 rokov veku vrátane	7,68
poistenec od 6 do 14 rokov veku vrátane	5,26
poistenec od 15 do 18 rokov veku vrátane	3,54
poistenec od 19 do 25 rokov vrátane*	3,30

*Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti, ktorí nedoložili doklad pre kapítovanie dospelosti (doklad o úspešnom absolvovaní špecializačného odboru (atestácie) z dospelostného lekárskeho alebo doklad o úspešnom absolvovaní certifikovanej pracovnej činnosti dospelostného lekárskeho (certifikát z dospelostného lekárskeho) alebo doklad garanta pre špecializačný odbor - dospelostné lekárske (tj. licencia garanta pre dospelostné lekárske a pracovná zmluva medzi garantom a pediatrom), nemôžu vykazovať výkony naviazané na kapítovaného poistenca vo veku od 19 do 25 rokov vrátane.

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

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

Kód výkonu	Cena bodu v €
142	0,1284
143, 143a, 144, 145, 145a, 146, 146a, 146b, 146c, 148, 148a, 148b, 148c, 149, 149a, 149b, 149c, 149d, 149f, 950, 953 (pri vykázaní s kódom choroby Z00.1) Výkon 950 je možné vykázať v kombinácii s výkonom s 143, 143a, 144, 145, 145a, 146, 146a, 146b, 146c	0,0845
143, 143a, 144, 145, 145a, 146, 146a, 146b, 146c, 148 (pri vykázaní s kódom choroby P07.00, P07.01, P07.02, P07.10, P07.11, P07.12 podľa pôrodnej hmotnosti novorodenca)	0,0931

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

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
159b	Vyказuje sa - s kódom choroby Z00.1 - s výkonom 149 u poistencov v 11. až 12. roku veku alebo - s výkonom 149a u poistencov v 13. až 14. roku veku alebo - s výkonom 149d u poistencov v 17. roku veku alebo - s výkonom 160	0,0845
951	Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie v rámci kontrolných vyšetrení (mimo preventívnych prehliadok) u dojčiat do dovŕšenia 1. roku, ktoré malo suspektný nález pri výkone 950.	0,0845
952	Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie v rámci kontrolných vyšetrení (mimo preventívnych prehliadok) u batoliat od dovŕšenia 1. roku (vrátane) do dovŕšenia 3. roku, ktoré malo suspektný nález pri výkone 950.	0,0845
3671	V prípade zrealizovania vyšetrenia v ambulancii sa výkon vyказuje: - s výkonom 149, 149d alebo 160 a s kódom choroby Z00.1, Z00.0 alebo Z52* u darcov krvi alebo - u poistencov s podozrením na diabetes mellitus, poruchy metabolizmu glukózy, iné akútne stavy alebo metabolické ochorenia.	0,0845
252a	pri očkovaní proti rotavírusom sa vyказuje s kódom choroby Z25.8 alebo Z26.8	0,0931
252b	pri očkovaní proti chrípke sa vyказuje s kódom choroby Z25.1	
	pri povinnom očkovaní vrátane povinného očkovania proti diftérii a tetanu, pertusis, polio, hepatitídy typu B, hemofilus a povinného očkovania proti pneumokokom sa vyказuje s kódom choroby Z23.8 alebo Z27.1 alebo Z27.3 alebo Z27.8 alebo Z00.1,	
	pri odporúčanom (u poistencov nad 15 rokov) očkovaní proti pneumokokom sa vyказuje s kódom choroby Z23.8	
	pri očkovaní proti vírusovej hepatitíde typu A sa vyказuje s kódom choroby Z20.5 alebo Z24.6	
	pri očkovaní proti vírusovej hepatitíde typu A + B sa vyказuje s kódom choroby Z24.6	0,0931
	pri očkovaní proti meningokokovej meningitíde (A,C,W,Y,B) sa vyказuje s kódom choroby	

	Z20.8 alebo Z23.8 alebo Z26.8	
	pri očkovaní proti varicelle sa vykazuje s kódom choroby Z26.8	
	pri očkovaní proti kliešťovej encefalitíde sa vykazuje s kódom choroby Z24.1	
	pri očkovaní proti HPV u dievčat a chlapcov od 9. roku do 18. roku veku, vykazuje sa s kódom choroby Z25.8	
	pri očkovaní proti osýpkam, rubeole, parotitíde sa vykazuje s kódom Z27.4, Z27.8 alebo Z24.4	
	Nevykonaná imunizácia pre kontraindikáciu sa vykazuje s nulovou hodnotou a kódom choroby Z28.0	
	Nevykonaná imunizácia pre odmietnutie pacienta z náboženských dôvodov sa vykazuje s nulovou hodnotou a kódom choroby Z28.1	
	Nevykonaná imunizácia pre odmietnutie pacienta z iných a bližšie neurčených dôvodov sa vykazuje s nulovou hodnotou a kódom choroby Z28.2	
	Nevykonaná imunizácia pre iný dôvod sa vykazuje s nulovou hodnotou a kódom choroby Z28.8	-
	Nevykonaná imunizácia pre bližšie neurčený dôvod sa vykazuje s nulovou hodnotou a kódom choroby Z28.9	
	Nevykonaná imunizácia pre bližšie neurčený dôvod sa vykazuje s nulovou hodnotou a kódom choroby Z28.9	
25 26 29	Výkon 25 je možné vykázat: - u poistencov imobilných alebo so zhoršeným zdravotným stavom, ktorý mu neumožňuje absolvovať vyšetrenie v ambulancii, - s výkonom 252b, ak ide o vykonanie očkovania na základe rozhodnutia regionálneho úradu verejného zdravotníctva alebo Úradu verejného zdravotníctva SR u poistencov, ktorí dlhodobo odmietajú dostaviť sa do ambulancie poskytovateľa za účelom vykonania očkovania. O uvedených skutočnostiach vykoná poskytovateľ záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca. Návštevný výkon sa akceptuje max. 1x za deň v rámci návštevy jedného miesta, a to aj v prípade, ak sa na tej istej adrese poskytuje starostlivosť viacerým poistencom. Ďalšie výkony pri návšteve možno vykazovať za podmienok stanovených zmluvou.	0,0349
4;5;6;30	Výkony sa vykazujú nasledovne: - výkon 4 s výkonom 25 alebo 26 - výkon 5 s výkonom 26 a s výkonom 30 - výkon 6 s výkonom 26 alebo 29 a s výkonom 30 - výkon 30 s výkonom 26 alebo 29	0,0349
40	Zotrúvanie poskytovateľa pri poistencovi mimo ambulancie cez deň (za každú začatú polhodinu), najmä v súvislosti s potrebou jeho zotrúvania do príchodu záchranej zdravotnej služby zabezpečujúcej prevoz poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti; vyžaduje sa odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii poistenca.	0,0349
41	Zotrúvanie poskytovateľa pri poistencovi mimo ambulancie v noci medzi 20.00 a 7.00 hodinou (za každú začatú polhodinu), najmä v súvislosti s potrebou jeho zotrúvania do príchodu záchranej zdravotnej služby zabezpečujúcej prevoz poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti; vyžaduje sa odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii poistenca	0,0349
5702	Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie aspoň s 10 QRS komplexami, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil. Vyhotovený EKG záznam zostáva súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca.	0,0100
4571a	C – reaktívny proteín, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil (380 bodov)	0,0158
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 odporúčení 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 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.	0,027
11a	Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor), (210 bodov)	0,027

	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. 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.	
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 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 terapeutkej starostlivosti. Poskytovateľ v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z. vykoná zápis do zdravotnej dokumentácie daného poistenca o poskytnutí telefonickej 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. 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. 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). 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 docíliť 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.	0,027
-	Výkony (okrem SVLZ výkonov) neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanému poistencovi	0,0349
-	SVLZ výkony neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanému poistencovi	0,0100
-	Výkony (okrem SVLZ výkonov) zdravotnej starostlivosti poskytnuté poistencovi EÚ	0,0349

	s výnimkou výkonov, pre ktoré je v tejto časti prílohy určená iná cena bodu alebo cena výkonu	
-	SVLZ výkony zdravotnej starostlivosti poskytnuté poistencovi EÚ s výnimkou výkonov, pre ktoré je v tejto časti prílohy určená iná cena bodu alebo cena výkonu	0,0100

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

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena výkonu v €
160	Vyказuje sa – 1x za 2 roky s kódom choroby Z00.1, Z00.0 alebo – 1x za rok u darcov krvi s kódom choroby Z52* alebo – 1x za rok u pacientov po absolvovanej onkologickej liečbe, odporúčaných na ďalšie sledovanie u lekára so špecializáciou všeobecné lekárstvo, s kódom choroby Z85.9.	30,85
60	Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie – pri prevzatí poistenca do zdravotnej starostlivosti – maximálne 1x u jedného poistenca	5,25
60b	Základné predoperačné vyšetrenie zahŕňa potrebné odbery krvi, zhodnotenie laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení a zaradenie pacienta do rizikovej skupiny ASA. Ak ďalej nie je uvedené inak, výkon možno vykazovať iba 1x v rámci jednej operácie, výkon sa vyказuje s kódom choroby, pre ktorú je poistenec plánovaný na operáciu. Zdravotná poisťovňa akceptuje vykazovanie výkonu aj opakovane pre účely toho istého operačného zákroku, ak je predoperačné vyšetrenie opakované z dôvodu zrušenia operačného zákroku a z dôvodu uplynutia platnosti predoperačného vyšetrenia podľa klasifikácie ASA. V prípade odoslania poistenca na vykonanie predoperačného vyšetrenia k lekárovi špecializovanej zdravotnej starostlivosti, zdravotná poisťovňa poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súvislosti s predoperačným vyšetrením uhrádza v rámci kapitačnej platby za poistenca.	17,51
62a	Cielené vyšetrenie pacienta s respiračným syndrómom pri pandémii COVID-19 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 laboratórnych 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. 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 vyказuje s diagnózou U07.1, U07.3 alebo U07.4 - vyказuje maximálne 1x za 7 kalendárnych dní na jedného poistenca	20,00
67	Uhrádza sa: - u detí do dňa ich 10. narodenín (vrátane tohto dňa) pri sťaženom výkone: očkovanie alebo odber krvi, - pri novorodeneckom skríningu (odber suchej kvapky krvi) v zmysle aktuálne platnej legislatívy a za podmienky, že poskytovateľ zabezpečí doručenie vzorky do Skriningového centra novorodencov SR v Detskej fakultnej nemocnici s poliklinikou Banská Bystrica. V ostatných prípadoch je úhrada za tento výkon zahrnutá v kapitácii. Výkon je možné kombinovať aj s výkonmi 252a a 250D.	4,77
5702Z	Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie aspoň s 10 QRS komplexami ako súčasť predoperačného vyšetrenia; vyказuje sa s výkonom 60b. Vyhotovený EKG záznam zostáva súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca. Zdravotná poisťovňa akceptuje vykazovanie výkonu aj opakovane pre účely toho istého operačného zákroku, ak je predoperačné EKG opakované z dôvodu zrušenia operačného zákroku a z dôvodu uplynutia platnosti predoperačného vyšetrenia podľa klasifikácie ASA.	5,52
1544a	Otoskopické vyšetrenie jednostranne	5,12
629b	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.	10,20

	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. Odber pre účely výkonu sa vykonáva s použitím osobitných ochranných pracovných prostriedkov: - respirátor FFP2-3, respirátor musí byť prekrytý rúškom, ak má výdychový ventil, - ochranný plastický tvárový štít alebo okuliare, - jednorazové rukavice. Zároveň sú splnené aj tieto podmienky: - zrealizuje sa dezinfekcia bezprostredného priestoru po odbere pre účely daných výkonov, - poskytovateľ v prípade pozitívne testovaného poistenca zabezpečil ďalší manažment starostlivosti o pacienta. Výkon 629b nie je možné vzájomne kombinovať s výkonom 629a pri jednom vyšetrení pacienta	
10	Starostlivosť o poistenca s obezitou a/alebo arteriálnou hypertenziou a/alebo dyslipidémiou Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie - u poistenca, ktorý má aspoň jedno z nasledujúcich ochorení alebo ich kombináciu: • obezita • dyslipidémia • hypertenzia (ďalej jednotlivo aj ako „dané ochorenie“ alebo spoločne ako „dané ochorenia“) - ak ide o poistenca, ktorý má len izolovanú obezitu (t.j. nemá arteriálnu hypertenziu a/alebo dyslipidémiu), podmienkou úhrady je aj BMI nad 90 percentil pre daný vek poistenca (štandardné hodnoty BMI u detí sú stanovené príslušným odborným usmernením MZ SR), - ak poisteneц nie je trvale sledovaný a pravidelne kontrolovaný (najmä dispenzarizovaný) a/alebo liečený u iného poskytovateľa pre dané ochorenia (okrem jednorazového vyšetrenia u poskytovateľa špecializovanej ambulantnej starostlivosti za účelom konzultácie alebo vykonania zobrazovacieho vyšetrenia), - ak je vykázaný s príslušnou diagnózou, - maximálne 3x za kalendárny rok u jedného poistenca; v prípade potreby vyššej frekvencie vyšetrení je úhrada za ďalšiu zdravotnú starostlivosť zahrnutá v kapitácii, - ak poskytovateľ postupuje v súlade s príslušnými platnými odbornými usmerneniami pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti vydanými Ministerstvom zdravotníctva SR podľa príslušného ustanovenia zákona č. 576/2004 Z. z. (ak existujú), - ak poskytovateľ vykonáva príslušné zápisy v súvislosti s liečbou daného ochorenia do zdravotnej dokumentácie. V cene výkonu je zahrnuté komplexné poskytovanie zdravotnej starostlivosti v súvislosti daným ochorením, najmä - iniciálne a/alebo kontrolné vyšetrenie poistenca, - odbery na laboratórne vyšetrenia a/alebo vyhodnotenie dostupných výsledkov vyšetrení poistenca, - ďalšia zdravotná starostlivosť v zmysle príslušných odborných usmernení vydaných Ministerstvom zdravotníctva SR (ak existujú). Pre účely úhrady tohto výkonu nad rámec kapitácie zároveň platí: - o iniciálne vyšetrenie ide v prípade, keď poisteneц nebol v posledných 2 kalendárnych rokoch liečený, diagnostikovaný alebo trvale sledovaný a pravidelne kontrolovaný (najmä dispenzarizovaný) pre dané ochorenie u iného poskytovateľa, - kontrolné vyšetrenie je každé ďalšie vyšetrenie po iniciálnom vyšetrení, - pri hodnotení laboratórnych a iných výsledkov vyšetrení zdravotná poisťovňa akceptuje vyšetrenia, ktoré neboli realizované neskôr ako 3 mesiace pred dňom realizácie iniciálneho alebo kontrolného vyšetrenia, - poskytovateľ vykonáva aj priebežný selektívny skríning hypertenzie ako aj selektívny skríning dyslipidémie u poistencov v prípade pozitívnej rodinnej anamnézy.	14,00
250D	Delegovaný odber biologického materiálu na základe písomnej žiadosti ŠAS pri návšteve poistenca v ambulancii VLDD. Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok: - poskytovateľ dodržiava postup, ktorý ustanovuje príslušné odborné usmernenie MZ SR, - poskytovateľ dodržiava podmienky zdravotnej indikácie v zmysle účelného, efektívneho a hospodárneho nakladania s prostriedkami verejných zdrojov.	1,22
252L	Očkovanie proti ochoreniu COVID-19 v ambulancii všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo v rámci výjazdovej očkovacej služby. Ostatné podmienky úhrady výkonu upravuje Usmernenie k vykazovaniu a uhrádzaniu výkonov č. 252K a 252L v platnom znení zverejnené na webovom sídle zdravotnej poisťovne.	10,00

IV. Ambulantná pohotovostná služba

1. Ak ďalej nie je uvedené inak, zdravotná poisťovňa mesačne uhrádza poskytovateľovi - organizátorovi ambulantnej pohotovostnej služby (ďalej aj ako „APS“) paušálnu úhradu za všetku zdravotnou poisťovňou uznanú zdravotnú starostlivosť poskytnutú v rámci ambulancie pevnej APS (ďalej len „paušálna úhrada za APS“) a úhradu za zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony poskytnuté v rámci ambulancie doplnkovej APS (ďalej „úhrada za zdravotné výkony doplnkovej APS“).
2. Zdravotnú starostlivosť poskytnutú v rámci ambulancie pevnej alebo doplnkovej APS zdravotná poisťovňa medicínsky uznáva a uhrádza v rozsahu poskytovania všeobecnej ambulantnej starostlivosti pri náhlej zmene zdravotného stavu osoby, ktorá bezprostredne neohrozuje jej život alebo bezprostredne neohrozuje niektorú zo základných životných funkcií a pri súčasnom dodržaní požiadaviek na personálne a materiálno-technické zabezpečenie ambulancií APS určených všeobecne záväznými právnymi predpismi. Týmto nie je dotknuté poskytovanie zdravotnej starostlivosti poistencovi, ktorého zmena zdravotného stavu bezprostredne ohrozuje jeho život alebo niektorú zo základných životných funkcií.
3. Spôsob a pravidlá výpočtu výšky paušálnej úhrady za APS určuje nariadenie vlády SR č. 115/2018 Z. z., ktorým sa ustanovuje výška úhrad zdravotnej poisťovne za poskytovanie zubno-lekárskej pohotovostnej služby a ambulantnej pohotovostnej služby, spôsob výpočtu týchto úhrad v znení neskorších predpisov (ďalej len „nariadenie vlády SR. č. 115/2018 Z. z.“). Výšku paušálnej úhrady za APS zdravotná poisťovňa bez zbytočného odkladu oznámi listom poskytovateľovi. Ak organizátor APS patrí do jednej skupiny ovládaných osôb a súčasne sú na to splnené podmienky určené zákonom č. 581/2004 Z. z., znižuje sa paušálna úhrada za APS v rozsahu určenom týmto zákonom.
4. Výška úhrady za zdravotné výkony doplnkovej APS, prípadne aj výkony pevnej APS, ak sa majú hradiť nad rámec paušálnej úhrady za APS, sa určí ako súčin bodového ohodnotenia výkonu určeného nariadením vlády č. 115/2018 Z. z. a ceny bodu vyplývajúcej z nasledovnej tabuľky:

Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
Výkony sa uhrádzajú v rozsahu poskytovania všeobecnej ambulantnej starostlivosti pri náhlej zmene zdravotného stavu osoby, ktorá bezprostredne neohrozuje jej život alebo bezprostredne neohrozuje niektorú zo základných životných funkcií.	0,0270

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

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena výkonu v €
62a	Cielené vyšetrenie pacienta s respiračným syndrómom pri pandémii COVID-19 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 laboratórnych 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. 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	20,00

6. Paušálna úhrada za APS a úhrada za zdravotné výkony doplnkovej APS nezahŕňa úhradu za dopravu lekára ambulancie pevnej APS z miesta bodu ambulancie pevnej APS k poistencovi a späť.
7. Poskytovateľ – organizátor APS vykazuje do zdravotnej poisťovne všetky výkony pevnej APS a to aj v prípade, ak ich úhrada má byť podľa nariadenia vlády č. 115/2018 Z. z. zahrnutá v paušálnej úhrade za APS.
8. Ak sa v rámci pevnej APS poskytuje návštevná služba, výška úhrady za dopravu lekára z miesta bodu ambulancie pevnej APS k poistencovi a späť sa vypočíta ako súčin nevyhnutného počtu kilometrov a ceny jedného kilometra vyplývajúcej z nasledovnej tabuľky:

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

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

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

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

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

V. Zubno-lekárska pohotovostná služba

1. Zdravotné výkony zubno-lekárskej pohotovostnej služby (ďalej len „ZLPS“) sa uhrádzajú cenou bodu nasledovne:

Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
Zdravotné výkony v rozsahu poskytovania ZLPS.	0,032

2. K výške úhrady za zdravotné výkony podľa bodu 1 tejto časti prílohy sa pripočítava pre ambulanciu ZLSPP výška úhrady **0,032862** € mesačne na jedného poistenca v príslušnom spádovom území.

3. V prípade, že v rámci určitého spádového územia určeného orgánom príslušným na vydávanie povolení poskytuje ten istý druh ZLSPP viac ako jeden poskytovateľ ZLPS (ďalej len „spoločné spádové územie“), počet poistencov v tomto spoločnom spádovom území, nevyhnutný pre výpočet výšky mesačnej úhrady pre každého poskytovateľa podľa bodu 2 tejto časti prílohy, predstavuje podiel počtu poistencov s trvalým pobytom v spoločnom spádovom území a počtu poskytovateľov poskytujúcich ZLPS v spoločnom spádovom území.

4. Poskytovateľ je povinný viesť záznam o službe v ZLPS.

5. Príslušné spádové územie predstavuje spádová oblasť (okres, obvod, mesto, ulica, obec, PSČ):

6. Do úhrady za zdravotný výkon nie sú zahrnuté náklady na materiál pri výkone RTG snímok podľa bodu 7 tejto časti.

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

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

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

VI. 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	1,66

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

3. Ak nie je dojednané inak, cenou bodu sa u kapitovanej poistene a poistene 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	0,0801
102	Vyказuje sa - po potvrdení gravidity pri prvej návšteve - s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4	0,0801
103 ²	Vyказuje sa - od druhého mesiaca tehotenstva 1x za 28 dní (max. 7x u jednej poistene počas tehotenstva), ak ďalej nie je uvedené inak, - 1x týždenne v posledných 6 týždňoch tehotenstva (max. 6x u jednej poistene počas posledných 6 týždňov tehotenstva), - 2x týždenne po vypočítanom termíne pôrodu (max. 2x u jednej poistene počas jedného týždňa po vypočítanom termíne pôrodu), - s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4	0,0801
105	Vyказuje sa - 1x v súvislosti so šestonedelím - s kódom choroby Z39.2	0,0801
157	vyказuje sa - 1x za kalendárny rok u poistene od 18 rokov veku alebo od prvého tehotenstva - s kódom choroby Z01.4 alebo Z12.4	0,0801
297	Výkon sa uhrádza: - u poistene vo veku od 18 do 64 rokov - 1x za kalendárny rok - ak bol vykázaný s kódom choroby: - Z01.4 v prípade oportúnneho skríningu rakoviny krčka maternice - Z12.4 v prípade populačného skríningu rakoviny krčka maternice	0,0434
-	Nepreventívne výkony SVLZ (vrátane prístrojových)	0,01031
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	0,0801
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. až 18. roku života, vyказuje sa s kódom choroby Z25.8 Zdravotná poisťovňa výkon neuhradí, ak už bol u danej poistene v danom kalendárnom roku uhradený u iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.	0,0801
1070	Vyказuje sa - s výkonom 157 - s kódom choroby Z01.4 alebo Z12.4	0,0801
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	0,01107

² Pri rizikovom 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 skriningu. 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 odporúčení 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 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.	0,027
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 / 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 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 odporúčení 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 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	0,027

	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 terapeutickej 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. 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. 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). 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.	
-	Výkony (okrem SVLZ výkonov) neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanej poistenke	0,0349
-	SVLZ výkony neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanej poistenke	0,0100
-	Výkony (okrem SVLZ výkonov) zdravotnej starostlivosti poskytnuté poistenke EÚ s výnimkou výkonov, pre ktoré je v tejto časti prílohy určená iná cena bodu	0,0349
-	SVLZ výkony zdravotnej starostlivosti poskytnuté poistenke EÚ s výnimkou výkonov, pre ktoré je v tejto časti prílohy určená iná cena bodu	0,0100

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	Cielené vyšetrenie pacienta s respiračným syndrómom pri pandémii COVID-19 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 laboratórnych 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. 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	20,00

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	0,0323
-	Nepreventívne výkony SVLZ (vrátane prístrojových)	0,01031
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	0,0801
118	Výkon 118 sa akceptuje ako preventívny prístrojový výkon 1x týždenne počas obdobia	0,0266

	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	
1070	Vykazuje sa - s výkonom 157 - s kódom choroby Z01.4 alebo Z12.4	0,0801
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.	0,01107
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 cielenú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly, vo vzťahu k jednému orgánovému systému, popis subjektívnych ťažkostí, diagnostický záver, poučenie o dieťe 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. 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 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.	0,027
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 / vyšetrovaného orgánu pre pridanie do zdravotnej dokumentácie a obsahuje cielenú 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 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 odporúčení 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,	0,027

	- 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.	
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 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 terapeutической starostlivosti. Poskytovateľ v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z. vykoná zápis do zdravotnej dokumentácie daného poistenca o poskytnutí telefonickej 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. 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. 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). 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.	0,027

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

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena výkonu v €
62a	Cielené vyšetrenie pacienta s respiračným syndrómom pri pandémii COVID-19 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 laboratórnych 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. 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	20,00

VII. 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.	0,0323
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.	0,0323
Výkony s kódmi 60, 60r, 62, 63, 200, 201, 204, 2018, 2018a, 2100, 2101, 2106, 2000, 2001, 2002, 2003	0,0365
Cielené artrologické vyšetrenie Výkon s kódom 1A02072 zahŕňa nasledovné činnosti: • 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. Podmienky úhrady výkonu: • 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. Maximálna frekvencia vykazovania výkonu: 4 x za 12 mesiacov.	0,0323
Výkon s kódom 15d sa ohodnocuje 150 bodmi. Výkon popisu RTG natívnej snímky vykonaný lekárom špecialistom v súvislosti s uskutočneným zdravotným výkonom. Akceptuje sa u odborností ŠAS s kódmi: 001, 003, 007, 010, 011, 012, 013, 014, 027, 037, 039, 045, 049, 064, 107, 108, 109, 114, 145, 155, 156. Zápis o vykonaní výkonu lekár založí do zdravotnej dokumentácie, ktorá bude spolu s popisom RTG vyšetrenia v prípade požiadania predložená revíznemu lekárovi zdravotnej poisťovne. Zdravotná poisťovňa uhradí pri jednom rodnom čísle v jednom dni iba jeden výkon 15d; platí aj v prípade kontrolného vyšetrenia, ak je v jednom dni potrebné.	0,0200

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.	0,01031
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	0,01107
Výkony s kódmi 5330, 5331, 5332	0,00550
Výkony s kódmi 5727, 5766, 5769, 5770, 5771, 5772, 5775, 5778, 5793, 5794, 5795	0,02463
Výkon C - reaktívny proteín s kódom 4571a, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil (380 bodov)	0,01580

3. Príslušnou 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 časti 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).
60r	480	
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 laboratórnych, pomocných a konziliárnych vyšetrení, stanovenie diagnózy, vypísanie lekárskej správy, vypísanie lekárskeho predpisu, prípadne lekárskeho poukazu, vypísanie žiadaniek, indikácia potrebných laboratórnych, pomocných alebo iných odborných vyšetrení, odporúčanie terapie a ďalšieho postupu, prípadne termínu najbližšej kontroly. Výkon: - vykonáva 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	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 odporúčení 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 vykonáva 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 nevykonáva súčasne s inými výkonmi, - výkon sa nevykonáva pre telefonické objednávanie pacienta, - vykonáva sa samostatne, najviac 1x za deň, - maximálna frekvencia 3x v kalendárnom mesiaci.	0,035
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 / vyšetřovaného 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 iného lekára. Vykazovanie zdravotného výkonu:	0,035

	- 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	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 elektronicou 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 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 elektronickej 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 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 poistencovi alebo jeho zákonnému zástupcovi telefonickou formou alebo formou videohovoru alebo inou elektronicou 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 elektronicá 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 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. 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. 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). 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.	0,035

5. Cenou výkonu sa uhrádzajú nasledovné výkony:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena za výkon v €
629b	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. Výkon: - je indikovaný na základe klinickej (nie výlučne epidemiologickej) indikácie ošetrojúceho	10,20

	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. 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. Zároveň sú splnené aj tieto podmienky: - 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.	
3860	Stanovenie D-diméru Uhrádza sa: - pri potrebe rýchlej diagnostiky a terapie predovšetkým tromboembolickej choroby, t.j. hlbkej 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. Vyšetrenie nie je povolené vykazať, ak poskytovateľ v ten istý deň indikoval vykonanie daného vyšetrenia aj u poskytovateľa SVLZ na laboratórnu diagnostiku.	8,95
H0007	Meranie INR z kapilárnej krvi (ďalej aj ako „vyšetrenie INR“) sa uhrádza, ak poskytovateľ: - je držiteľom certifikátu o absolvovaní certifikačného školenia na Lekárskej fakulte Slovenskej zdravotníckej univerzity (LF SZU) alebo predloží písomné čestné vyhlásenie, že sa oboznámil a bude dodržiavať postupy antikoagulačnej liečby zverejnené na webovom sídle zdravotnej poisťovne, - je účastníkom povinného externého hodnotenia kvality akreditovaným prevádzkovateľom EHK so získaním osvedčenia o účasti a absolvovaní externého hodnotenia kvality v dvojročnom cykle, - 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 vykazať, ak súčasne v ten istý deň bolo toto vyšetrenie indikované do laboratória. Maximálna frekvencia vyšetrení INR u jedného poistenca je 16x za rok.	6,06
H0008	Obsahom zdravotného výkonu je stanovenie indexu ABI oscilometrickou metódou, meranie a vyhodnotenie indexu ABI na štyroch končatinách na zistenie zvýšeného rizika ischemickej choroby dolných končatín. Výkon sa uhrádza, ak: - bol poskytnutý poistencovi 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. Podmienkou úhrady je vloženie vyhodnotenia výsledku vyšetrenia do systému eZdravie.	6,98

6. Pevnou sumou zdravotná poisťovňa uhradza individuálne pripočítateľné položky (IPP) vykázané v dávke 753b 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	3,71	60	002; 018; 027; 040; 140;
IPP2	3,18	62	002; 018; 027; 040; 140;
IPP3	2,12	63	002; 018; 027; 040; 140;
IPP4	5,83	60	001; 003, 004; 060; 064; 116; 156
IPP5	4,24	62	001; 003, 004; 060; 064; 116; 156
IPP6	3,18	63	001; 003, 004; 060; 064; 116; 156
IPP7	1,06	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 ostatých 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.	0,0323
Výkony s kódmi 60, 62, 63, 755, 756, 760, 761, 762, 763, 763a	0,0365

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

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
1b	Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty alebo telefonicky (160 bodov) Konzultácia s pacientom prostredníctvom elektronickej pošty (email), SMS alebo telefonicky obsahuje cielenú 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. 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 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	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 / vyšetrovaného orgánu pre pridanie do zdravotnej dokumentácie a obsahuje cielenú 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 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 odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, - vykazuje sa samostatne, najviac 1x deň.	0,035
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,	0,035

	- 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.	
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 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 terapeutической starostlivosti. Poskytovateľ v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z. vykoná zápis do zdravotnej dokumentácie daného poistenca o poskytnutí telefonickej 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. 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. 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). 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.	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.	0,01031
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	0,01107
Výkon C - reaktívny proteín s kódom 4571a, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil (380 bodov)	0,0158

4. Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0779 €** 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 <u>pozitívneho</u> nálezu s kódom choroby Z12.1	1 500	vo veku nad 50 rokov, 1x za 10 rokov
760sn* 760pn*	vykazuje sa v prípade <u>negatívneho</u> nálezu s kódom choroby Z12.1		
763sp* 763pp*	vykazuje sa v prípade <u>pozitívneho</u> nálezu s kódom choroby Z12.1	3 000	
763sn* 763pn*	vykazuje sa v prípade <u>negatívneho</u> nálezu s kódom choroby Z12.1		

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

* Výkon sa uhrádza na základe splnenia povinnosti poskytovateľa podľa bodu 4.6. písm. f) tejto zmluvy, prípadne aj po preukázaní ďalších podmienok úhrady výkonu, t. j. po predložení rozhodnutia ministerstva zdravotníctva o zaradení gastroenterologického pracoviska do programu skríningu kolorektálneho karcinómu.

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 časti 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 cielenú anamnézu, popis subjektívnych ťažkostí a objektívne fyzikálne vyšetrenie so zameraním na konkrétny symptóm, syndróm alebo diagnózu, zhodnotenie dostupných laboratórnych, pomocných a konziliárnych vyšetrení, stanovenie diagnózy, vypísanie lekárskej správy, vypísanie lekárskeho predpisu, prípadne lekárskeho poukazu, vypísanie žiadaniek, indikácia potrebných laboratórnych, 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.

6. Cenou výkonu sa uhrádzajú nasledovné výkony:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena za výkon v €
629b	Skríningový antigénový test SARS-CoV-2 imuno fluorescenčnou metódou Obsahová náplň výkonu: Skríningový, rýchly antigénový test SARS-CoV-2 imuno fluorescenčnou metódou zahŕňa odber biologického materiálu na stanovenie antigénov SARS-CoV-2 imuno fluorescenčnou 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. 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. 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. Zároveň sú splnené aj tieto podmienky: - zrealizuje sa dezinfekcia bezprostredného priestoru po odbere pre účely daných	10,20

	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.	
--	--	--

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.	0,0323
Výkony s kódmi 60, 62, 63	0,0365
Výkon 15d sa ohodnocuje 150 bodmi. Výkon popisu RTG natívnej snímky vykonaný lekárom špecialistom v súvislosti s uskutočneným zdravotným výkonom. Zápis o vykonaní výkonu lekár založí do zdravotnej dokumentácie, ktorá bude spolu s popisom RTG vyšetrenia v prípade požiadania predložená revíznemu lekárovi zdravotnej poisťovne. Zdravotná poisťovňa uhradí pri jednom rodnom čísle v jednom dni iba jeden výkon 15d; platí aj v prípade kontrolného vyšetrenia, ak je v jednom dni potrebné.	0,0200
Výkon 158 sa vykazuje: – 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. Môže sa vykazať s výkonom 5302.	0,0845

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

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
1b	Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty alebo telefonicky (160 bodov) Konzultácia s pacientom prostredníctvom elektronickej pošty (email), SMS alebo telefonicky obsahuje cielenú 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. 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 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	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,	0,035

	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. 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.	
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.	0,035
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 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 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. 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. 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). 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.	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.	0,01031

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	0,01107
Výkon C - reaktívny proteín s kódom 4571a, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil (380 bodov)	0,01580

4. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné výkony ŠAS:

Kód výkonu	Počet bodov	Špecifikácia podmienok úhrady
60	420	Cena výkonu sa určí ako súčin počtu bodov podľa tejto tabuľky a (výslednej) ceny bodu za výkony ŠAS podľa tejto časti 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	Výšetrenie pacienta s potvrdeným ochorením COVID-19 Diagnostické iniciálne alebo kontrolné vyšetrenie u pacienta s potvrdeným ochorením Covid 19 obsahuje cielenú anamnézu, popis subjektívnych ťažkostí a objektívne fyzikálne vyšetrenie so zameraním na konkrétny symptóm, syndróm alebo diagnózu, zhodnotenie dostupných laboratórnych, pomocných a konziliárnych vyšetrení, stanovenie diagnózy, vypísanie lekárskej správy, vypísanie lekárskeho predpisu, prípadne lekárskeho poukazu, vypísanie žiadaniek, indikácia potrebných laboratórnych, 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 uhrádza nasledovný výkon:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena za výkon v €
629b	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. 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. Odbor pre účely výkonu sa vykonáva s použitím osobitných ochranných pracovných prostriedkov: - respirátor FFP2-3 prekrytý rúškom, - ochranný plastický tvárový štít alebo okuliare, - jednorazové rukavice. Zároveň sú splnené aj tieto podmienky: - 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	Punkcia alebo biopsia prostaty pod USG kontrolou Podmienky úhrady výkonu: - 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	Cystoskopia optickým flexibilným cystoskopom. Nie je možné kombinovať s rigidnou cystoskopiou, ktorá je vykazovaná pod kódom 1784 (u ženy) resp. 1785 (u muža).	100
4L03004	Cystoskopia digitálnym flexibilným cystoskopom. Nie je možné kombinovať s rigidnou cystoskopiou, ktorá je vykazovaná pod kódom 1784 (u ženy) resp. 1785 (u muža).	100

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.

VIII. Urgentný príjem

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

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

3. Pevná cena zahŕňa všetky náklady súvisiace s poskytovaním urgentnej zdravotnej starostlivosti okrem nákladov na:

- lieky zaradené v zozname kategorizovaných liekov a označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ a
- výkony spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“) indikované pracoviskom urgentného príjmu a realizované SVLZ pracoviskom, ak výkony neprislúchajú zariadeniam, ktoré sú súčasťou minimálneho materiálno-technického vybavenia pracoviska urgentného príjmu príslušného typu; SVLZ výkony poskytovateľ vykazuje v zmysle časti „Zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek“ tejto prílohy a ostatných ustanovení zmluvy.

4. Úhrada za expektačné lôžko poskytovateľovi patrí, ak sú zároveň splnené nasledovné podmienky:

- poskytovanie zdravotnej starostlivosti na expektačnom lôžku s kontinuálnym monitorovaním základných vitálnych funkcií v trvaní minimálne 2 hodiny a menej ako 24 hodín,
- poistenec bezprostredne potom nebol prijatý do ústavnej zdravotnej starostlivosti a
- pri vykázaní na úhradu zdravotnej poisťovni bol použitý príslušný kód **1B03001** – observácia na expektačnom lôžku.

5. Výška úhrady za expektačné lôžko je určená Cenovým opatrením MZ SR a zahŕňa náklady súvisiace s poskytovaním diagnostických výkonov (postupy nevykazované zdravotnej poisťovni na osobitnom zúčtovacom doklade), terapeutických výkonov (najmä infúzna liečba, inhalačná liečba, detoxikačná liečba, parenterálna liečba), podporných výkonov (polohovanie, aktívny ohrev, symptomatická liečba) vrátane nákladov na výkony sterilizácie.

6. Výška úhrady výkonov za poskytovanie urgentnej zdravotnej starostlivosti sa určí ako súčin počtu bodov podľa „Zoznamu výkonov a ich bodové hodnoty k zdravotným výkonom uvedeným v časti A“ uvedeným v prílohe č. 4 časť C Cenového opatrenia MZ SR a príslušnej ceny bodu dohodnutej podľa nasledovnej tabuľky:

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €
cena bodu	zdravotné výkony pri poskytnutí urgentnej zdravotnej starostlivosti	0,0323

7. V prípade, ak súčet sumy výkonov a sumy expektačných lôžok bude v danom mesiaci vyšší ako pevná cena za poskytovanie urgentnej zdravotnej starostlivosti, suma výkonov a expektácií, ktorá prevyšuje pevnú cenu, bude uhradená nad rámec pevnej ceny.

8. Na účely tejto časti prílohy sa za deti považujú osoby do dovŕšenia 19.roku veku.

IX. Stacionár

1. Výkony poskytnutej zdravotnej starostlivosti poistencovi v stacionári sa vykazujú v dátovom rozhraní pre ambulantnú zdravotnú starostlivosť (dávka 753b) a uhrádzajú cenou výkonu – jedného ošetrovacieho dňa za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a zdravotnou poisťovňou uznaný ošetrovací deň takto:

Kód výkonu	Druh zdravotníckeho zariadenia	Cena výkonu v €
8899	Stacionár v odbornosti psychiatria (opakovaná denná ambulantná starostlivosť)	X
8899	Stacionár v odbornosti detská psychiatria (opakovaná denná ambulantná starostlivosť)	X
8899	Stacionár v ostatných odbornostiach (opakovaná denná ambulantná starostlivosť)	19,00

2. Za ošetrovací deň sa považuje pobyt poistenca v stacionári 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 v príslušnej odbornosti alebo klinického psychológa v prípade stacionára v odbornosti psychiatria a detská psychiatria (spoločne aj „psychiatrický stacionár“), u ktorého je poistenec v starostlivosti (ďalej len „ošetrojúci lekár“).

4. Maximálny počet denných pobytov v stacionári u jedného poistenca v kalendárnom roku je 60, okrem psychiatrického stacionára. Maximálny počet denných pobytov v psychiatrickom stacionári u jedného poistenca v kalendárnom roku je 90. V mimoriadnych prípadoch denný pobyt poistenca v stacionári po vyčerpaní maximálneho počtu 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. V cene ošetrovacieho dňa sú zahrnuté všetky náklady, ktoré súvisia s poskytnutím zdravotnej starostlivosti poistencovi vrátane nákladov za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

6. Psychiatrický stacionár spĺňa požiadavky na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie podľa osobitného predpisu. Za splnenie predpokladov pre odbornú spôsobilosť na výkon certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia sa považuje aj zaradenie zdravotníckeho pracovníka do uvedenej certifikačnej prípravy najneskôr do 31. 03. 2023 za predpokladu prítomnosti garanta s ukončenou certifikačnou prípravou.

7. U každého poistenca sa pred začatím pobytu poistenca a po ukončení pobytu poistenca v psychiatrickom stacionári vykoná hodnotenie efektu liečby podľa štandardizovaného dotazníka CORE-OM. Vyplnené dotazníky sú súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca.

8. Zdravotná poisťovňa má právo požadovať vrátenie až 75% z úhrady za pobyt poistenca v psychiatrickom stacionári, ak

a) do 7 dní bol prijatý do ústavnej zdravotnej starostlivosti v odbornosti psychiatria, gerontopsychiatria, neuropsychiatria, medicína drogových závislostí alebo detská psychiatria (s výnimkou súdom nariadenej ochrannnej liečby ústavnou formou); to neplatí v prípade, že počas poskytovania ZS ošetrojúci zdravotnícky pracovník zistí zmenu zdravotného stavu pacienta, ktorá si vyžiada nadväzujúcu ústavnú zdravotnú starostlivosť; a/alebo

b) pomer psychoterapeutických aktivít u poistenca zodpovedajúcich výkonom s kódom 856, 855, 858, 870, 867, 868, 869, 3364, 3366 ku všetkým aktivitám počas pobytu v stacionári bol nižší ako 70%.

X. 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 operácii), 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.

XI. 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 €
Výkon 65 pri sťaženom výkone v rádiológii a v rádioterapii v prípadoch určených Katalógom zdravotných výkonov (200 bodov). Nad rámec Katalógu zdravotných výkonov je možné výkon 65 v rádiológii a v rádioterapii vykazovať aj u detí do dňa ich 10. narodenín (vrátane tohto dňa).	0,0073 €

2. Úhrada za výkony nezhŕňa 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	0,00511
Laboratórny informačný systém	
Akreditácia	

4. Poskytovateľ poskytujúci zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačnom odbore patologická anatomia 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	Skríningové cytologické vyšetrenie steru z krčka maternice realizované konvenčnou metódou.	1 000	Vykazuje sa s kódmi choroby Z01.4, Z12.4, N72, N86, N87.0, N87.1, N87.2, N87.9, N88.8, N88.9, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54.0, C54.1, C54.2, C54.3, C54.8, C54.9, C55, C80.9, D06.9, C80.0, D06.0, D06.1, D06.7, R87.60, R87.61, R87.62, R87.63, R87.64, R87.65, R87.66, R87.67 Výkon je možné vykázat maximálne 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	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,

	konvenčnou metódou /kontrolné cytologické vyšetrenie/		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 "Liguid based cytology"
--	---	--	--

Kód výkonu	Názov výkonu	Úhrada v €	Podmienky vykazovania
9952	Cytologické vyšetrenie realizované metódou "Liguid based cytology"	11	Vykazuje sa s kódmi choroby Z01.4, Z12.4, N72, N86, N87.0, N87.1, N87.2, N87.9, N88.8, N88.9, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54.0, C54.1,C54.2, C54.3, C54.8, C54.9, C55, C80.9, D06.9, C80.0, D06.0, D06.1, D06.7; R87.60, R87.61, R87.62, R87.63, R87.64, R87.65, R87.66, R 87.67 Výkon je možné vykázat maximálne 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 skriningu**- kód choroby: Z01.4
- **negatívny nález z populačného skriningu**- kód choroby: Z12.4
- **pozitívny nález** - kódy choroby: N87.9 - ASC- US, AGC - NOS; N87.0 – LSIL, N87.1 a N87.2 – HSIL, AGC – FN, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54.0, C54.1, C54.2, C54.3, C54.8, C54.9, C55, C80.9., D06.9, N72, N86, N88.8, N88.9, C80.0, D06.0, D06.1, D06.7, R87.60, R87.61, R87.62, R87.63, R87.64, R87.65, R87.66, R 87.67

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

Ďalšie podmienky úhrady za výkon 9952 sú nasledovné:

- V úhrade za výkon sú zahrnuté celkové náklady na realizáciu výkonu poskytovateľom vrátane odberového materiálu (viálky).
- 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.
- 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.
- Výkon sa uhrádza za podmienky, že pri výkone bol použitý odberový materiál (viálka), ktorú poskytovateľ dodal indikujúcemu poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti.
- 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.
- 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 skrýningom okultného krvácania v stolici výlučne s kódmi a za podmienok uvedených v tabuľke tohto bodu:

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

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

a) je účinný od nadobudnutia účinnosti zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej medzi zdravotnou

poisťovňou a poskytovateľom a platí po dobu jej platnosti, pokiaľ nebol zdravotnou poisťovňou odvolaný podľa písm. b) tohto bodu

- b) môže byť kedykoľvek, aj pred uplynutím doby uvedenej v písm. a), odvolaný na základe písomného odvolania súhlasu revízneho lekára zdravotnej poisťovne; odvolanie súhlasu nadobudne účinnosť ku dňu uvedenému v odvolaní súhlasu, a

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

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 transfúziológia, 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:

Zobrazovacia modalita	Kritérium	Cenové úrovne podľa splnenia kritérií v €	Zmluvná cena bodu v €
osteodenzitometria	-	0,005500	0,005500
Konvenčné RTG - okrem vybraných skiagrafických výkonov	-	0,008000	0,008000
Konvenčné RTG – vybrané skiagrafické výkony	RTG prístroj analógový	0,008700	N21149023501 N21149023506 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	0,003900	
	MR prístroj 0,3 T - 1,0 T	0,004200	
	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 uvedená v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne, je tento rozdiel zahrnutý do úhrady výkonu, v súvislosti s ktorým bol ŠZM použitý. Týmto bodom nie je dotknutá výška doplatku poistenca na úhradu ŠZM.

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

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

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 uchovávania RTG snímok v digitálnej podobe.
- RTG prístroj s priamou digitalizáciou je taký RTG prístroj, ktorý bol výrobcom pôvodne skonštruovaný už so zabudovanou technológiou potrebnou pre vytváranie a uchovávanie RTG snímok v digitálnej podobe.
- Poskytovateľ plní kritérium elektronického zdieľania RTG snímok s iným poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, ak má k dispozícii funkčné hardvérové a softvérové vybavenie umožňujúce bezpečné zdieľanie digitálnych RTG snímok poskytovateľa s inými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti prostredníctvom prepojenia softvérového vybavenia.
- Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti dodržiava Štandardný postup na vykonávanie lekárskeho ožiarenia - Skiagrafia a skioskopia 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	0,01063
Výkony FBLR s kódmi 509a, 512, 513, 514a, 516, 518, 522, 523a, 530, 531, 532, 533a, 540, 541, 542	0,01712

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

a) Cena výkonov sa určí ako súčin príslušného počtu bodov podľa tabuľky tohto bodu a zmluvnej ceny bodu.

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

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	0,01712
3F00092	360	Respiračná fyzioterapia skupinová.		
3F00093	450	Respiračná fyzioterapia s inhaláciou kyslíka.		

XII. 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 €
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	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. V prípade, že sa vyžaduje indikácia lekára, poskytovateľ vykáže výkon aj s uvedením kódu indikujúceho lekára. 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. V úhrade za výkon sú zahrnuté aj náklady na odberový materiál. Zdravotná poisťovňa výkon uhradí, len ak sú súčasne splnené zákonné podmienky úhrady výkonu z verejného zdravotného poistenia. 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.	26

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

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

3. Súčasťou každého výkonu uvedeného v Časti – Priamo hradené výkony pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej aj ako „PHV“) je aj hodnotenie, interpretácia, dokumentácia a archivácia výsledkov vyšetrení a záverečná správa.

4. Pod jednotlivými PHV sa rozumie skupina viacerých výkonov SVLZ v špecializačnom odbore lekárska genetika, patológia, mikrobiológia, a imunológia vykazovaných pod spoločným kódom. Cena za PHV, ktoré tvoria jednu skupinu sa uhrádza ako celok a nekombinuje sa s laboratórnymi výkonmi II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ). Indikovanie, poskytovanie a vykazovanie týchto PHV musí byť uskutočnené v súlade s aj podmienkami uvedenými v tejto časti prílohy.
5. 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.
6. Uvedené guidelines (NCCN, MZSR,) akceptujeme podľa aktuálne platnej verzie v čase vyšetrenia.

XIII. Mobilné odberové miesto

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

2. Cenou výkonu sa uhrádzajú nasledovné výkony:

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

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

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

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