



N26721 00634875 6008OPLK000113 46 0624

**Dodatok č. 46  
k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti  
č. 6008OPLK000113**

**Článok 1  
Zmluvné strany**

**Union zdravotná poisťovňa, a. s.**

zastúpená: JUDr. Peter Sloboda, senior riaditeľ nákupu ZS a vzťahov s poskytovateľmi  
so sídlom: Karadžičova 10, 814 53 Bratislava  
IČO: 36 284 831  
DIČ: 2022152517  
IBAN: SK37 8180 0000 0070 0025 6518  
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

**Oravská poliklinika Námestovo**

zastúpený: Ing. Mária Šišková, MPH, riaditeľka OP Námestovo  
so sídlom: ČK 62/30, 02901 Námestovo  
IČO: 00634875  
identifikátor poskytovateľa (prvých šesť znakov kódu poskytovateľa): N26721  
(ďalej len "poskytovateľ" alebo spoločne aj „zmluvné strany“)

Zmluvné strany uzatvárajú tento dodatok č. 46 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti č. 6008OPLK000113 (ďalej v texte aj ako „zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti“):

**Článok 2  
Predmet dodatku**

Na základe článku IX bodu 9.5. zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa zmluvné strany dohodli na tejto zmene zmluvy:

1. Body 8.2. a 8.3. článku VIII zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa menia a znejú nasledovne:  
„8.2. Poskytovateľ zásielku - faktúru spolu s prílohami ako aj ostatné doklady podľa článku V zmluvy doručuje zdravotnej poisťovni elektronicky, prostredníctvom Internetového portálu, ktorý prevádzkuje zdravotná poisťovňa na svojom webovom sídle a ktorého používanie upravujú Všeobecné podmienky podľa bodu 4.18. zmluvy.  
8.3. Zmluvné strany sa dohodli, že zásielky s výnimkou korešpondencie podľa článku V a VI tejto zmluvy a korešpondencie obsahujúcej osobné údaje alebo údaje chránené podľa osobitných predpisov, sa môžu doručovať aj e-mailom.“
2. Bod 9.3. článku IX zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa mení a znie nasledovne:  
„9.3. Zmluva sa uzatvára na dobu neurčitú s výnimkou prílohy č. 2 k tejto zmluve, ktorá je účinná do 30.06.2025.“
3. Príloha č. 2 – Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s výnimkou Časti - Finančný rozsah pre ŠAS sa nahrádza novým znením, ktoré tvorí neoddeliteľnú prílohu tohto dodatku.
4. Príloha č. 2 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, Časť - Finančný rozsah pre ŠAS sa za obdobie od 01.01.2024 do 31.12.2024 neuplatňuje.
5. Príloha č. 3 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa nahrádza novým znením, ktoré tvorí prílohu tohto dodatku.

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

### **Článok 3** **Spoločné a záverečné ustanovenia**

1. Tento dodatok je neoddeliteľnou súčasťou zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Tento dodatok je vyhotovený vo dvoch rovnopisoch, z ktorých sa každý považuje za originál. Každá zo zmluvných strán obdrží po jednom vyhotovení dodatku.
2. Súhlas s obsahom dodatku vyjadria zástupcovia zmluvných strán svojím podpisom na poslednej strane tohto dodatku.
3. Zmluvné strany vyhlasujú, že ich spoločným úmyslom a záujmom bolo uzavrieť tento dodatok s účinnosťou od 01.06.2024. Preto sa zmluvné strany dohodli na úhrade zdravotnej starostlivosti podľa článku 2 tohto dodatku aj za obdobie od 01.06.2024 do dňa nadobudnutia účinnosti tohto dodatku.
4. Tento dodatok nadobúda platnosť a účinnosť dňom podpisu zmluvnými stranami.

V Bratislave dňa 03.06.2024

Union zdravotná poisťovňa, a.s

Oravská poliklinika Námestovo



.....  
JUDr. Peter Sloboda  
senior riaditeľ nákupu ZS a vzťahov s poskytovateľmi  
na základe poverenia

.....  
Ing. Mária Šišková, MPH, riaditeľka OP Námestovo

**Príloha č. 2**  
**k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**

**Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah**

**Časť – Všeobecné ustanovenia**

1. Zdravotné výkony sa uhrádzajú v súlade so zmluvou o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a za nasledovných podmienok:

- a) Zdravotná poisťovňa uhradza 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 neuhradza 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 uhradza za nasledovných podmienok:

- a) Kapitácia je mesačná paušálna úhrada za poskytovanie zdravotnej starostlivosti jednému poistencovi (ďalej aj ako „kapitovaný poistenec“), s ktorým má poskytovateľ podľa § 12 zákona č. 576/2004 Z. z. uzavretú platnú a účinnú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „dohoda“).
- b) Pre účely úhrady kapitácie zdravotná poisťovňa akceptuje uzavretie dohody len s jedným poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti a s jedným poskytovateľom ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodnictvo. Ak poistenec uzatvorí dohodu s ďalším poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo poskytovateľom ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodnictvo, zdravotná poisťovňa pre účel úhrady kapitácie akceptuje novú dohodu len za podmienky, že predchádzajúca dohoda zanikne v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z.
- c) Kapitácia zahŕňa náklady na všetku zdravotnú starostlivosť poskytnutú kapitovanému poistencovi za daný kalendárny mesiac, ak v tejto prílohe nie je dojednané inak.
- d) Poskytovateľ:
  - da) zasiela kópiu dohody a kópiu odstúpenia od dohody s predchádzajúcim poskytovateľom zdravotnej poisťovni na jej vyžiadanie v prípade, ak v jednom kalendárnom mesiaci budú fakturovať kapitáciu na tohto istého poistenca dvaja alebo viacerí poskytovatelia; zdravotná poisťovňa je oprávnená vyžiadať kópie dohody písomne, telefonicky alebo e-mailom; za účelom prípadného doriešenia kolízie podľa tohto bodu je zdravotná poisťovňa oprávnená vyžiadať aj preukázanie odstúpenia od dohody poistencom,
  - db) zasiela k termínu 30. jún a 31. december príslušného kalendárneho roka hlásenie o počte kapitovaných poistencov zdravotnej poisťovni v elektronickej podobe v dátovom rozhraní určenom metodickým usmernením vydaným Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou; vzťahuje sa to na poskytovateľov, ktorí nevykazujú zdravotnú starostlivosť na úhradu do zdravotnej poisťovne prostredníctvom online pobočky zdravotnej poisťovne,
  - dc) má nárok na úhradu kapitácie aj spätne, ak poistenec alebo jeho zákonný zástupca neohlásil poskytovateľovi zmenu zdravotnej poisťovne; nárok na spätnú úhradu kapitácie za kapitovaného poistenca, ktorého opomenul vykázať má iba v tom prípade, ak zdravotná poisťovňa v období, za ktoré si tohto poistenca spätne vykazuje, neuhradila kapitáciu inému poskytovateľovi,
  - dd) má nárok, aby zdravotná poisťovňa vykonala porovnanie kapitačného stavu poistencov poskytovateľa a oznámila výsledok poskytovateľovi na základe údajov poskytnutých poskytovateľom podľa písm. db) tohto bodu a informovala poskytovateľa o skutočnom počte kapitovaných poistencov u poskytovateľa, evidovaných v informačnom systéme zdravotnej poisťovne,
- e) Ak poskytovateľ nemal uzavretú dohodu s poistencom po dobu celého kalendárneho mesiaca, zdravotná poisťovňa má právo krátiť kapitáciu za tie dni kalendárneho mesiaca, za ktoré nebola uzavretá dohoda.

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

## Časť - Všeobecná ambulantná starostlivosť pre dospelých

1. Kapitácia sa v závislosti od veku kapítovaného 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 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	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
159b	Vyказuje 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	Vyказuje 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 vyказuje s kódom choroby Z25.1	0,0931
	pri povinnom očkovaní proti diftérii a tetanu sa vyказuje s kódom choroby Z00.0 alebo Z23.5	
	pri očkovaní proti vírusovej hepatitíde typu A sa vyказuje s kódom choroby Z20.5 alebo Z24.6	
	pri očkovaní proti vírusovej hepatitíde typu B sa vyказuje s kódom choroby Z20.5 alebo Z24.6	
	pri očkovaní proti vírusovej hepatitíde typu A + B sa vyказuje s kódom choroby Z20.5 alebo Z24.6	
	pri očkovaní proti meningokokovej meningitíde sa vyказuje s kódom choroby Z20.8	
	pri očkovaní proti kliešťovej encefalitíde sa vyказuje s kódom choroby Z24.1	
	pri očkovaní proti pneumokokom sa vyказuje s kódom Z23.8 v zmysle indikačných obmedzení	
pri očkovaní proti osýpkam sa vyказuje s kódom choroby Z27.4, Z27.8 alebo Z24.4		
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 vyказovať za podmienok stanovených zmluvou.	0,0349
4;5;6;30	Výkony sa vyказujú 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	Zotrvávanie poskytovateľa pri poistencovi mimo ambulancie cez deň (za každú začatú polhodinu), najmä v súvislosti s potrebou jeho zotrvania do príchodu záchranej zdravotnej služby zabezpečujúcej prevoz poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti; vyžaduje sa odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii poistenca.	0,0349
41	Zotrvávanie poskytovateľa pri poistencovi mimo ambulancie v noci medzi 20.00 a 7.00 hodinou (za každú začatú polhodinu), najmä v súvislosti s potrebou jeho zotrvania do príchodu záchranej zdravotnej služby zabezpečujúcej prevoz poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti; vyžaduje sa odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii poistenca.	0,0349

<b>5702*</b>	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.	<b>0,01000</b>
<b>5300*</b>	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.	<b>0,01075</b>
<b>5301*</b>	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: <ul style="list-style-type: none"> <li>• vykonáva sa pri závažnej zmene zdravotného stavu pacienta, ktorá vyžaduje rýchlu diferenciálnu diagnostiku alebo diagnostiku prostredníctvom POCUS a liečbu, prípadne jej úpravu,</li> <li>• 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.</li> </ul> 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.	<b>0,01075</b>
<b>4571a*</b>	C - reaktívny proteín, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil (380 bodov).	<b>0,0158</b>
<b>1b</b>	Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty alebo telefonicky (160 bodov)  Konzultácia s pacientom prostredníctvom elektronickej pošty (email), SMS alebo telefonicky obsahuje cieľnú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly, vo vzťahu k jednému orgánovému systému, popis subjektívnych ťažkostí, diagnostický záver, poučenie o diéte a životospráve, v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplynuli z konzultácie ohľadom zdravotného stavu, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára, poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie.  Vykazovanie výkonu: - výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta, - zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii, - súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný čas poskytnutia zdravotného výkonu, popis zdravotného výkonu, prípadne dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne aj záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, - výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta, - vykazuje sa samostatne, najviac 1x za deň, - maximálna frekvencia: 3x v kalendárnom mesiaci.	<b>0,027</b>
<b>11a</b>	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 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	<b>0,027</b>

	<p>lekára,</p> <p>- výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, vykazuje sa samostatne, najviac 1x deň.</p>	
70	<p>Opätovné lekárske vystavenie receptov a (alebo) poukazov na základe požiadavky pacienta prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefónu (40 bodov)</p> <p>Popis výkonu: vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronickou formou pre lieky/zdravotné pomôcky/dietetické potraviny</p> <p>Vykazovanie výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta,</li> <li>- 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,</li> <li>- 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,</li> <li>- 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,</li> <li>- výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi,</li> </ul> <p>maximálna frekvencia: 3x v kalendárnom mesiaci.</p>	0,027
1b 11a 70	<p>Spoločné podmienky vykazovania a uhrádzania výkonov 1b, 11a a 70</p> <p>Union zdravotná poisťovňa, a. s. výkony akceptuje len za predpokladu, že relevantnú medicínsku radu alebo konzultáciu je možné poskytnúť poistencovi alebo jeho zákonnému zástupcovi telefonickou formou alebo formou videohovoru alebo inou elektronickou formou s ohľadom na zdravotný stav poistenca pri zachovaní správnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.. Telefonický rozhovor alebo videohovor alebo iná elektronická komunikácia medzi pacientom a lekárom musí bezprostredne súvisieť s problematikou diagnostickej alebo terapeutickje starostlivosti. Poskytovateľ v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z. vykoná zápis do zdravotnej dokumentácie daného poistenca o poskytnutí 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.</p> <p>Výkony nie je možné vzájomne kombinovať a ani kombinovať s inými výkonmi.</p> <p>Zo strany poskytovateľa sú dodržané ostatné podmienky úhrady výkonov vyplývajúce z príslušných zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v platnom znení a všeobecne záväzných právnych predpisov.</p> <p>Nástroj použitý na videokonzultáciu spĺňa základné parametre bezpečnosti prenosu dát a ochrany osobných údajov podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov a nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) č. 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (tzv. nariadenie GDPR).</p> <p>Prenos dát pri videohovore medzi pacientom a lekárom je zabezpečený takým spôsobom, že obsah videohovoru nie je dostupný ani prevádzkovateľovi nástroja, keď prevádzkovateľom nie je samotné zdravotnícke zariadenie; takého zabezpečenia je možné docieľiť tým, že hovor je po celú dobu šifrovaný a nie je distribuovaný cez ďalšie aplikačné servery. Nástroj pre registráciu pacienta nevyžaduje údaje, okrem tých, ktoré sú nevyhnutné pre samotné spustenie videohovoru.</p>	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

\* Výkon sa uhrádza na základe splnenia povinnosti poskytovateľa podľa bodu 4.6. písm. f) tejto zmluvy, prípadne aj po preukázaní ďalších podmienok úhrady výkonu. Zdravotnou poisťovňou schválený zdravotný výkon podľa predchádzajúcej vety, s uvedením kódu odbornosti ambulantnej zdravotnej starostlivosti a kódu zdravotného výkonu tvoria prílohu č. 3, ktorá tvorí neoddeliteľnú súčasť tejto zmluvy. Pre účely uhrádzania výkonov 5300 a 5301 je potrebné, aby poskytovateľ, okrem potvrdenia o odbornej spôsobilosti poskytovateľa (lekára) definovaného v podmienkach výkonu, spolu so žiadosťou o zazmluvnenie výkonov predložil zdravotnej poisťovni doklad o vlastníctve alebo prenájme prístroja s platným certifikátom (vyhlásením o zhode), zaškolením výrobcom alebo distribútorom prístroja. Pre účely uhrádzania výkonov 4571a, 5702, 5702Z, 5715, H0007, H0008, 629b, 3860, 4485 a 44418 podľa príslušných zmluvných podmienok nie je potrebné, aby poskytovateľ žiadal zdravotnú poisťovňu o zazmluvnenie uvedených výkonov v zmysle bodu 4.6. písm. f) zmluvy a ani aby boli dané výkony uvedené v prílohe č. 3 k zmluve. Pre účely vykonávania, vykazovania a uhrádzania výkonov 4571a, 5702, 5702Z, 5715, H0007, H0008, 629b, 3860, 4485 a 44418 je poskytovateľ povinný disponovať dokladom o vlastníctve alebo prenájme prístroja s platným certifikátom (vyhlásením o zhode), zaškolením výrobcom alebo distribútorom prístroja a na vyziadanie zdravotnej poisťovne tieto doklady predložiť v origináli k nahliadnutiu zdravotnej poisťovni alebo vo forme kópie ich doručiť zdravotnej poisťovni.

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 ako 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 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.	5,25
60b	Základné predoperačné vyšetrenie zahŕňa potrebné odbery krvi, zhodnotenie laboratórných 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 vykávanie 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 pandémie 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 laboratórných výsledkov (vrátane SARS-CoV-2, chrípkový vírus, RSV) vo väzbe na individuálne nastavenie ambulantnej (domácej) terapie alebo prípadného indikovania ústavnej liečby. Zdravotný výkon sa vykonáva s použitím osobných ochranných pomôcok.  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.	30,85

	<p>- s výkonom 5702 (výkon je hrazený osobitne) u poistencov, ktorí dovŕšili 40 rokov veku, ak ho poskytovateľ sám urobil a vyhodnotil,</p> <p>- aj s inými výkonmi, ak je v podmienkach ich úhrady uvedené, že sa vykazujú v rámci preventívnej prehliadky.</p>	
<b>163</b>	<p>Obsahom zdravotného výkonu je realizácia testu na zistenie rizika kognitívneho deficitu, určeného zdravotnou poisťovňou (ďalej len „test zdravotnej poisťovne“) alebo MOCA testu, ktorý/ktorého</p> <p>- 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,</p> <p>- sa vyказuje s diagnózami v závislosti od výsledku testu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• negatívny výsledok testu: Z00.0 (všeobecné lekárske vyšetrenie)</li> <li>• pozitívny výsledok testu: Z03.2 (pozorovanie pri podozrení na duševnú poruchu a poruchu správania),</li> </ul> <p>- výstupom je celkové dosiahnuté skóre,</p> <p>- po vyplnení zostáva súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca.</p> <p>Výsledok testu všeobecný lekár oznámi poistencovi, poskytne mu informácie a zabezpečí jeho ďalší manažment (napr. odporúčenie odborného vyšetrenia u špecialistu).</p> <p>Ak je poskytovateľ zastupovaný združením fyzických a/alebo právnických osôb a zdravotná poisťovňa má zámer test zdravotnej poisťovne zmeniť, zdravotná poisťovňa sa zaväzuje vopred túto zmenu prekonzultovať so združením fyzických a/alebo právnických osôb, ktoré poskytovateľa zastupuje.</p>	<b>7,00</b>
<b>250D</b>	<p>Delegovaný odber biologického materiálu na základe písomnej žiadosti ŠAS pri návšteve poistenca v ambulancii VLD.</p> <p>Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok:</p> <p>- poskytovateľ dodržiava podmienky zdravotnej indikácie v zmysle účelného, efektívneho a hospodárneho nakladania s prostriedkami verejných zdrojov.</p>	<b>1,22</b>
<b>252L</b>	<p>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.</p>	<b>10,00</b>
<b>629b*</b>	<p>Skríningový antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou</p> <p>Obsahová náplň výkonu:</p> <p>Skríningový, rýchly antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou zahŕňa odber biologického materiálu na stanovenie antigénov SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou pomocou prístroja na odčítanie výsledku reakcie, vrátane použitia osobných ochranných pracovných prostriedkov a dezinfekcie. Zdravotný výkon vykonáva lekár alebo sestra, sestra špecialistka alebo iný zdravotnícky pracovník. Vyhodnotenie je súčasťou zdravotného výkonu.</p> <p>Výkon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- je indikovaný na základe klinickej (nie výlučne epidemiologickej) indikácie ošetrojúceho lekára,</li> <li>- uhrádza sa u symptomatického pacienta s klinickými príznakmi respiračného syndrómu,</li> <li>- vyказuje sa diagnózou U07.1 alebo U07.2,</li> <li>- sa uhrádza u jedného poistenca maximálne 2x za 30 dní,</li> <li>- bol zrealizovaný za pomoci certifikovaného antigénového testu.</li> </ul> <p>Odber pre účely výkonu sa vykonáva s použitím osobitných ochranných pracovných prostriedkov:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- respirátor FFP2-3, respirátor musí byť prekrytý rúškom, ak má výdychový ventil,</li> <li>- ochranný plastický tvárový štít alebo okuliare,</li> <li>- jednorazové rukavice.</li> </ul> <p>Zároveň sú splnené aj tieto podmienky:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zrealizuje sa dezinfekcia bezprostredného priestoru po odbere pre účely daných výkonov,</li> <li>- poskytovateľ v prípade pozitívne testovaného poistenca zabezpečil ďalší manažment starostlivosti o pacienta.</li> </ul> <p>Výkon 629b nie je možné vzájomne kombinovať s výkonom 629a pri jednom vyšetrení pacienta.</p>	<b>10,20</b>
<b>1540</b>	<p>Výplach zvukovodu (jedno ucho). Výkon sa uhrádza 2x ročne u jedného poistenca.</p>	<b>1,16</b>
<b>5702Z*</b>	<p>Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie aspoň s 10 QRS komplexami ako súčasť predoperačného vyšetrenia; vyказuje sa s výkonom 60b.</p> <p>Vyhotovený EKG záznam zostáva súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca.</p> <p>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.</p>	<b>5,52</b>
<b>5715*</b>	<p>24 hodinové monitorovanie tlaku krvi pre diagnostiku a liečbu artériovej 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</p>	<b>19,21</b>



	<p>meranie tlaku krvi mimo ambulancie na diagnostické účely, pokiaľ vyšetrenie nemožno nahradiť domácim monitorovaním tlaku krvi.</p> <p>Výkon sa uhrádza, ak:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pri realizácii výkonu AMTK v ambulancii VLD boli dodržané podmienky indikácie a štandardné terapeutické postupy,</li> <li>- indikácia poskytnutia výkonu zodpovedá klinickému stavu a stanoveným odporúčaniam,</li> <li>- kontrola vyšetrením maximálne 1x za kalendárny rok podľa zdravotného stavu poistenca; v prípade nutnosti častejšej kontroly písomné zdôvodnenie PZS,</li> <li>- v aktuálnom kalendárnom roku nebol výkon vykonaný v ambulancii špecializovanej ambulancie zdravotnej starostlivosti príslušného špecializačného odboru,</li> <li>- je zabezpečené správne vedenie a archivovanie zdravotnej dokumentácie pacienta vrátane písomného záznamu, vyhodnotenia vyšetrenia a diagnostického záveru.</li> </ul>	
<b>H0003</b>	<p>Iniciálne vyšetrenie poistenca s artériovou hypertenziou a/alebo dyslipidémiou a/alebo obezitou a/alebo prediabetes</p> <p>Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok: Diferenciálna diagnostika artériovej hypertenzie a/alebo dyslipidémie a/alebo obezity a/alebo prediabetes.</p> <p>Ak ide o poistenca, ktorý má len izolovanú obezitu (t.j. nemá artériovú hypertenziu a/alebo dyslipidémiu a/alebo prediabetes), podmienkou úhrady je aj:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• BMI: 30 – 34,99 (obezita I. stupňa) alebo 35 – 39,99 (obezita II. stupňa) alebo nad 40 (obezita III. stupňa)</li> <li>• 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.</li> </ul> <p>Vykázanie výkonu 1x za kalendárny rok po stanovení diagnostického záveru a diagnostického a liečebného plánu zdravotnej poisťovni nad rámec kapitácie s príslušnou diagnózou zistenou pri vyšetrení.</p> <p>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.</p> <p>V cene výkonu je zahrnuté komplexné vyšetrenie poistenca, vyhodnotenie laboratórných, doplnkových a pomocných vyšetrení, odporúčenie ďalšej diagnostiky a liečby a stanovenie ďalšieho postupu.</p> <p>V prípade hodnotenia laboratórných alebo zobrazovacích vyšetrení pri iniciálnom vyšetrení poisťovňa akceptuje aj vyšetrenia, ktoré neboli realizované bezprostredne v čase vyšetrenia a 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 bol zrejмый dátum ich realizácie a výsledok jednotlivých parametrov a jeho vyhodnotenie v rámci diferenciálnej diagnostiky alebo liečebného plánu.</p> <p>V prípade laboratórných 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<b>14,00</b>
<b>H0004</b>	<p>Kontrolné vyšetrenie poistenca s artériovou hypertenziou a/alebo dyslipidémiou a/alebo obezitou a/alebo prediabetes</p> <p>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.</p> <p>Ak ide o poistenca, ktorý má len izolovanú obezitu (t.j. nemá artériovú hypertenziu a/alebo dyslipidémiu a/alebo prediabetes), podmienkou úhrady je aj:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• BMI: 30 – 34,99 (obezita I. stupňa) alebo</li> </ul>	<b>14,00</b>

	<p>35 – 39,99 (obezita II. stupňa) alebo nad 40 (obezita III. stupňa)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul> <p>Za kontrolné vyšetrenie sa považuje stav, keď poistenec má diagnostikovanú artériovú hypertenziu a/alebo dyslipidémiu a/alebo obezitu a/alebo prediabetes a je v 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 poskytovateľom zdravotnej starostlivosti vyúčtovania preverí text výmenného lístka a obsah požiadavky všeobecného lekára na poskytnutie zdravotnej starostlivosti v ambulancii lekára - špecialistu.</p> <p>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.</p> <p>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 alebo liečbou nad stanovený rámec, ošetrojúci lekár ich urobí sám, zdôvodní ich vykonanie a výsledky do zdravotnej dokumentácie poistenca.</p> <p>V prípade hodnotenia laboratórnych alebo zobrazovacích vyšetrení pri kontrolnom vyšetrení poisťovňa akceptuje aj vyšetrenia, ktoré neboli realizované bezprostredne v čase vyšetrenia a 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.</p> <p>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 odporúčený časový interval, pokiaľ budú zaznamenané v zdravotnej dokumentácii.</p>	
<p><b>H0006</b></p>	<p>Stratifikácia kardiovaskulárneho rizika Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– poskytovateľ vykonáva u poistencov nad 40 rokov stratifikáciu kardiovaskulárneho rizika systémom SCORE2 a SCORE2-OP,</li> <li>– maximálne 1x za kalendárny rok u jedného poistenca, v prípade potreby vyššej frekvencie je úhrada za ďalšiu stratifikáciu zahrnutá v kapitácii,</li> <li>– v rámci preventívnej prehliadky sa vykazuje s diagnózou Z00.0, Z52* alebo Z85.9,</li> <li>– ak je vykázaný pri starostlivosti o pacienta s artériovou hypertenziou a/alebo dyslipidémiou a/alebo obezitou a/alebo prediabetes (výkon č. H0003/H0004), vykazuje 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,</li> <li>– 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: <ul style="list-style-type: none"> <li>• SKOR01 pri nízkom riziku,</li> <li>• SKOR02 pri strednom riziku,</li> <li>• SKOR03 pri vysokom riziku,</li> <li>• SKOR04 pri veľmi vysokom riziku,</li> <li>• SKOR05 pri extrémne vysokom riziku.</li> </ul> </li> </ul> <p>pričom na 5. a 6. mieste položky je vyjadrenie dosiahnutého skóre, - poskytovateľ súhlasí, aby zdravotná poisťovňa analyzovala údaje o dosiahnutom skóre jeho kapitáčného 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.</p>	<p><b>5,82</b></p>
<p><b>H0007*</b></p>	<p>Meranie INR z kapilárnej krvi všeobecným lekárom pre dospelých (ďalej aj ako „vyšetrenie INR VLD“) sa uhrádza, ak poskytovateľ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- je držiteľom certifikátu o absolvovaní certifikačného školenia na Lekárskej fakulte Slovenskej zdravotníckej univerzity (LF SZU) alebo predloží písomné čestné vyhlásenie,</li> </ul>	<p><b>6,06</b></p>

	<p>že sa oboznámil a bude dodržiavať postupy antikoagulačnej liečby zverejnené na webovom sídle zdravotnej poisťovne,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- je účastníkom povinného externého hodnotenia kvality akreditovaným prevádzkovateľom EHK so získaním osvedčenia o účasti a absolvovaní externého hodnotenia kvality v dvojročnom cykle,</li> <li>- 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,</li> <li>- dodržiava indikácie a štandardné terapeutické postupy pri výkone zdravotného výkonu,</li> <li>- správne vedie a archivuje zdravotnú dokumentáciu vrátane písomného záznamu o posúdení rizika krvácania a určenia rizika tromboembolizmu pri nastavovaní pacienta na antikoagulačnú liečbu,</li> <li>- vedie dokumentáciu údržby P.O.C.T. prístroja v predpísanom režime.</li> </ul> <p>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).</p> <p>Vyšetrenie INR VLD v ambulancii lekára nie je povolené vykázať, ak súčasne v ten istý deň bolo toto vyšetrenie indikované do laboratória.</p> <p>Maximálna frekvencia vyšetrení INR VLD v ambulancii lekára u jedného poistenca je 16x za rok.</p>	
<b>H0008*</b>	<p>Stanovenie indexu ABI oscilometrickou metódou</p> <p>Obsahom zdravotného výkonu je meranie a vyhodnotenie indexu ABI oscilometrickou metódou na štyroch končatinách pri včasnej diagnóze ischemickej choroby dolných končatín (ICHDK).</p> <p>Výkon sa uhrádza:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. u symptomatických pacientov s podozrením na ICHDK,</li> <li>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.),</li> <li>3. u všetkých poistencov nad 60 rokov.</li> </ol> <p>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.</p> <p>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.</p>	<b>6,98</b>
<b>FOB</b>	<p>Uhrádza sa nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok:</p> <p>Vykazuje sa ako pripočítateľná položka k výkonom 159a, 159z, 159x 1x za dva kalendárne roky u kapítovaných poistencov vo veku 40 – 75 rokov života.</p> <p>Poskytovateľ poistenca preukázateľne pozval na vyšetrenie (SMS, mail, list), pričom kópiu pozvánky formou SMS, mailu alebo listu založil do zdravotnej dokumentácie poistenca.</p> <p>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.</p> <p>Súhlas a porozumenie s obsahom poučenia poistenec potvrdí svojím podpisom v zdravotnej dokumentácii podľa príslušného ustanovenia zákona č. 576/2004 Z. z.</p>	<b>2,00</b>
<b>EDU</b>	<p>Uhrádza sa nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok:</p> <p>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.</p> <p>Za edukáciu pacienta s artériovou 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.</p> <p>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.</p>	<b>2,00</b>
<b>3860*</b>	<p>Stanovenie D-diméru</p> <p>Uhrádza sa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pri potrebe rýchlej diagnostiky a terapie predovšetkým tromboembolickej choroby, t.j hlbokjej žilovej trombózy a/alebo pľúcnej embólie,</li> <li>- s kódmi choroby: I26.-, I26.0, I26.9, I80.0-I83.9, I87.0-I88.-,</li> <li>- maximálne 1x denne u jedného poistenca (maximálne 3x za kalendárny rok).</li> </ul>	<b>8,95</b>

	Vyšetrenie nie je povolené vykázat', ak poskytovateľ v ten istý deň indikoval vykonanie daného vyšetrenia aj u poskytovateľa SVLZ na laboratórnu diagnostiku.	
4485*	Stanovenie Troponínu Uhrádza sa: – za účelom stanovenia kardiálneho troponínu v ambulancii poskytovateľa pre potreby urýchlenej a spresnenej diferenciálnej diagnostiky bolestí 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 vykázat', 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 vykázat', ak poskytovateľ v ten istý deň indikoval vykonanie daného vyšetrenia aj u poskytovateľa SVLZ na laboratórnu diagnostiku.	19,75

\* Výkon sa uhrádza na základe splnenia povinnosti poskytovateľa podľa bodu 4.6. písm. f) tejto zmluvy, prípadne aj po preukázaní ďalších podmienok úhrady výkonu. Zdravotnou poisťovňou schválený zdravotný výkon podľa predchádzajúcej vety, s uvedením kódu odbornosti ambulantnej zdravotnej starostlivosti a kódu zdravotného výkonu tvoria prílohu č. 3, ktorá tvorí neoddeliteľnú súčasť tejto zmluvy. Pre účely uhrádzania výkonov 4571a, 5702, 5702Z, 5715, H0007, H0008, 629b, 3860, 4485 a 44418 podľa príslušných zmluvných podmienok nie je potrebné, aby poskytovateľ žiadal zdravotnú poisťovňu o zazmluvnenie uvedených výkonov v zmysle bodu 4.6. písm. f) zmluvy a ani aby boli dané výkony uvedené v prílohe č. 3 k zmluve. Pre účely vykonávania, vykazovania a uhrádzania výkonov 4571a, 5702, 5702Z, 5715, H0007, H0008, 629b, 3860, 4485 a 44418 je poskytovateľ povinný disponovať dokladom o vlastníctve alebo prenájme prístroja s platným certifikátom (vyhlásením o zhode), zaškoľením výrobcom alebo distribútorom prístroja a na vyžiadanie zdravotnej poisťovne tieto doklady predložiť v origináli k nahliadnutiu zdravotnej poisťovni alebo vo forme kópie ich doručiť zdravotnej poisťovni.

5. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi bonusy ku kapitácii za podmienok dohodnutých v tomto bode:

- a) Zdravotná poisťovňa na základe údajov zo svojho informačného systému vyhodnotí, či poskytovateľ splnil ukazovatele podľa tabuľky tohto bodu v kalendárnom polroku alebo kalendárnom roku, za ktorý sa vykonáva hodnotenie (ďalej len „hodnotené obdobie“). Ukazovateľ je dojednaná podmienka, za splnenia ktorej zdravotná poisťovňa priznáva bonus poskytovateľovi podľa tabuľky tohto bodu.
- b) Hodnotené obdobie je kalendárny polrok, ktorý bezprostredne predchádza kalendárnemu polroku, v ktorom sa vykonáva hodnotenie, s výnimkou Ukazovateľa „Preventívne prehliadky“, kde hodnoteným obdobím je bezprostredne predchádzajúci kalendárny rok, pričom do hodnotenia vstupujú len tí poistenci, ktorí mali preventívnu prehliadku absolvovať v hodnotenom období.
- c) Zdravotná poisťovňa uhrádza bonusy, pri ktorých poskytovateľ splnil ukazovatele v celom kalendárnom polroku, ktorý bezprostredne nasleduje po kalendárnom polroku, v ktorom zdravotná poisťovňa vykonala hodnotenie plnenia ukazovateľov. Zdravotná poisťovňa oznámi poskytovateľovi bonusy, pri ktorých splnil ukazovatele. Zdravotná poisťovňa môže na vybrané obdobie hodnoty priznaných bonusov navýšiť nad rámec hodnôt bonusov alebo priznať bonusy nad rámec podmienok ich priznania alebo pozmeniť hodnotené obdobie podľa tohto bodu tejto časti, o čom informuje poskytovateľa.
- d) Ukazovatele a bonusy, ktoré sa uplatňujú u poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti sú uvedené v nasledovnej tabuľke:

	Max. bonus spolu:	1,53 €	
Oblasť	Názov ukazovateľa	Špecifikácia ukazovateľa	Bonus (€)
Prevenia	Preventívne prehliadky	Splnené, ak % vykonaných kompletných preventívnych prehliadok (PP) u kapítovaných poistencov, ktorí ju mali absolvovať v hodnotenom období, bolo minimálne 21 %; v tomto prípade je priznaný bonus vo výške 0,10 €. Ak podmienka podľa predchádzajúcej vety nie je splnená, avšak % vykonaných nekompletných PP u kapítovaných poistencov, ktorí ju mali absolvovať v hodnotenom období, bolo minimálne 21 %, je priznaný bonus vo výške 0,02 €. Definícia kompletnej a nekompletnej PP je uvedená v písmene e) tohto bodu tejto časti prílohy.	0,10 (max.)
	Racionálna farmakoterapia	Splnené, ak minimálne u 10% pacientov, ktorým bol elektronicky vystavený lekársky predpis alebo lekársky poukaz, bol v deň jeho vystavenia zobrazená aj elektronická lieková knižka.	0,10
Kvalita	Náročnosť kmeňa	Ukazovateľ hodnotí náročnosť kmeňa poskytovateľa s využitím indexov rizika používaných v prerozdeľovaní poistného na verejné zdravotné poistenie podľa zákona č. 580/2004 Z. z. (demografické, farmaceuticko-nákladové a viacročné nákladové skupiny) v poslednom mesiaci hodnoteného obdobia. Porovnáva náročnosť kmeňa poskytovateľa so všetkými poskytovateľmi v danej odbornosti k poslednému mesiacu hodnoteného obdobia, na základe čoho sa vytvorí rebríček hodnotených poskytovateľov. Pásma pre stanovenie bonusu: dolných 25% poskytovateľov = bonus 0,04 €, stredné pásmo poskytovateľov = bonus 0,08 €, horných 25% poskytovateľov = bonus 0,20 €.	0,20 (max.)
	"Gatekeeping"	Splnené, ak % ošetrovaných kapítovaných poistencov odoslaných do	0,75

		ambulancie špecializovanej ambulantnej starostlivosti neprekročí 25% (vrátane) alebo je v rozmedzí od 25% do 30% (vrátane) alebo je v rozmedzí od 30% do 35% (vrátane). Pásma pre stanovenie bonusu: do 25% (vrátane) = bonus 0,75 €; od 25% do 30% (vrátane) = bonus 0,15 €; od 30% do 35% (vrátane) = bonus 0,05 €	(max.)
<b>Elektronické služby</b>	<b>eObjednávanie</b>	Ukazovateľ je splnený, ak poskytovateľ zverejní aspoň 1 termín za kalendárny mesiac (= 6 termínov za hodnotené obdobie) v jednom z online objednávkových systémov spĺňajúcich kritériá zverejnených na webovom sídle zdravotnej poisťovne. Pre účely vyhodnocovania ukazovateľa eObjednávanie poskytovateľ súhlasí, aby jeho dodávateľ online objednávkového systému poskytoval zdravotnej poisťovni údaje o využívaní tohto systému poskytovateľom v rozsahu nevyhnutnom na vyhodnotenie ukazovateľa eObjednávanie.	0,06
<b>Dostupnosť</b>	<b>Počet kapítovaných poistencov</b>	V závislosti od počtu kapítovaných poistencov u poskytovateľa k poslednému dňu hodnoteného obdobia sa výška bonusu za tento ukazovateľ určí podľa podmienok v zmysle písmena f) tohto bodu tejto časti zmluvy; výška bonusu je min. 0,01 € a max. 0,32 €.	0,32 (max.)

e) Na účely hodnotenia ukazovateľa s názvom „Preventívne prehliadky“ ide o kompletnú PP vtedy, keď okrem samotného výkonu PP bola u daného poistenca indikovaná a realizovaná aj súvisiaca diagnostika v súlade so zákonom č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti v intervale +/- 90 dní odo dňa vykonania PP. Hodnotený poskytovateľ vykazuje súvisiaci výkon len vtedy, ak ho sám realizoval. Ak súvisiaci výkon realizoval iný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, vykáže ho tento poskytovateľ zdravotnej starostlivosti. Pri vyhodnocovaní sa prihliada na to, či na rodné číslo daného poistenca, ktorý podstúpil PP, bol súvisiaci výkon vykázaný a uznaný.

f) Výška bonusu za ukazovateľ s názvom „Počet kapítovaných poistencov“ v € sa určí podľa tabuľky tohto bodu. Poskytovateľ je zaradený vždy do jedného a to najvyššieho možného pásma, ktorého spodnú hranicu už dosahuje alebo prekračuje podľa nasledovnej tabuľky:

počet kapítovaných u poskytovateľa (vrátane)	pásma pre stanovenie príslušnej hodnoty							
	od 1	od 201	od 301	od 501	od 801	od 1001	od 2001	od 2501
Výška bonusu za ukazovateľ Dostupnosť	0,01	0,04	0,08	0,12	0,16	0,20	0,25	0,32

g) V prípade, ak sa zmluvné strany nedohodnú inak platí, že na obdobie od 01.07.2025 dôjde u poskytovateľov všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti k uplatneniu nových ukazovateľov a bonusov.

## Časť - 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 dospelostvého lekárstva alebo doklad o úspešnom absolvovaní certifikovanej pracovnej činnosti dospelostvého lekárstva (certifikát z dospelostvého lekárstva) alebo doklad garanta pre špecializačný odbor - dospelostvé lekárstvo (tj. licencia garanta pre dospelostvé lekárstvo 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	Vyžaduje 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 vyžaduje: - 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 vyžaduje s kódom choroby Z25.8 alebo Z26.8	0,0931
252b	pri očkovaní proti chrípke sa vyžaduje 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 vyžaduje 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 vyžaduje s kódom choroby Z23.8	
	pri očkovaní proti vírusovej hepatitíde typu A sa vyžaduje s kódom choroby Z20.5 alebo Z24.6	

	pri očkovaní proti vírusovej hepatitíde typu A + B sa vykazuje s kódom choroby Z24.6	
	pri očkovaní proti meningokokovej meningitíde (A,C,W,Y,B) sa vykazuje 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	
<b>25 26 29</b>	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.	<b>0,0349</b>
<b>4;5;6;30</b>	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	<b>0,0349</b>
<b>40</b>	Zotrvávanie poskytovateľa pri poistencovi mimo ambulancie cez deň (za každú začatú polhodinu), najmä v súvislosti s potrebou jeho zotrvania do príchodu záchranej zdravotnej služby zabezpečujúcej prevoz poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti; vyžaduje sa odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii poistenca.	<b>0,0349</b>
<b>41</b>	Zotrvávanie poskytovateľa pri poistencovi mimo ambulancie v noci medzi 20.00 a 7.00 hodinou (za každú začatú polhodinu), najmä v súvislosti s potrebou jeho zotrvania do príchodu záchranej zdravotnej služby zabezpečujúcej prevoz poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti; vyžaduje sa odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii poistenca	<b>0,0349</b>
<b>5702*</b>	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.	<b>0,0100</b>
<b>4571a*</b>	C - reaktívny proteín, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil (380 bodov)	<b>0,0158</b>
<b>1b</b>	Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty alebo telefonicky (160 bodov)  Konzultácia s pacientom prostredníctvom elektronickej pošty (email), SMS alebo telefonicky obsahuje cieľenú 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,	<b>0,027</b>

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



	pre samotné spustenie videohovoru.	
-	Výkony (okrem SVLZ výkonov) neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanému poistencovi	<b>0,0349</b>
-	SVLZ výkony neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanému poistencovi	<b>0,0100</b>
-	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	<b>0,0349</b>
-	SVLZ výkony zdravotnej starostlivosti poskytnuté poistencovi EÚ s výnimkou výkonov, pre ktoré je v tejto časti prílohy určená iná cena bodu alebo cena výkonu	<b>0,0100</b>

\*Pre účely uhrádzania výkonov podľa príslušných zmluvných podmienok nie je potrebné, aby poskytovateľ žiadal zdravotnú poisťovňu o zazmluvnenie uvedených výkonov v zmysle bodu 4.6. písm. f) zmluvy a ani aby boli dané výkony uvedené v prílohe č. 3 k zmluve. Pri účely uhrádzania výkonov je poskytovateľ povinný od momentu poskytovania týchto výkonov disponovať dokladom o odbornej spôsobilosti na vykonávanie a vyhodnocovanie príslušných vyšetrení (špecializácia alebo certifikát) a dokladom o vlastníctve alebo prenájme prístroja s platným certifikátom (vyhlásením o zhode) a na vyžiadanie zdravotnej poisťovne tieto doklady predložiť v origináli k nahliadnutiu zdravotnej poisťovni alebo vo forme kópie doručiť zdravotnej poisťovni.

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 €
<b>160</b>	Vyказuje sa <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1x za 2 roky s kódom choroby Z00.1, Z00.0 alebo</li> <li>- 1x za rok u darcov krvi s kódom choroby Z52* alebo</li> <li>- 1x za rok u pacientov po absolvovanej onkologickej liečbe, odporúčaných na ďalšie sledovanie u lekára so špecializáciou všeobecné lekárstvo, s kódom choroby Z85.9.</li> </ul>	<b>30,85</b>
<b>60</b>	Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie <ul style="list-style-type: none"> <li>- pri prevzatí poistenca do zdravotnej starostlivosti</li> <li>- maximálne 1x u jedného poistenca</li> </ul>	<b>5,25</b>
<b>60b</b>	Základné predoperačné vyšetrenie zahŕňa potrebné odbery krvi, zhodnotenie laboratórných 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 vyказanie 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.	<b>17,51</b>
<b>62a</b>	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 laboratórných výsledkov (vrátane SARS-CoV-2, chrípkový vírus, RSV) vo väzbe na individuálne nastavenie ambulantnej (domácej) terapie alebo prípadného indikovania ústavnej liečby. Zdravotný výkon sa vykonáva s použitím osobných ochranných pomôcok.  Výkon: <ul style="list-style-type: none"> <li>- nie je možné súčasne vykazovať na úhradu do zdravotnej poisťovne s inými výkonmi,</li> <li>- 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</li> <li>- sa vyказuje s diagnózou U07.1, U07.3 alebo U07.4</li> <li>- vyказuje maximálne 1x za 7 kalendárnych dní na jedného poistenca</li> </ul>	<b>20,00</b>
<b>67</b>	Uhrádza sa: <ul style="list-style-type: none"> <li>- u detí do detí do dňa ich 10. narodenín (vrátane tohto dňa) pri sťaženom výkone: očkovanie alebo odber krvi,</li> <li>- pri novorodeneckom skriningu (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.</li> </ul> V ostatných prípadoch je úhrada za tento výkon zahrnutá v kapitácii. Výkon je možné kombinovať aj s výkonmi 252a a 250D.	<b>4,77</b>
<b>5702Z*</b>	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.	<b>5,52</b>

	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.	
<b>1544a*</b>	Otoskopické vyšetrenie jednostranne	<b>5,12</b>
<b>629b*</b>	<p>Skríningový antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou</p> <p>Obsahová náplň výkonu:</p> <p>Skríningový, rýchly antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou zahŕňa odber biologického materiálu na stanovenie antigénov SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou pomocou prístroja na odčítanie výsledku reakcie, vrátane použitia osobných ochranných pracovných prostriedkov a dezinfekcie. Zdravotný výkon vykonáva lekár alebo sestra, sestra špecialistka alebo iný zdravotnícky pracovník. Vyhodnotenie je súčasťou zdravotného výkonu.</p> <p>Výkon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- je indikovaný na základe klinickej (nie výlučne epidemiologickej) indikácie ošetrojúceho lekára,</li> <li>- uhrádza sa u symptomatického pacienta s klinickými príznakmi respiračného syndrómu,</li> <li>- vykazuje sa diagnózou U07.1 alebo U07.2,</li> <li>- sa uhrádza u jedného poistenca maximálne 2x za 30 dní,</li> <li>- bol zrealizovaný za pomoci certifikovaného antigénového testu.</li> </ul> <p>Odber pre účely výkonu sa vykonáva s použitím osobitných ochranných pracovných prostriedkov:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- respirátor FFP2-3, respirátor musí byť prekrytý rúškom, ak má výdychový ventil,</li> <li>- ochranný plastikový tvárový štít alebo okuliare,</li> <li>- jednorazové rukavice.</li> </ul> <p>Zároveň sú splnené aj tieto podmienky:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zrealizuje sa dezinfekcia bezprostredného priestoru po odbere pre účely daných výkonov,</li> <li>- poskytovateľ v prípade pozitívne testovaného poistenca zabezpečil ďalší manažment starostlivosti o pacienta.</li> </ul> <p>Výkon 629b nie je možné vzájomne kombinovať s výkonom 629a pri jednom vyšetrení pacienta.</p>	<b>10,20</b>
<b>10</b>	<p>Starostlivosť o poistenca s obezitou a/alebo artériovou hypertenziou a/alebo dyslipidémiou</p> <p>Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- u poistenca, ktorý má aspoň jedno z nasledujúcich ochorení alebo ich kombináciu: <ul style="list-style-type: none"> <li>• obezita</li> <li>• dyslipidémia</li> <li>• hypertenzia (ďalej jednotlivo aj ako „dané ochorenie“ alebo spoločne ako „dané ochorenia“)</li> </ul> </li> <li>- ak ide o poistenca, ktorý má len izolovanú obezitu (t.j. nemá artériovú 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),</li> <li>- ak poistenec 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),</li> <li>- ak je vykázaný s príslušnou diagnózou,</li> <li>- maximálne 3x za kalendárny rok u jedného poistenca; v prípade potreby vyššej frekvencie vyšetrení je úhrada za ďalšiu zdravotnú starostlivosť zahrnutá v kapitácii,</li> <li>- 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),</li> <li>- ak poskytovateľ vykonáva príslušné zápisy v súvislosti s liečbou daného ochorenia do zdravotnej dokumentácie.</li> </ul> <p>V cene výkonu je zahrnuté komplexné poskytovanie zdravotnej starostlivosti v súvislosti s daným ochorením, najmä</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- iniciálne a/alebo kontrolné vyšetrenie poistenca,</li> <li>- odbery na laboratórne vyšetrenia a/alebo vyhodnotenie dostupných výsledkov vyšetrení poistenca,</li> <li>- ďalšia zdravotná starostlivosť v zmysle príslušných odborných usmernení vydaných Ministerstvom zdravotníctva SR (ak existujú).</li> </ul> <p>Pre účely úhrady tohto výkonu nad rámec kapitácie zároveň platí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- o iniciálne vyšetrenie ide v prípade, keď poistenec nebol v posledných 2 kalendárnych rokoch liečený, diagnostikovaný alebo trvale sledovaný a pravidelne kontrolovaný (najmä dispenzarizovaný) pre dané ochorenie u iného poskytovateľa,</li> <li>- kontrolné vyšetrenie je každé ďalšie vyšetrenie po iniciálnom vyšetrení,</li> </ul>	<b>14,00</b>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pri hodnotení laboratórných a iných výsledkov vyšetrení zdravotná poisťovňa akceptuje vyšetrenia, ktoré neboli realizované neskôr ako 3 mesiace pred dňom realizácie iniciálneho alebo kontrolného vyšetrenia,</li> <li>- poskytovateľ vykonáva aj priebežný selektívny skrining hypertenzie ako aj selektívny skrining dyslipidémie u poistencov v prípade pozitívnej rodinnej anamnézy.</li> </ul>	
<b>250D</b>	Delegovaný odbor biologického materiálu na základe písomnej žiadosti SAS pri návšteve poistenca v ambulancii VLDD. Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok: <ul style="list-style-type: none"> <li>- poskytovateľ dodržiava postup, ktorý ustanovuje príslušné odborné usmernenie MZ SR,</li> <li>- poskytovateľ dodržiava podmienky zdravotnej indikácie v zmysle účelného, efektívneho a hospodárneho nakladania s prostriedkami verejných zdrojov.</li> </ul>	<b>1,22</b>
<b>252L</b>	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.	<b>10,00</b>

\*Pre účely uhrádzania výkonov podľa príslušných zmluvných podmienok nie je potrebné, aby poskytovateľ žiadal zdravotnú poisťovňu o zazmluvnenie uvedených výkonov v zmysle bodu 4.6. písm. f) zmluvy a ani aby boli dané výkony uvedené v prílohe č. 3 k zmluve. Pri účely uhrádzania výkonov je poskytovateľ povinný od momentu poskytovania týchto výkonov disponovať dokladom o odbornej spôsobilosti na vykonávanie a vyhodnocovanie príslušných vyšetrení (špecializácia alebo certifikát) a dokladom o vlastníctve alebo prenájme prístroja s platným certifikátom (vyhlásením o zhode) a na vyžiadanie zdravotnej poisťovne tieto doklady predložiť v origináli k nahliadnutiu zdravotnej poisťovni alebo vo forme kópie doručiť zdravotnej poisťovni.

6. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi bonusy ku kapitácii za podmienok dohodnutých v tomto bode:

- a) Zdravotná poisťovňa na základe údajov zo svojho informačného systému vyhodnotí, či poskytovateľ splnil ukazovatele podľa tabuľky tohto bodu v kalendárnom polroku alebo kalendárnom roku, za ktorý sa vykonáva hodnotenie (ďalej len „hodnotené obdobie“). Ukazovateľ je dojednaná podmienka, za splnenia ktorej zdravotná poisťovňa priznáva bonus poskytovateľovi podľa tabuľky tohto bodu.
- b) Hodnotené obdobie je kalendárny polrok, ktorý bezprostredne predchádza kalendárnemu polroku, v ktorom sa vykonáva hodnotenie, s výnimkou Ukazovateľa „Preventívne prehliadky“, kde hodnoteným obdobím je bezprostredne predchádzajúci kalendárny rok, pričom do hodnotenia vstupujú len tí poistenci, ktorí mali preventívnu prehliadku absolvovať v hodnotenom období.
- c) Zdravotná poisťovňa uhrádza bonusy, pri ktorých poskytovateľ splnil ukazovatele v celom kalendárnom polroku, ktorý bezprostredne nasleduje po kalendárnom polroku, v ktorom zdravotná poisťovňa vykonala hodnotenie plnenia ukazovateľov. Zdravotná poisťovňa oznámi poskytovateľovi bonusy, pri ktorých splnil ukazovatele. Zdravotná poisťovňa môže na vybrané obdobie hodnoty priznaných bonusov navýšiť nad rámec hodnôt bonusov alebo priznať bonusy nad rámec podmienok ich priznania alebo pozmeniť hodnotené obdobie podľa tohto bodu tejto časti, o čom informuje poskytovateľa.
- d) Ukazovatele a bonusy, ktoré sa uplatňujú u poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti sú uvedené v nasledovnej tabuľke:

		<b>Max. bonus spolu:</b>	<b>1,62 €</b>
<b>Oblasť</b>	<b>Názov ukazovateľa</b>	<b>Špecifikácia ukazovateľa</b>	<b>Bonus (€)</b>
<b>Prevencia</b>	<b>Preventívne prehliadky</b>	Splnené, ak % vykonaných preventívnych prehliadok (PP) u kapitovaných poistencov, ktorí ju mali absolvovať v hodnotenom období, bolo minimálne 35 %.	0,05
<b>Kvalita</b>	<b>Náročnosť kmeňa</b>	Ukazovateľ hodnotí náročnosť kmeňa poskytovateľa s využitím indexov rizika používaných v prerozdeľovaní poistného na verejné zdravotné poistenie podľa zákona č. 580/2004 Z. z. (demografické, farmaceuticko-nákladové a viacročné nákladové skupiny) v poslednom mesiaci hodnoteného obdobia. Porovnáva náročnosť kmeňa poskytovateľa so všetkými poskytovateľmi v danej odbornosti k poslednému mesiacu hodnoteného obdobia, na základe čoho sa vytvorí rebríček hodnotených poskytovateľov. Pásma pre stanovenie bonusu: dolných 25% poskytovateľov = bonus 0,04 €, stredné pásmo poskytovateľov = bonus 0,08 €, horných 25% poskytovateľov = bonus 0,16 €.	0,16 (max.)
	<b>"Gatekeeping"</b>	Splnené, ak % ošetrovaných kapitovaných poistencov odoslaných do ambulancie špecializovanej ambulantnej starostlivosti neprekročí 25% (vrátane).	0,75
<b>Elektronické služby</b>	<b>eObjednávanie</b>	Ukazovateľ je splnený, ak poskytovateľ zverejní aspoň 1 termín za kalendárny mesiac (= 6 termínov za hodnotené obdobie) v jednom z online objednávkových systémov spĺňajúcich kritériá zverejnených na webovom sídle zdravotnej poisťovne. Pre účely vyhodnocovania ukazovateľa eObjednávanie poskytovateľ súhlasí, aby jeho dodávateľ online objednávkového systému poskytoval zdravotnej poisťovni údaje o využívaní tohto systému poskytovateľom v rozsahu nevyhnutnom na vyhodnotenie ukazovateľa eObjednávanie.	0,06
<b>Dostupnosť</b>	<b>Počet kapitovaných poistencov</b>	Výška bonusu za tento ukazovateľ sa určí podľa ďalších podmienok v zmysle písmena e) tohto bodu tejto zmluvy;	0,60 (max.)

e) Výška bonusu za ukazovateľ s názvom „Počet kapitovaných poistencov“ v € sa určí podľa tabuľky tohto bodu.

<b>Podmienky</b>	<b>hranica od</b>	<b>hranica do</b>	<b>Bonus</b>
	1	1099	<b>0,00</b>

<p>V závislosti od celkového počtu kapítovaných poistencov (za všetky zdravotné poisťovne) u poskytovateľa k poslednému dňu hodnoteného obdobia (podľa údajov poskytnutých zo strany Národného centra zdravotníckych informácií) sa určí výška bonusu, ktorého podmienkou priznania sú aj nasledovné kritéria:</p> <p>1. minimálna obsadenosť sesterského miesta je 2,00, pričom minimálne jeden úväzok tvorí úväzok sestry v pracovno-právnom vzťahu s poskytovateľom. Druhý úväzok môže byť naplnený aj zdravotníckym asistentom alebo administratívnym pracovníkom v pracovno-právnom vzťahu s poskytovateľom,</p> <p>2. poskytovateľ má v rámci priestorov svojho zdravotníckeho zaradenia zabezpečenú druhú miestnosť pre prácu sestry.</p> <p>Splnenie kritérií poskytovateľ preukazuje na výzvu zdravotnej poisťovne.</p>	1100	1179	<b>0,10</b>
	1180	1259	<b>0,20</b>
	1260	1339	<b>0,30</b>
	1340	1419	<b>0,40</b>
	1420	1499	<b>0,50</b>
	1500		<b>0,60</b>

f) V prípade, ak sa zmluvné strany nedohodnú inak platí, že na obdobie od 01.07.2025 dôjde u poskytovateľov všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti k uplatneniu nových ukazovateľov a bonusov.

## Časť – Ambulantná pohotovostná služba

1. Ak ďalej nie je uvedené inak, zdravotná poisťovňa mesačne uhradza 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 uhradza v rozsahu poskytovania všeobecnej ambulantnej starostlivosti pri náhlej zmene zdravotného stavu osoby, ktorá bezprostredne neohrozuje jej život alebo bezprostredne neohrozuje niektorú zo základných životných funkcií a pri súčasnom dodržaní požiadaviek na personálne a materiálno-technické zabezpečenie ambulancií APS určených všeobecne záväznými právnymi predpismi. Týmto nie je dotknuté poskytovanie zdravotnej starostlivosti poistencovi, ktorého zmena zdravotného stavu bezprostredne ohrozuje jeho život alebo niektorú zo základných životných funkcií.
3. Spôsob a pravidlá výpočtu výšky paušálnej úhrady za APS určuje nariadenie vlády SR č. 115/2018 Z. z., ktorým sa ustanovuje výška úhrad zdravotnej poisťovne za poskytovanie zubno-lekárskej pohotovostnej služby a ambulantnej pohotovostnej služby, spôsob výpočtu a pravidlá výpočtu týchto úhrad 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 pandémie 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 laboratórných výsledkov (vrátane SARS-CoV-2, chrípkový vírus, RSV) vo väzbe na individuálne nastavenie ambulantnej (domácej) terapie alebo prípadného indikovania ústavnej liečby. Zdravotný výkon sa vykonáva s použitím osobných ochranných pomôcok.  Výkon: - nie je možné súčasne vykazovať na úhradu do zdravotnej poisťovne s inými výkonmi, - zdravotná poisťovňa uhradza 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 €
<b>typ prevozu APSD</b> - doprava lekára služobným alebo objednaným vozidlom v rámci spádového územia ambulancie pevnej APS	<b>0,50</b>
<b>typ prevozu LSPR</b> - doprava lekára vlastným (súkromným) alebo referentským vozidlom v rámci spádového územia ambulancie pevnej APS	<b>0,25</b>

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.

## Časť – 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 **0,011246** € 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):

Babín  
Beňadovo  
Bobrov  
Breza  
Hruštín  
Klin  
Krušetnica  
Lokca  
Lomná  
Mútne  
Námestovo  
Novoť  
Oravská Jasenica  
Oravská Lesná  
Oravská Polhora  
Oravské Veselé  
Rabča  
Rabčice  
Sihelné  
Ťapešovo  
Vasíľov  
Vavrečka  
Zákamenné  
Zubrohlava

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

a) 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.

## Časť - Špecializovaná ambulánna starostlivosť

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

Špecifikácia výkonov a podmienok úhrady	Základná cena bodu v €	Max. cena bodu v €
Výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti (ďalej aj ako „ŠAS“) s výnimkou iných výkonov ŠAS špecifikovaných v tejto tabuľke.	0,0323*	0,0360*
Výkony s kódmi <b>60, 62, 63, 200, 201, 204, 2018, 2018a, 2100, 2101, 2106, 2000, 2001, 2002, 2003</b>	0,0365*	0,0402*
Výkon s kódom <b>15d</b> 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.	0,02	-

\*V tejto tabuľke je uvedená minimálna a maximálna cena bodu za výkony ŠAS. Konkrétna výška ceny bodu závisí od bonusov k cene bodu za výkony ŠAS priznaných poskytovateľovi za podmienok stanovených v tejto časti prílohy; v I. kalendárnom polroku 2024 bude hodnotenému poskytovateľovi priznaný bonus minimálne vo výške 0,0025 €.

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*	0,0055
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)	0,0158

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

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 s bonusom priznaným pre príslušný kalendárny polrok 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 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 poukazov, vypísanie žiadaniek, indikácia potrebných laboratórnych, pomocných alebo iných odborných vyšetrení, odporúčanie terapie a ďalšieho postupu, prípadne termínu najbližšej kontroly.



	<p>Výkon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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,</li> <li>- sa vykonáva s použitím osobných ochranných pomôcok,</li> <li>- nie je možné súčasne vykazovať na úhradu do zdravotnej poisťovne s výkonom 67,</li> <li>- 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.</li> </ul>
--	---

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

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
1b	<p>Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty alebo telefonicky (160 bodov)</p> <p>Konzultácia s pacientom prostredníctvom elektronickej pošty (email), SMS alebo telefonicky obsahuje cieľnú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly, vo vzťahu k jednému orgánovému systému, popis subjektívnych ťažkostí, diagnostický záver, poučenie o diéte a životospráve, v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplynuli z konzultácie ohľadom zdravotného stavu, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára, poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie.</p> <p>Vykazovanie výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta,</li> <li>- zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii,</li> <li>- súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný čas poskytnutia zdravotného výkonu, popis zdravotného výkonu, prípadne dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne aj záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára,</li> <li>- výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi,</li> <li>- výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta,</li> <li>- vykazuje sa samostatne, najviac 1x za deň,</li> <li>- maximálna frekvencia 3x v kalendárnom mesiaci.</li> </ul>	0,035
11a	<p>Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor), (210 bodov)</p> <p>Konzultácia s pacientom prostredníctvom doložiteľnej videokomunikácie (musí prebehnúť priamy videoprenos cez webovú aplikáciu alebo videohovor) v online prostredí v danom čase, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie, realizáciu fotografií pacienta / vyšetrovaného orgánu pre pridanie do zdravotnej dokumentácie a obsahuje cieľnú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom alebo k psychickej poruche, zhodnotenie výsledkov, vypísanie receptov, prípadne vypísanie žiadaniek na ďalšie vyšetrenie, poučenie pacienta, diagnostický záver, určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára.</p> <p>Vykazovanie zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- výkon sa vykazuje ako komplexná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia,</li> <li>- 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,</li> <li>- výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi,</li> <li>- vykazuje sa samostatne, najviac 1x deň.</li> </ul>	0,035
70	<p>Opätovné lekárske vystavenie receptov a (alebo) poukazov na základe požiadavky pacienta prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefónu (40 bodov)</p> <p>Popis výkonu: vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronickou formou pre lieky/zdravotné pomôcky/dietetické potraviny</p> <p>Vykazovanie výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta,</li> <li>- 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,</li> <li>- výkon sa vzťahuje na jedného pacienta bez ohľadu na počet liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín, ktoré boli pacientovi predpísané, najviac 1x za deň, bez</li> </ul>	0,035

	<p>ohľadu na počet vystavených receptov a/alebo poukazov,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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,</li> <li>- výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi, maximálna frekvencia: 3x v kalendárnom mesiaci.</li> </ul>	
<p><b>1b</b> <b>11a</b> <b>70</b></p>	<p>Spoločné podmienky vykazovania a uhrádzania výkonov 1b, 11a a 70</p> <p>Union zdravotná poisťovňa, a. s. výkony akceptuje len za predpokladu, že relevantnú medicínsku radu alebo konzultáciu je možné poskytnúť poistencovi alebo jeho zákonnému zástupcovi telefonickou formou alebo formou videohovoru alebo inou elektronickou formou s ohľadom na zdravotný stav poistenca pri zachovaní správnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.. Telefonický rozhovor alebo videohovor alebo iná elektronická komunikácia medzi pacientom a lekárom musí bezprostredne súvisieť s problematikou diagnostickej alebo 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.</p> <p>Výkony nie je možné vzájomne kombinovať a ani kombinovať s inými výkonmi.</p> <p>Zo strany poskytovateľa sú dodržané ostatné podmienky úhrady výkonov vyplývajúce z príslušných zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v platnom znení a všeobecne záväzných právnych predpisov.</p> <p>Nástroj použitý na videokonzultáciu spĺňa základné parametre bezpečnosti prenosu dát a ochrany osobných údajov podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov a nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) č. 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (tzv. nariadenie GDPR).</p> <p>Prenos dát pri videohovore medzi pacientom a lekárom je zabezpečený takým spôsobom, že obsah videohovoru nie je dostupný ani prevádzkovateľovi nástroja, keď prevádzkovateľom nie je samotné zdravotnícke zariadenie; takého zabezpečenia je možné docieľiť tým, že hovor je po celú dobu šifrovaný a nie je distribuovaný cez ďalšie aplikačné servery. Nástroj pre registráciu pacienta nevyžaduje údaje, okrem tých, ktoré sú nevyhnutné pre samotné spustenie videohovoru.</p>	<p><b>0,035</b></p>

5. Cenou výkonu sa uhrádzajú nasledovné výkony:

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

3860*	<p>Stanovenie D-diméru</p> <p>Uhrádza sa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pri potrebe rýchlej diagnostiky a terapie predovšetkým tromboembolickej choroby, t.j hlbokej žilovej trombózy a/alebo pľúcnej embólie,</li> <li>- s kódmi choroby: I26.-,I26.0,I26.9, I80.0-I83.9, I87.0-I88.-,</li> <li>- maximálne 1x denne u jedného poistenca.</li> </ul> <p>Vyšetrenie nie je povolené vykázat', ak poskytovateľ v ten istý deň indikoval vykonanie daného vyšetrenia aj u poskytovateľa SVLZ na laboratórnu diagnostiku.</p>	8,95
H0007*	<p>Meranie INR z kapilárnej krvi (ďalej aj ako „vyšetrenie INR“) sa uhrádza, ak poskytovateľ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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,</li> <li>- je účastníkom povinného externého hodnotenia kvality akreditovaným prevádzkovateľom EHK so získaním osvedčenia o účasti a absolvovaní externého hodnotenia kvality v dvojročnom cykle,</li> <li>- 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,</li> <li>- dodržiava indikácie a štandardné terapeutické postupy pri výkone zdravotného výkonu,</li> <li>- správne vedie a archivuje zdravotnú dokumentáciu vrátane písomného záznamu o posúdení rizika krvácania a určenia rizika tromboembolizmu pri nastavovaní pacienta na antikoagulačnú liečbu,</li> <li>- vedie dokumentáciu údržby P.O.C.T. prístroja v predpísanom režime.</li> <li>- je povinný v polročných intervaloch vyhodnotiť a v dokumentácii zaznamenať hodnotu TTR.</li> <li>- Vyšetrenie INR nie je povolené vykázat', ak súčasne v ten istý deň bolo toto vyšetrenie indikované do laboratória.</li> </ul> <p>Maximálna frekvencia vyšetrení INR u jedného poistenca je 16x za rok.</p>	6,06
H0008*	<p>Obsahom zdravotného výkonu je stanovenie indexu ABI oscilometrickou metódou, meranie a vyhodnotenie indexu ABI na štyroch končatinách na zistenie zvýšeného rizika ischemickej choroby dolných končatín.</p> <p>Výkon sa uhrádza, ak:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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,</li> <li>- nebude súčasne vykázaný v ambulancii všeobecnej ambulantnej starostlivosti.</li> </ul> <p>Podmienkou úhrady je vloženie vyhodnotenia výsledku vyšetrenia do systému eZdravie.</p>	6,98

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

6. 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.

7. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi bonusy k cene bodu za výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti za podmienok dohodnutých v tomto bode:

a) Zdravotná poisťovňa na základe údajov zo svojho informačného systému vyhodnotí, či poskytovateľ splnil ukazovatele podľa tabuľky tohto bodu v kalendárnom polroku, za ktorý sa vykonáva hodnotenie (ďalej len „hodnotený obdobie“). Ukazovateľ je dojednaná podmienka, za splnenia ktorej zdravotná poisťovňa priznáva bonus poskytovateľovi podľa tabuľky tohto bodu.

b) Hodnotený obdobie je kalendárny polrok, ktorý bezprostredne predchádza kalendárnemu polroku, v ktorom sa vykonáva hodnotenie, s výnimkou Ukazovateľa „Podiel nových pacientov“, kde hodnoteným obdobím je bezprostredne

predchádzajúci kalendárny rok.

c) Zdravotná poisťovňa uhradza bonusy, pri ktorých poskytovateľ splnil ukazovatele v celom kalendárnom polroku, ktorý bezprostredne nasleduje po kalendárnom polroku, v ktorom zdravotná poisťovňa vykonala hodnotenie plnenia ukazovateľov. Zdravotná poisťovňa oznámi poskytovateľovi bonusy, pri ktorých splnil ukazovatele. Zdravotná poisťovňa môže na vybrané obdobie hodnoty priznaných bonusov navýšiť nad rámec hodnôt bonusov alebo priznať bonusy nad rámec podmienok ich priznania alebo pozmeniť hodnotené obdobie podľa tohto bodu tejto časti, o čom informuje poskytovateľa.

d) Nevyhodnocuje sa ani u odbornosti s kódom 027 a odborností zazmluvnených u menej ako 10 ambulantlych poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Pri týchto odbornostiach u nehodnotených poskytovateľov špecializovanej ambulantlych starostlivosti je priznaný paušálny bonus k cene bodu vo výške 0,0025 €.

e) Poskytovateľovi na obdobie do 30.06.2024 zostáva bonus k cene bodu priznaný v závislosti od plnenia ukazovateľov platných k 01.01.2024. Ukazovatele a bonusy, ktoré sa uplatňujú u poskytovateľov špecializovanej ambulantlych starostlivosti na obdobie od 01.07.2024 sú uvedené v nasledovnej tabuľke:

Max. bonus spolu:		0,0037 €	
Oblasť	Názov ukazovateľa	Špecifikácia ukazovateľa	Bonus (€)
Kvalita	Náročnosť pacientov	Ukazovateľ hodnotí náročnosť kmeňa PZS s využitím indexov rizika používaných v prerozdeľovacom mechanizme (demografické a viacročné nákladové skupiny). Porovnáva náročnosť kmeňa PZS so všetkými poskytovateľmi v danej odbornosti k poslednému mesiacu hodnoteného obdobia. Na základe čoho sa vytvorí rebríček hodnotených poskytovateľov. V závislosti od zaradenia jednotlivých odborností poskytovateľa do pásma je bonus nasledovný: 0,0008 € - dolných 25% poskytovateľov, 0,0009 € - stredné pásmo poskytovateľov, 0,0012 € - horných 25% poskytovateľov.	0,0012 (max.)
	Podiel nových pacientov	Ukazovateľ hodnotí podiel unikátnych nových interakcií v hodnotenom období z celkového počtu unikátnych interakcií v hodnotenom období. Na základe čoho sa vytvorí rebríček hodnotených poskytovateľov. V závislosti od zaradenia jednotlivých odborností poskytovateľa do pásma je bonus nasledovný: 0,0007 € - dolných 25% poskytovateľov, 0,0008 € - stredné pásmo poskytovateľov, 0,0011 € - horných 25% poskytovateľov. Definícia unikátnej interakcie a novej unikátnej interakcie je uvedená v písmene f) tohto bodu tejto časti prílohy.	0,0011 (max.)
Dostupnosť	Návštevy	Ukazovateľ hodnotí prepočítaný počet návštev (PPN) na unikátneho poistenca s využitím indexov používaných v prerozdeľovacom mechanizme (demografické a viacročné nákladové skupiny). PZS sa zaradí v rámci odbornosti do jedného z pásiem: 0,0010 € - dolných 25% poskytovateľov, 0,0011 € - stredné pásmo poskytovateľov, 0,0014 € - horných 25% poskytovateľov.	0,0014 (max.)

f) Unikátnou interakciou sa rozumie výkon vykázaný poskytovateľom na unikátne rodné číslo alebo vydaný liek alebo zdravotnícka pomôcka, ktorú predpísal poskytovateľ. O novú unikátnu interakciu ide v prípade, ak v kalendárnom roku bezprostredne predchádzajúceho hodnotenému obdobiu na dané rodné číslo nebol poskytovateľom vykázaný výkon alebo vydaný liek alebo zdravotnícka pomôcka, ktorú predpísal poskytovateľ.

## Časť – Špecializovaná ambulantná starostlivosť v špecializačných odboroch s uhrádzaním IPP

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

Špecifikácia výkonov a podmienok úhrady	Základná cena bodu v €	Max. cena bodu v €
Výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti (ďalej aj ako „ŠAS“) s výnimkou iných výkonov ŠAS špecifikovaných v tejto tabuľke.	0,0323*	0,0360*
Výkony s kódmi 60, 62, 63, 60r	0,0365*	0,0402*
<p><b>Cielené artrologické vyšetrenie</b>  Výkon s kódom <b>1A02072</b> zahŕňa nasledovné činnosti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> </ul> <p>Podmienky úhrady výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• výkon zahŕňa fyzikálne vyšetrenie 68 kĺbov horných aj dolných končatín a chrbtice s dôkladným zápisom do zdravotnej dokumentácie,</li> <li>• výkon je možné vykazovať len pri dg. M02.*- M09*, M10*- M13*, M30*-M35*, M45*, M46.8*, M46.9*,</li> <li>• akceptuje sa u odborností ŠAS s kódmi: 045, 145,</li> <li>• je možné kombinovať s výkonmi č. 60, 60r, 62 a 63,</li> <li>• nie je možné kombinovať s výkonmi č. 66, 503 a 504,</li> <li>• výkon sa ohodnocuje 1300 bodmi.</li> </ul> <p>Maximálna frekvencia vykazovania výkonu: 4x za 12 mesiacov.</p>	0,0323*	0,0360*
<p>Výkon s kódom <b>15d</b> 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.</p>	0,02	-

\*V tejto tabuľke je uvedená minimálna a maximálna cena bodu za výkony ŠAS. Konkrétna výška ceny bodu závisí od bonusov k cene bodu za výkony ŠAS priznaných poskytovateľovi za podmienok stanovených v tejto časti prílohy; v I. kalendárnom polroku 2024 bude hodnotenému poskytovateľovi priznaný bonus minimálne vo výške 0,0025 €

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

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
1b	<p>Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty alebo telefonicky (160 bodov)</p> <p>Konzultácia s pacientom prostredníctvom elektronickej pošty (email), SMS alebo telefonicky obsahuje cieľnú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly, vo vzťahu k jednému orgánovému systému, popis subjektívnych ťažkostí, diagnostický záver, poučenie o diéte a životospráve, v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplynuli z konzultácie ohľadom zdravotného stavu, prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára, poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie.</p> <p>Vykazovanie výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta,</li> <li>- zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii,</li> <li>- 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,</li> </ul>	0,035

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi,</li> <li>- výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta,</li> <li>- vykazuje sa samostatne, najviac 1x za deň,</li> <li>- maximálna frekvencia: 3x v kalendárnom mesiaci.</li> </ul>	
<b>11a</b>	<p>Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor), (210 bodov)</p> <p>Konzultácia s pacientom prostredníctvom doložiteľnej videokomunikácie (musí prebehnúť priamy videoprenos cez webovú aplikáciu alebo videohovor) v online prostredí v danom čase, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie, realizáciu fotografií pacienta / vyšetrovaného orgánu pre prídanie do zdravotnej dokumentácie a obsahuje ciele anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom alebo k psychickej poruche, zhodnotenie výsledkov, vypísanie receptov, prípadne vypísanie žiadaniek na ďalšie vyšetrenie, poučenie pacienta, diagnostický záver, určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára.</p> <p>Vykazovanie zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- výkon sa vykazuje ako komplexná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia,</li> <li>- 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,</li> <li>- výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi,</li> <li>- vykazuje sa samostatne, najviac 1x deň.</li> </ul>	<b>0,035</b>
<b>70</b>	<p>Opätovné lekárske vystavenie receptov a (alebo) poukazov na základe požiadavky pacienta prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefónu (40 bodov)</p> <p>Popis výkonu: vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronickou formou pre lieky/zdravotné pomôcky/dietetické potraviny</p> <p>Vykazovanie výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta,</li> <li>- 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,</li> <li>- 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,</li> <li>- ak ide o elektronický predpis liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín typu opakovaný recept (preskripcný záznam s poznámkou „REPETATUR“) výkon sa vykazuje samostatne za každý vystavený recept a/alebo poukaz,</li> <li>- výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi,</li> </ul> <p>maximálna frekvencia: 3x v kalendárnom mesiaci.</p>	<b>0,035</b>
<b>1b 11a 70</b>	<p>Spoločné podmienky vykazovania a uhrádzania výkonov 1b, 11a a 70</p> <p>Union zdravotná poisťovňa, a. s. výkony akceptuje len za predpokladu, že relevantnú medicínsku radu alebo konzultáciu je možné poskytnúť poisťencovi alebo jeho zákonnému zástupcovi telefonickou formou alebo formou videohovoru alebo inou elektronickou formou s ohľadom na zdravotný stav poistenca pri zachovaní správnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.. Telefonický rozhovor alebo videohovor alebo iná elektronická komunikácia medzi pacientom a lekárom musí bezprostredne súvisieť s problematikou diagnostickej alebo terapeuticko starostlivosti. Poskytovateľ v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z. vykoná zápis do zdravotnej dokumentácie daného poistenca o poskytnutí telefonickej rady poisťencovi Union ZP alebo jeho zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom poistenca v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z. s tým, že v zápise uvedie aj tel. kontakt alebo mailový kontakt poistenca, na ktorom mu bola poskytnutá rada.</p> <p>Výkony nie je možné vzájomne kombinovať a ani kombinovať s inými výkonmi. Zo strany poskytovateľa sú dodržané ostatné podmienky úhrady výkonov vyplývajúce z príslušných zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v platnom znení a všeobecne záväzných právnych predpisov.</p> <p>Nástroj použitý na videokonzultáciu spĺňa základné parametre bezpečnosti prenosu dát a ochrany osobných údajov podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov a nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) č. 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (tzv. nariadenie GDPR).</p> <p>Prenos dát pri videohovore medzi pacientom a lekárom je zabezpečený takým spôsobom, že obsah videohovoru nie je dostupný ani prevádzkovateľovi nástroja, keď</p>	<b>0,035</b>

	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.	
--	---	--

3. 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*	0,0055
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)	0,0158

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

4. 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 s bonusom priznaným pre príslušný kalendárny polrok 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	<p>Vyšetrenie pacienta s potvrdeným ochorením COVID-19</p> <p>Diagnostické iniciálne alebo kontrolné vyšetrenie u pacienta s potvrdeným ochorením Covid 19 obsahuje cieľenú anamnézu, popis subjektívnych ťažkostí a objektívne fyzikálne vyšetrenie so zameraním na konkrétny symptóm, syndróm alebo diagnózu, zhodnotenie dostupných laboratórných, pomocných a konziliárnych vyšetrení, stanovenie diagnózy, vypísanie lekárskej správy, vypísanie lekárskeho predpisov, prípadne lekárskeho poukazov, vypísanie žiadaniek, indikácia potrebných laboratórných, pomocných alebo iných odborných vyšetrení, odporúčanie terapie a ďalšieho postupu, prípadne termínu najbližšej kontroly.</p> <p>Výkon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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,</li> <li>- sa vykonáva s použitím osobných ochranných pomôcok,</li> <li>- nie je možné súčasne vykazovať na úhradu do zdravotnej poisťovne s výkonom 67,</li> <li>- 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.</li> </ul>

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	10,20

	<p>sestra, sestra špecialistka alebo iný zdravotnícky pracovník. Vyhodnotenie je súčasťou zdravotného výkonu.</p> <p>Výkon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- je indikovaný na základe klinickej (nie výlučne epidemiologickej) indikácie ošetrojúceho lekára,</li> <li>- uhrádza sa u symptomatického pacienta s klinickými príznakmi respiračného syndrómu,</li> <li>- vykazuje sa diagnózou U07.1 alebo U07.2,</li> <li>- sa uhrádza u jedného poistenca maximálne 2x za 30 dní,</li> <li>- bol zrealizovaný za pomoci certifikovaného antigénového testu.</li> </ul> <p>Odber pre účely výkonu sa vykonáva s použitím osobitných ochranných pracovných prostriedkov:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- respirátor FFP2-3 prekrytý rúškom,</li> <li>- ochranný plastický tvárový štít alebo okuliare,</li> <li>- jednorazové rukavice.</li> </ul> <p>Zároveň sú splnené aj tieto podmienky:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zrealizuje sa dezinfekcia bezprostredného priestoru po odbere pre účely daných výkonov,</li> <li>- poskytovateľ v prípade pozitívne testovaného poistenca zabezpečil ďalší manažment starostlivosti o pacienta.</li> </ul> <p>Výkony 629a a 629b nie je možné vzájomne kombinovať pri jednom vyšetrení pacienta.</p>	
<b>3860*</b>	<p>Stanovenie D-diméru</p> <p>Uhrádza sa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pri potrebe rýchlej diagnostiky a terapie predovšetkým tromboembolickej choroby, t.j hlbokkej žilovej trombózy a/alebo pľúcnej embólie,</li> <li>- s kódmi choroby: I26.-, I26.0, I26.9, I80.0-I83.9, I87.0-I88.-,</li> <li>- maximálne 1x denne u jedného poistenca.</li> </ul> <p>Vyšetrenie nie je povolené vykazať, ak poskytovateľ v ten istý deň indikoval vykonanie daného vyšetrenia aj u poskytovateľa SVLZ na laboratórnu diagnostiku.</p>	<b>8,95</b>
<b>H0007*</b>	<p>Meranie INR z kapilárnej krvi (ďalej aj ako „vyšetrenie INR“) sa uhrádza, ak poskytovateľ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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,</li> <li>- je účastníkom povinného externého hodnotenia kvality akreditovaným prevádzkovateľom EHK so získaním osvedčenia o účasti a absolvovaní externého hodnotenia kvality v dvojročnom cykle,</li> <li>- 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,</li> <li>- dodržiava indikácie a štandardné terapeutické postupy pri výkone zdravotného výkonu,</li> <li>- správne vedie a archivuje zdravotnú dokumentáciu vrátane písomného záznamu o posúdení rizika krvácania a určenia rizika tromboembolizmu pri nastavovaní pacienta na antikoagulačnú liečbu,</li> <li>- vedie dokumentáciu údržby P.O.C.T. prístroja v predpísanom režime.</li> <li>- je povinný v polročných intervaloch vyhodnotiť a v dokumentácii zaznamenať hodnotu TTR.</li> <li>- Vyšetrenie INR nie je povolené vykazať, ak súčasne v ten istý deň bolo toto vyšetrenie indikované do laboratória.</li> </ul> <p>Maximálna frekvencia vyšetrení INR u jedného poistenca je 16x za rok.</p>	<b>6,06</b>
<b>H0008*</b>	<p>Obsahom zdravotného výkonu je stanovenie indexu ABI oscilometrickou metódou, meranie a vyhodnotenie indexu ABI na štyroch končatinách na zistenie zvýšeného rizika ischemickej choroby dolných končatín.</p> <p>Výkon sa uhrádza, ak:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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,</li> <li>- nebude súčasne vykazaný v ambulancii všeobecnej ambulantnej starostlivosti.</li> </ul> <p>Podmienkou úhrady je vloženie vyhodnotenia výsledku vyšetrenia do systému eZdravie.</p>	<b>6,98</b>

\*Výkony 3860, H0007, H0008 sa uhrádzajú u odborností vnútorné lekárstvo, kardiológia, angiológia a cievna chirurgia. Pri týchto odbornostiach nie je potrebné, aby poskytovateľ žiadal zdravotnú poisťovňu o zazmluvnenie uvedených výkonov v zmysle bodu 4.6. písm. f) zmluvy a ani aby boli dané výkony uvedené v prílohe č. 3 k zmluve. Pre účely vykonávania, vykazovania a uhrádzania výkonov 3860, H0007, H0008 v rámci odborností vnútorné lekárstvo, kardiológia, angiológia a cievna chirurgia je poskytovateľ povinný disponovať dokladom o vlastníctve alebo prenájme prístroja s platným certifikátom (vyhlásením o zhode), zaškolením výrobcou alebo distribútorom prístroja a na vyžiadanie zdravotnej poisťovne tieto doklady predložiť v origináli k nahliadnutiu zdravotnej poisťovni alebo vo forme kópie ich doručiť zdravotnej poisťovni. U iných odborností ako je vnútorné lekárstvo, kardiológia, angiológia a cievna chirurgia zdravotná poisťovňa môže výkony 3860, H0007, H0008 zazmluvniť, ak poskytovateľ medicínsky zdôvodní žiadosť o zazmluvnenie daných výkonov za súčasného splnenia povinnosti poskytovateľa podľa bodu 4.6. písm. f) tejto zmluvy, prípadne aj po preukázaní ďalších podmienok úhrady výkonu.



Zdravotnou poisťovňou schválený zdravotný výkon podľa predchádzajúcej vety, s uvedením kódu odbornosti ambulantnej zdravotnej starostlivosti a kódu zdravotného výkonu tvoria prílohu č. 3, ktorá tvorí neoddeliteľnú súčasť tejto zmluvy. Výkon 629b zdravotná poisťovňa môže zazmluvniť na základe splnenia povinnosti poskytovateľa podľa bodu 4.6. písm. f) tejto zmluvy, prípadne aj po preukázaní ďalších podmienok úhrady výkonu. Zdravotnou poisťovňou schválený zdravotný výkon podľa predchádzajúcej vety, s uvedením kódu odbornosti ambulantnej zdravotnej starostlivosti a kódu zdravotného výkonu tvoria prílohu č. 3, ktorá tvorí neoddeliteľnú súčasť tejto zmluvy.

6. Pevnou sumou zdravotná poisťovňa uhradza individuálne pripočítateľné položky (IPP) vykázané v dávke 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 odbornosti ŠAS v zmysle tabuľky tohto bodu:

Kód IPP	Suma (€)	K výkonu s kódom	Akceptované u odbornosti 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 uvedenej v Zozname ŠZM zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne, je tento rozdiel zahrnutý do zdravotného výkonu, v súvislosti s ktorou bol ŠZM použitý. Týmto nie je dotknutá výška doplatku poistenca na úhradu ŠZM.

8. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi bonusy k cene bodu za výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti za podmienok dohodnutých v tomto bode:

a) Zdravotná poisťovňa na základe údajov zo svojho informačného systému vyhodnotí, či poskytovateľ splnil ukazovatele podľa tabuľky tohto bodu v kalendárnom polroku, za ktorý sa vykonáva hodnotenie (ďalej len „hodnotené obdobie“). Ukazovateľ je dojednaná podmienka, za splnenia ktorej zdravotná poisťovňa prizná bonus poskytovateľovi podľa tabuľky tohto bodu.

b) Hodnotené obdobie je kalendárny polrok, ktorý bezprostredne predchádza kalendárnemu polroku, v ktorom sa vykonáva hodnotenie, s výnimkou Ukazovateľa „Podiel nových pacientov“, kde hodnoteným obdobím je bezprostredne predchádzajúci kalendárny rok.

c) Zdravotná poisťovňa uhradza bonusy, pri ktorých poskytovateľ splnil ukazovatele v celom kalendárnom polroku, ktorý bezprostredne nasleduje po kalendárnom polroku, v ktorom zdravotná poisťovňa vykonala hodnotenie plnenia ukazovateľov. Zdravotná poisťovňa oznámi poskytovateľovi bonusy, pri ktorých splnil ukazovatele. Zdravotná poisťovňa môže na vybrané obdobie hodnoty priznaných bonusov navýšiť nad rámec hodnôt bonusov alebo priznať bonusy nad rámec podmienok ich priznania alebo pozmeniť hodnotené obdobie podľa tohto bodu tejto časti, o čom informuje poskytovateľa.

d) Nevyhodnocuje sa ani u odbornosti s kódom 027 a odborností zazmluvnených u menej ako 10 ambulantných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Pri týchto odbornostiach u nehodnotených poskytovateľov špecializovanej ambulantnej starostlivosti je priznaný paušálny bonus k cene bodu vo výške 0,0025 €.

e) Poskytovateľovi na obdobie do 30.06.2024 zostáva bonus k cene bodu priznaný v závislosti od plnenia ukazovateľov platných k 01.01.2024. Ukazovatele a bonusy, ktoré sa uplatňujú u poskytovateľov špecializovanej ambulantnej starostlivosti na obdobie od 01.07.2024 sú uvedené v nasledovnej tabuľke:

	Max. bonus spolu:	0,0037 €	
Oblasť	Názov ukazovateľa	Špecifikácia ukazovateľa	Bonus (€)
Kvalita	Náročnosť pacientov	Ukazovateľ hodnotí náročnosť kmeňa PZS s využitím indexov rizika používaných v prerozdeľovacom mechanizme (demografické a viacročné nákladové skupiny). Porovnáva náročnosť kmeňa PZS so všetkými poskytovateľmi v danej odbornosti k poslednému mesiacu hodnoteného obdobia. Na základe čoho sa vytvorí rebríček hodnotených poskytovateľov. V závislosti od zaradenia jednotlivých odborností poskytovateľa do pásma je bonus nasledovný: 0,0008 € - dolných 25% poskytovateľov, 0,0009 € - stredné pásmo poskytovateľov, 0,0012 € - horných 25% poskytovateľov.	0,0012 (max.)
Dostupnosť	Podiel nových pacientov	Ukazovateľ hodnotí podiel unikátnych nových interakcií v hodnotenom období z celkového počtu unikátnych interakcií v hodnotenom období. Na základe čoho sa vytvorí rebríček hodnotených poskytovateľov. V závislosti od zaradenia	0,0011 (max.)

		jednotlivých odborností poskytovateľa do pásma je bonus nasledovný: 0,0007 € - dolných 25% poskytovateľov, 0,0008 € - stredné pásmo poskytovateľov, 0,0011 € - horných 25% poskytovateľov. Definícia unikátnej interakcie a novej unikátnej interakcie je uvedená v písmene f) tohto bodu tejto časti prílohy.	
	<b>Návštevy</b>	Ukazovateľ hodnotí prepočítaný počet návštev (PPN) na unikátneho poistenca s využitím indexov používaných v prerozdeľovacom mechanizme (demografické a viacročné nákladové skupiny). PZS sa zaradi v rámci odbornosti do jedného z pásiem: 0,0010 € - dolných 25% poskytovateľov, 0,0011 € - stredné pásmo poskytovateľov, 0,0014 € - horných 25% poskytovateľov.	0,0014 (max.)

f) Unikátnou interakciou sa rozumie výkon vykázaný poskytovateľom na unikátne rodné číslo alebo vydaný liek alebo zdravotnícka pomôcka, ktorú predpísal poskytovateľ. O novú unikátnu interakciu ide v prípade, ak v kalendárnom roku bezprostredne predchádzajúceho hodnotenému obdobiu na dané rodné číslo nebol poskytovateľom vykázaný výkon alebo vydaný liek alebo zdravotnícka pomôcka, ktorú predpísal poskytovateľ.

**Časť - Špecializovaná ambulatná starostlivosť v špecializačnom odbore diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy a pediatrika endokrinológia a diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy**

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

Špecifikácia výkonov a podmienok úhrady	Základná cena bodu v €	Max. cena bodu v €
Výkony špecializovanej ambulatnej starostlivosti (ďalej aj ako „ŠAS“) s výnimkou iných výkonov ŠAS špecifikovaných v tejto tabuľke.	0,0323*	0,0360*
Výkony s kódmi <b>60, 62, 63</b>	0,0365*	0,0402*

\*V tejto tabuľke je uvedená minimálna a maximálna cena bodu za výkony ŠAS. Konkrétna výška ceny bodu závisí od bonusov k cene bodu za výkony ŠAS priznaných poskytovateľovi za podmienok stanovených v tejto časti prílohy; v I. kalendárnom polroku 2024 bude hodnotenému poskytovateľovi priznaný bonus minimálne vo výške 0,0025 €

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

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
<b>1b</b>	<p>Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty alebo telefonicky (160 bodov)</p> <p>Konzultácia s pacientom prostredníctvom elektronickej pošty (email), SMS alebo telefonicky obsahuje cieleňú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly, vo vzťahu k jednému orgánovému systému, popis subjektívnych ťažkostí, diagnostický záver, poučenie o diéte a životospráve, v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplynuli z konzultácie ohľadom zdravotného stavu, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára, poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie.</p> <p>Vykazovanie výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta,</li> <li>- zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii,</li> <li>- súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný čas poskytnutia zdravotného výkonu, popis zdravotného výkonu, prípadne dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne aj záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára,</li> <li>- výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi,</li> <li>- výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta,</li> <li>- vykazuje sa samostatne, najviac 1x za deň,</li> <li>- maximálna frekvencia: 3x v kalendárnom mesiaci.</li> </ul>	<b>0,035</b>
<b>11a</b>	<p>Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor), (210 bodov)</p> <p>Konzultácia s pacientom prostredníctvom doložiteľnej videokomunikácie (musí prebehnúť priamy videoprenos cez webovú aplikáciu alebo videohovor) v online prostredí v danom čase, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie, realizáciu fotografií pacienta / vyšetrovaného orgánu pre pridanie do zdravotnej dokumentácie a obsahuje cieleňú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom alebo k psychickej poruche, zhodnotenie výsledkov, vypísanie receptov, prípadne vypísanie žiadaniek na ďalšie vyšetrenie, poučenie pacienta, diagnostický záver, určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára.</p> <p>Vykazovanie zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- výkon sa vykazuje ako komplexná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia,</li> <li>- 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,</li> <li>- výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi,</li> <li>- vykazuje sa samostatne, najviac 1x deň.</li> </ul>	<b>0,035</b>
<b>70</b>	<p>Opätovné lekárske vystavenie receptov a (alebo) poukazov na základe požiadavky pacienta prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefónu (40 bodov)</p> <p>Popis výkonu: vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronickej formou pre lieky/zdravotné pomôcky/dietetické potraviny</p> <p>Vykazovanie výkonu:</p>	<b>0,035</b>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta,</li> <li>- 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,</li> <li>- 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,</li> <li>- 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,</li> <li>- výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi, maximálna frekvencia: 3x v kalendárnom mesiaci.</li> </ul>	
<b>1b 11a 70</b>	<p>Spoločné podmienky vykazovania a uhrádzania výkonov 1b, 11a a 70</p> <p>Union zdravotná poisťovňa, a. s. výkony akceptuje len za predpokladu, že relevantnú medicínsku radu alebo konzultáciu je možné poskytnúť poistencovi alebo jeho zákonnému zástupcovi telefonickou formou alebo formou videohovoru alebo inou elektronickou formou s ohľadom na zdravotný stav poistenca pri zachovaní správnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.. Telefonický rozhovor alebo videohovor alebo iná elektronická komunikácia medzi pacientom a lekárom musí bezprostredne súvisieť s problematikou diagnostickej alebo terapeutickje starostlivosti. Poskytovateľ v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z. vykoná zápis do zdravotnej dokumentácie daného poistenca o poskytnutí telefonickje rady poistencovi Union ZP alebo jeho zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom poistenca v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z. s tým, že v zápise uvedie aj tel. kontakt alebo mailový kontakt poistenca, na ktorom mu bola poskytnutá rada.</p> <p>Výkony nie je možné vzájomne kombinovať a ani kombinovať s inými výkonmi.</p> <p>Zo strany poskytovateľa sú dodržané ostatné podmienky úhrady výkonov vyplývajúce z príslušných zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v platnom znení a všeobecne záväzných právnych predpisov.</p> <p>Nástroj použitý na videokonzultáciu spĺňa základné parametre bezpečnosti prenosu dát a ochrany osobných údajov podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov a nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) č. 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (tzv. nariadenie GDPR).</p> <p>Prenos dát pri videohovore medzi pacientom a lekárom je zabezpečený takým spôsobom, že obsah videohovoru nie je dostupný ani prevádzkovateľovi nástroja, keď prevádzkovateľom nie je samotné zdravotnícke zariadenie; takého zabezpečenia je možné doceliť tým, že hovor je po celú dobu šifrovaný a nie je distribuovaný cez ďalšie aplikačné servery. Nástroj pre registráciu pacienta nevyžaduje údaje, okrem tých, ktoré sú nevyhnutné pre samotné spustenie videohovoru.</p>	<b>0,035</b>

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.	<b>0,01031</b>
Výkon imunologické vyšetrenie HbA1c s kódom 4587a, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil a súčasne vyšetrenie nebolo realizované v laboratóriu.	<b>0,01107</b>
Výkony s kódmi 5153a*, 5333* a výkony* z kapitoly „IV. ULTRAZVUK – USG“ v Katalógu zdravotných výkonov vydaného nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z. v platnom znení	<b>0,01107</b>
Výkony s kódmi 5330*, 5331*, 5332*	<b>0,0055</b>
Výkon C - reaktívny proteín s kódom 4571a*, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil (380 bodov)	<b>0,0158</b>

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

4. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné výkony ŠAS:

Kód výkonu	Počet bodov	Špecifikácia podmienok úhrady
<b>60</b>	<b>420</b>	
<b>62</b>	<b>270</b>	

<b>63</b>	<b>210</b>	Cena výkonu sa určí ako súčin počtu bodov podľa tejto tabuľky a (výslednej) ceny bodu za výkony ŠAS s bonusom priznaným pre príslušným kalendárny polrok podľa tejto časti prílohy.
<b>65</b>	<b>200</b>	
<b>66</b>	<b>320</b>	
<b>67</b>	<b>200</b>	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).
<b>62b</b>	<b>900</b>	<p>Vyšetrenie pacienta s potvrdeným ochorením COVID-19</p> <p>Diagnostické iniciálne alebo kontrolné vyšetrenie u pacienta s potvrdeným ochorením Covid 19 obsahuje cieľnú anamnézu, popis subjektívnych ťažkostí a objektívne fyzikálne vyšetrenie so zameraním na konkrétny symptóm, syndróm alebo diagnózu, zhodnotenie dostupných laboratórných, pomocných a konziliárnych vyšetrení, stanovenie diagnózy, vypísanie lekárskej správy, vypísanie lekárskeho predpisu, prípadne lekárskeho poukazu, vypísanie žiadaniek, indikácia potrebných laboratórných, pomocných alebo iných odborných vyšetrení, odporúčanie terapie a ďalšieho postupu, prípadne termínu najbližšej kontroly.</p> <p>Výkon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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,</li> <li>- sa vykonáva s použitím osobných ochranných pomôcok,</li> <li>- nie je možné súčasne vykazovať na úhradu do zdravotnej poisťovne s výkonom 67,</li> <li>- 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.</li> </ul>
<b>1A02007</b>	<b>180</b>	<p>Cieľné vyšetrenie nôh</p> <p>Vyšetrenie rizikových faktorov diabetickej nohy – poruchy citlivosti nôh monofilamentami a ladičkou alebo obdobnou metódou, zvýšenej kožnej teploty a zhodnotenie obuvi pacienta z hľadiska vhodnosti pre diabetika.</p>

5. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi **výkony súvisiace s ambulantným nastavením inzulínovej pumpy** za podmienok dohodnutých v tomto bode:

- a) Poskytovateľ predložil zdravotnej poisťovni kópiu dokladu o absolvovaní odborného školenia o ambulantnom nastavení inzulínovej pumpy.
- b) Zdravotná poisťovňa oznámila poskytovateľovi, že súhlasí s vykazovaním výkonov súvisiacich s ambulantným nastavením inzulínovej pumpy.
- c) Poskytovateľ výkony vykazuje na úhradu do zdravotnej poisťovne s niektorým z nasledovných kódov chorôb: E10.01, E10.31, E10.41, E10.51, E10.61, E10.73, E10.75, E10.81, E10.90, E10.91, E11.01, E11.31, E11.41, E11.51, E11.61, E11.73, E11.75, E11.81. Výkony 1A02009 a 1A03007 je možné vykazovať aj s diagnózami E10.11, E10.21, E11.11, E11.21.
- d) Cena výkonov sa určí ako súčin príslušného počtu bodov podľa tabuľky tohto bodu a (výslednej) ceny bodu za výkony ŠAS s bonusom priznaným pre príslušným kalendárny polrok podľa tejto časti prílohy.
- e) Sú splnené ostatné podmienky úhrady výkonov špecifikované v nasledovnej tabuľke:

Kód výkonu	Počet bodov	Špecifikácia podmienok úhrady
<b>1B06025*</b>	<b>1200</b>	<p><b>Pohovor pri plánovaní zásadnej zmeny liečby - prechod na liečbu inzulínovou pumpou</b></p> <p>Výkon zahŕňa nasledovné činnosti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vysvetlenie vhodnosti takejto liečby, jej benefitov a možných rizík,</li> <li>• základná edukácia o inzulínovej pumpe v spolupráci s odbornou spôsobilým pracovníkom - názorná ukážka obsluhy pumpy.</li> </ul> <p>Podmienky úhrady výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• predchádzajúce schválenie inzulínovej pumpy zdravotnou poisťovňou,</li> <li>• príprava na liečbu inzulínovou pumpou, vysvetlenie vhodnosti takejto liečby,</li> <li>• stanovenie bazálneho a bolusového inzulínu, edukácia o zmenách dávok inzulínu a nácvik technickej obsluhy a</li> <li>• dĺžka trvania výkonu je minimálne 180 minút.</li> </ul> <p>Zdravotná poisťovňa neuhradí výkon v prípade pacientov s niektorým z nasledovných zdravotných stavov alebo niektorou z uvedených diagnóz:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pacient je dialyzovaný,</li> <li>• pacient má diagnostikovanú ketoacidózu,</li> <li>• pacient má závažnú poruchu zraku,</li> <li>• pacient má závažné psychiatrické ochorenie,</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• pacient už bol nastavený na liečbu inzulínovou pumpou v rámci ústavnej zdravotnej starostlivosti,</li> <li>• E10.21 a súčasne N18.5, E11.21 a súčasne N18.5,</li> <li>• E10.11, E11.11,</li> <li>• H53 – H54.</li> </ul> <p>Maximálna frekvencia vykazovania výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1x za život poistenca</li> </ul>
<b>1A02009*</b>	<b>1000</b>	<p><b>Kontinuálny monitoring glykémii</b></p> <p>Výkon zahŕňa nasledovné činnosti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontinuálne monitorovanie koncentrácie glukózy v intersticiálnej tekutine so zavedením senzoru,</li> <li>• prenesenie nameraných údajov a ich vyhodnotenie pre optimalizáciu liečby.</li> </ul>
<b>1A02012*</b>	<b>12 000</b>	<p><b>Nastavenie na liečbu inzulínovou pumpou</b></p> <p>Výkon zahŕňa nasledovné činnosti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Postupné nastavenie na liečbu inzulínovou pumpou,</li> <li>• stanovenie dávky bazálneho a bolusového inzulínu,</li> <li>• edukácia o zmenách dávok inzulínu a</li> <li>• nácvik technickej obsluhy pumpy.</li> </ul> <p>Zdravotná poisťovňa neuhradí výkon v prípade pacientov s niektorým z nasledovných zdravotných stavov alebo niektorou z uvedených diagnóz:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pacient je dialyzovaný,</li> <li>• pacient má diagnostikovanú ketoacidózu,</li> <li>• pacient má závažnú poruchu zraku,</li> <li>• pacient má závažné psychiatrické ochorenie,</li> <li>• pacient už bol nastavený na liečbu inzulínovou pumpou v rámci ústavnej zdravotnej starostlivosti,</li> <li>• E10.21 a súčasne N18.5, E11.21 a súčasne N18.5,</li> <li>• E10.11, E11.11,</li> <li>• H53 – H54.</li> </ul> <p>Maximálna frekvencia vykazovania výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1x za 4 roky</li> </ul>
<b>1A03007*</b>	<b>1200</b>	<p><b>Kontrolné diabetologické vyšetrenie pri liečbe inzulínovou pumpou</b></p> <p>Výkon zahŕňa nasledovné činnosti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• obsluha a využívanie technických možností pumpy,</li> <li>• úprava dávok inzulínu,</li> <li>• identifikácia chýb na základe analýzy údajov z pamäti pumpy.</li> </ul> <p>Maximálna frekvencia vykazovania výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Najviac 3x po nastavení na inzulínovú pumpu alebo po každej výmene inzulínovej pumpy počas nasledujúcich 21 dní.</li> <li>• Následne 6x za rok</li> </ul>

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

6. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi **výkony súvisiace s edukáciou pacienta v ambulancii** za podmienok dohodnutých v tomto bode:

- Edukáciu vykonáva lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy alebo pediatrika endokrinológia, diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy, prípadne v spolupráci s diabetologickou sestrou, asistentom výživy, diétnou sestrou, so stredoškolským vzdelaním v odbore asistent výživy.
- Poskytovateľ výkony vykazuje na úhradu do zdravotnej poisťovne spravidla s niektorým z nasledovných kódov chorôb: E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E65, E66, E78.
- Cena výkonov sa určí ako súčin príslušného počtu bodov podľa tabuľky tohto bodu a (výslednej) ceny bodu za výkony ŠAS s bonusom priznaným pre príslušný kalendárny polrok podľa tejto časti prílohy.
- Sú splnené ostatné podmienky úhrady výkonov špecifikované v nasledovnej tabuľke:

Kód výkonu	Počet bodov	Špecifikácia podmienok úhrady
1B05011	420	<p><b>Edukácia pri zistení diabetes mellitus</b></p> <p>Výkon zahŕňa nasledovné činnosti:</p> <p><b>Edukácia pri novodiagnostikovanom diabetes mellitus (DM)</b> obsahuje</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• edukáciu o podstate ochorenia, poruche metabolizmu cukrov, tukov a bielkovín,</li> <li>• zostavenie individuálneho liečebného a výživového plánu pri zistení zásadnej zmeny zdravotného stavu,</li> <li>• edukáciu o základných diétnych chybách, o podstatných zmenách v stravovacích návykoch,</li> <li>• edukáciu o význame fyzického pohybu, nastavenie pre daného pacienta, odporúčané druhy a intenzita fyzickej aktivity,</li> <li>• edukáciu o liečbe v prípade, ak sa nasadí farmakologická liečba – perorálne antidiabetiká a/alebo injekčné preparáty.</li> </ul> <p>Podmienky úhrady výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dĺžka trvania výkonu je minimálne <b>20 minút</b></li> </ul> <p>Maximálna frekvencia vykazovania výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1x za život poistenca</li> </ul> <p>Výkon nie je možné kombinovať s nasledovnými výkonmi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10c</li> <li>• 1B05012</li> <li>• 1B05013</li> <li>• 1B05014</li> </ul>
1B05012	420	<p><b>Edukácia aplikácie inzulínu a iných injekčných antidiabetík.</b></p> <p>Výkon zahŕňa nasledovné činnosti:</p> <p><b>A) Edukácia aplikácie inzulínu a iných injekčných antidiabetík</b> obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• základné informácie pre pacienta o inzulíne, o jeho účinku, o jeho skladovaní, priebeh účinku ordinovaného inzulínu, likvidácii obalov liekov a inzulínových pier, striekačiek, ihliel,</li> <li>• edukácia o príznakoch hypoglykémie a jej liečbe, prevencia hypoglykémie, príčiny vzniku hypoglykémie, prvá pomoc pri hypoglykémii, hypoglykémia ako rizikový faktor ďalších ochorení, hypoglykémia a vedenie motorového vozidla,</li> <li>• edukácia o hyperglykémii a ketoacidóze, o jej príznakoch a o postupe pri jej prejavoch,</li> <li>• edukácia o dávkovaní inzulínu podľa konzumácie jedla s daným obsahom sacharidových jednotiek,</li> <li>• edukácia o mimoriadnych situáciách pri liečbe inzulínom (interkurentné ochorenia, operácie, vedenie motorového vozidla, práca pri vysokých teplotách, cestovanie a podobne), ako upravovať, kedy dávky znižovať, eventuálne aj vynechať podanie inzulínu,</li> <li>• edukácia pacienta o úprave dávok inzulínu vo vzťahu k fyzickej aktivite,</li> <li>• nastavenie jednotiek inzulínu stanovením individuálnej citlivosti pacienta na inzulín,</li> <li>• usmernenie a cielená odborná inštrukcia k používaniu inzulínového pera a edukácia na aplikáciu inzulínu,</li> <li>• usmernenie a cielená odborná inštrukcia pri obsluhu glukometra,</li> <li>• edukácia o meraní glykémii glukometrom, timingu meraní, frekvencií meraní, zapisovaní hodnôt a zapisovaní jedál – poučiť v ktorých prípadoch je to potrebné,</li> <li>• edukácia o prevencii a znížení rizika komplikácií diabetu samovyšetrením rôznych častí tela, predovšetkým dolných končatín, moču, tlaku krvi a iné.</li> </ul> <p>a/alebo</p> <p><b>B) Pohovor s pacientom s DM pri plánovaní zásadnej zmeny liečby na injekčnú liečbu (GLP1, PCSK-9)</b> obsahuje:</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• edukáciu o postupe pri podávaní injekčnej liečby, skladovaní lieku, zmien miesta vpichov,</li> <li>• edukáciu o časovaní injekcií napr. pri vynechaní, dodržanie časových odstupov</li> <li>• edukácia o možných vedľajších účinkoch, kedy sa má pacient hlásiť u lekára, alebo liečbu ukončiť,</li> <li>• edukáciu o selfmonitoringu glykémií pri liečbe GLP-1 – obsluha glukometra, časovanie meraní.</li> </ul> <p>Podmienky úhrady výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dĺžka trvania výkonu je minimálne <b>20 minút</b></li> </ul> <p>Maximálna frekvencia vykazovania výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2x za kalendárny rok</li> </ul> <p>Výkon nie je možné kombinovať s nasledovnými výkonmi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10c</li> <li>• 1B05011</li> <li>• 1B05013</li> <li>• 1B05014</li> </ul>
<b>1B05013</b>	<b>270</b>	<p><b>Edukácia pri diabete v súvislosti s prevenciou hypoglykémie</b></p> <p>Výkon zahŕňa nasledovné činnosti:</p> <p><b>Edukácia pacienta s opakovanými hypoglykémiami, s prekonanou ťažkou hypoglykémiou, s prekonanou ketoacidózou</b> obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• rozbor možnej príčiny prekonanej komplikácie a zacielenie edukácie na opakovanie ťažkej hypoglykémie alebo ketoacidózy,</li> <li>• zopakovanie postupov liečby hyperglykémie a ketoacidózy.</li> <li>• edukáciu o príznakoch hypoglykémie a jej liečbe,</li> <li>• prevencia hypoglykémie, príčiny vzniku hypoglykémie, prvá pomoc pri hypoglykémii,</li> <li>• hypoglykémia ako rizikový faktor ďalších ochorení, hypoglykémia a vedenie motorového vozidla.</li> </ul> <p>Podmienky úhrady výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dĺžka trvania výkonu je minimálne <b>10 minút</b>.</li> </ul> <p>Maximálna frekvencia vykazovania výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1x za kalendárny štvrtrok</li> </ul> <p>Výkon nie je možné kombinovať s nasledovnými výkonmi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10c</li> <li>• 1B05012</li> <li>• 1B05011</li> <li>• 1B05014</li> </ul>
<b>1B05014</b>	<b>270</b>	<p><b>Edukácia pri diabete v súvislosti s prevenciou chronických komplikácií diabetu a ochorení zapríčinených diabetom</b></p> <p>Výkon zahŕňa nasledovné činnosti:</p> <p><b>A) Edukácia pacienta ohľadom akútnych a chronických komplikácií DM</b> obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• edukáciu o postupe pri akútnej hyperglykémii - vylúčenie ketoacidózy - fyzický pohyb, dopichovanie inzulínu s prevenciou kumulovania dávok inzulínu,</li> <li>• edukáciu pri novovzniknutej diabetickej retinopatii, neuropatii, nefropatii, makroangiopatii - to znamená pri makrovaskulárnych komplikáciách diabetu ako infarkt srdca, cievna mozgová príhoda,</li> <li>• edukáciu pri potrebe hemodialyzačnej alebo transplantačnej liečby, väčšej strate zraku až slepote, pri vzniknutej diabetickej nohe.</li> </ul> <p>a/alebo</p> <p><b>B) Edukácia pacienta s diabetickou nohou</b> obsahuje:</p>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>• pri prevencii - edukáciu o starostlivosti o dolné končatiny pravidelným samo-vyšetrením aj s využitím príslušných pomôcok, správny výber obuvi, vložiek, zdravotná pedikúra,</li> <li>• Pri vzniku defektu: kedy je potrebné ošetrovanie lekára pri vzniku defektu, edukácia o prísnej glykemickej kontrole.</li> </ul> <p>a/alebo</p> <p><b>C) Edukácia pacienta s dyslipidémiou</b> obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• poruchy metabolizmu tukov, diferenciacia familiárnych foriem dyslipidémie,</li> <li>• súvislosť tukov s aterosklerózou a kardiovaskulárnymi ochoreniami,</li> <li>• spôsoby a ciele liečby hyperlipoproteinémie podľa stratifikácie kardiovaskulárneho rizika.</li> </ul> <p>a/alebo</p> <p><b>D) Edukácia pacienta s obezitou</b> obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• edukáciu o dôsledkoch obezity na dĺžku života a na zdravotný stav pacienta,</li> <li>• zdôraznenie prínosu zníženia telesnej hmotnosti na zdravie pacienta,</li> <li>• základná edukácia o znížení telesnej hmotnosti, rozpis a príprava individualizovaného rozpisu pre daného pacienta.</li> </ul> <p>Podmienky úhrady výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dĺžka trvania výkonu je minimálne <b>10 minút</b>.</li> </ul> <p>Maximálna frekvencia vykazovania výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1x za kalendárny štvrtrok</li> </ul> <p>Výkon nie je možné kombinovať s nasledovnými výkonmi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10c</li> <li>• 1B05011</li> <li>• 1B05012</li> <li>• 1B05013</li> </ul>
10c	180	<p><b>Iné formy edukácie diabetika</b></p> <p>Výkon zahŕňa najmä nasledovné činnosti:</p> <p><b>A) Edukácia pacienta pri opakovaných kontrolách na ambulancii u pacienta liečeného inzulínom</b> obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• edukáciu ohľadom pružného dávkovania inzulínu a o úprave dávok inzulínu podľa jedál.</li> </ul> <p>a/alebo</p> <p><b>B) Edukácia pri plánovanej gravidite a u gravidnej diabetickej pacientky</b> obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• edukáciu o vzťahu diabetu a tehotenstva,</li> <li>• nastavenie cieľov kompenzácie pre obdobie počatia a gravidity u diabetičiek alebo pri gestačnom diabete,</li> <li>• fyziológia tehotenstva, riziká oscilácií glykémii a hypoglykémie,</li> <li>• edukáciu o hypoglykémii v tehotenstve</li> </ul> <p>Podmienky úhrady výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dĺžka trvania výkonu je minimálne <b>10 minút</b>.</li> </ul> <p>Maximálna frekvencia vykazovania výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1x za kalendárny štvrtrok</li> </ul> <p>Výkon nie je možné kombinovať s nasledovnými výkonmi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1B05011</li> <li>• 1B05012</li> <li>• 1B05013</li> <li>• 1B05014</li> </ul>

7. Cenou výkonu sa uhrádza nasledovný výkon:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena za výkon v €
629b*	<p>Skríningový antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou</p> <p>Obsahová náplň výkonu: Skríningový, rýchly antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou zahŕňa odber biologického materiálu na stanovenie antigénov SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou pomocou prístroja na odčítanie výsledku reakcie, vrátane použitia osobných ochranných pracovných prostriedkov a dezinfekcie. Zdravotný výkon vykonáva lekár alebo sestra, sestra špecialistka alebo iný zdravotnícky pracovník. Vyhodnotenie je súčasťou zdravotného výkonu.</p> <p>Výkon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- je indikovaný na základe klinickej (nie výlučne epidemiologickej) indikácie ošetrojúceho lekára,</li> <li>- uhrádza sa u symptomatického pacienta s klinickými príznakmi respiračného syndrómu,</li> <li>- vykazuje sa diagnózou U07.1 alebo U07.2,</li> <li>- sa uhrádza u jedného poistenca maximálne 2x za 30 dní,</li> <li>- bol zrealizovaný za pomoci certifikovaného antigénového testu.</li> </ul> <p>Odber pre účely výkonu sa vykonáva s použitím osobitných ochranných pracovných prostriedkov:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- respirátor FFP2-3 prekrytý rúškom,</li> <li>- ochranný plastický tvárový štít alebo okuliare,</li> <li>- jednorazové rukavice.</li> </ul> <p>Zároveň sú splnené aj tieto podmienky:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zrealizuje sa dezinfekcia bezprostredného priestoru po odbere pre účely daných výkonov,</li> <li>- poskytovateľ v prípade pozitívne testovaného poistenca zabezpečil ďalší manažment starostlivosti o pacienta.</li> <li>- Výkony 629a a 629b nie je možné vzájomne kombinovať pri jednom vyšetrení pacienta.</li> </ul>	10,20
H0006	<p>Stratifikácia kardiovaskulárneho rizika</p> <p>Výkon sa uhrádza za nasledovných podmienok:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- poskytovateľ vykonáva u poistencov stratifikáciu kardiovaskulárneho rizika systémom SCORE v súlade s príslušnými odbornými usmerneniami MZ SR,</li> <li>- maximálne 1x za kalendárny rok u jedného poistenca nad 40 rokov,</li> <li>- ak je vykázaný pri vyšetrení poistenca s diabetes mellitus 2.typu, a s kódom diagnózy, pre ktorú bola stratifikácia kardiovaskulárneho rizika u poistenca vykonaná,</li> <li>- výkon u daného poistenca v tom istom roku ešte nebol uhradený inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti,</li> <li>- ak je s výkonom v dávke 753b 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: <ul style="list-style-type: none"> <li>• SKOR01 pri nízkom až strednom riziku,</li> <li>• SKOR02 pri vysokom riziku,</li> <li>• SKOR03 pri veľmi vysokom riziku,</li> </ul> </li> </ul> <p>pričom na 5. a 6. mieste položky je vyjadrenie dosiahnutého skóre,</p> <p>poskytovateľ súhlasí, aby zdravotná poisťovňa analyzovala údaje o dosiahnutom skóre jeho pacientov pre účely benchmarku poskytovateľov zdravotnej starostlivosti; o výsledkoch takejto analýzy zdravotná poisťovňa môže oboznámiť poskytovateľa.</p> <p>Podmienkou úhrady je vloženie vyhodnotenia výsledku vyšetrenia do systému eZdravie.</p>	5,82
H0008*	<p>Obsahom zdravotného výkonu je stanovenie indexu ABI oscilometrickou metódou, meranie a vyhodnotenie indexu ABI na štyroch končatinách na zistenie zvýšeného rizika ischemickej choroby dolných končatín.</p> <p>Výkon sa uhrádza, ak:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bol poskytnutý poistencovi s minimálne jedným rizikovým faktorom - podozrenie na ischemickú chorobu dolných končatín, artériová hypertenzia, abnormálne EKG, diabetes mellitus, obezita, fajčenie, vysoká hladina celkového cholesterolu, porucha metabolizmu lipidov,</li> <li>- nebude súčasne vykázaný v ambulancii všeobecnej ambulantnej starostlivosti.</li> </ul> <p>Podmienkou úhrady je vloženie vyhodnotenia výsledku vyšetrenia do systému eZdravie.</p>	6,98

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

8. Pevnou sumou zdravotná poisťovňa uhradí 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	Akceptované u odborností ŠAS
IPP1	3,71	60	050; 153;
IPP2	3,18	62	050; 153;
IPP3	2,12	63	050; 153;

9. 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.

10. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi bonusy k cene bodu za výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti za podmienok dohodnutých v tomto bode:

a) Zdravotná poisťovňa na základe údajov zo svojho informačného systému vyhodnotí, či poskytovateľ splnil ukazovatele podľa tabuľky tohto bodu v kalendárnom polroku, za ktorý sa vykonáva hodnotenie (ďalej len „hodnotené obdobie“). Ukazovateľ je dojednaná podmienka, za splnenia ktorej zdravotná poisťovňa priznáva bonus poskytovateľovi podľa tabuľky tohto bodu.

b) Hodnotené obdobie je kalendárny polrok, ktorý bezprostredne predchádza kalendárnemu polroku, v ktorom sa vykonáva hodnotenie, s výnimkou Ukazovateľa „Podiel nových pacientov“, kde hodnoteným obdobím je bezprostredne predchádzajúci kalendárny rok.

c) Zdravotná poisťovňa uhradí bonusy, pri ktorých poskytovateľ splnil ukazovatele v celom kalendárnom polroku, ktorý bezprostredne nasleduje po kalendárnom polroku, v ktorom zdravotná poisťovňa vykonala hodnotenie plnenia ukazovateľov. Zdravotná poisťovňa oznámi poskytovateľovi bonusy, pri ktorých splnil ukazovatele. Zdravotná poisťovňa môže na vybrané obdobie hodnoty priznaných bonusov navýšiť nad rámec hodnôt bonusov alebo priznať bonusy nad rámec podmienok ich priznania alebo pozmeniť hodnotené obdobie podľa tohto bodu tejto časti, o čom informuje poskytovateľa.

d) Nevyhodnocuje sa ani u odbornosti s kódom 027 a odborností zazmluvnených u menej ako 10 ambulantných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Pri týchto odbornostiach u nehodnotených poskytovateľov špecializovanej ambulantnej starostlivosti je priznaný paušálny bonus k cene bodu vo výške 0,0025 €.

e) Poskytovateľovi na obdobie do 30.06.2024 zostáva bonus k cene bodu priznaný v závislosti od plnenia ukazovateľov platných k 01.01.2024. Ukazovatele a bonusy, ktoré sa uplatňujú u poskytovateľov špecializovanej ambulantnej starostlivosti na obdobie od 01.07.2024 sú uvedené v nasledovnej tabuľke:

	Max. bonus spolu:	0,0037 €	
Oblasť	Názov ukazovateľa	Špecifikácia ukazovateľa	Bonus (€)
Kvalita	Náročnosť pacientov	Ukazovateľ hodnotí náročnosť kmeňa PZS s využitím indexov rizika používaných v prerozdelačom mechanizme (demografické a viacročné nákladové skupiny). Porovnáva náročnosť kmeňa PZS so všetkými poskytovateľmi v danej odbornosti k poslednému mesiacu hodnoteného obdobia. Na základe čoho sa vytvorí rebríček hodnotených poskytovateľov. V závislosti od zaradenia jednotlivých odborností poskytovateľa do pásma je bonus nasledovný: 0,0008 € - dolných 25% poskytovateľov, 0,0009 € - stredné pásmo poskytovateľov, 0,0012 € - horných 25% poskytovateľov.	0,0012 (max.)
		Ukazovateľ hodnotí podiel unikátnych nových interakcií v hodnotenom období z celkového počtu unikátnych interakcií v hodnotenom období. Na základe čoho sa vytvorí rebríček hodnotených poskytovateľov. V závislosti od zaradenia jednotlivých odborností poskytovateľa do pásma je bonus nasledovný: 0,0007 € - dolných 25% poskytovateľov, 0,0008 € - stredné pásmo poskytovateľov, 0,0011 € - horných 25% poskytovateľov. Definícia unikátnej interakcie a novej unikátnej interakcie je uvedená v písmene f) tohto bodu tejto prílohy.	0,0011 (max.)
Dostupnosť	Návštevy	Ukazovateľ hodnotí prepočítaný počet návštev (PPN) na unikátneho poistenca s využitím indexov používaných v prerozdelačom mechanizme (demografické a viacročné nákladové skupiny). PZS sa zaradí v rámci odbornosti do	0,0014 (max.)

		jedného z pásiem: 0,0010 € - dolných 25% poskytovateľov, 0,0011 € - stredné pásmo poskytovateľov, 0,0014 € - horných 25% poskytovateľov.	
--	--	---	--

f) Unikátnou interakciou sa rozumie výkon vykázaný poskytovateľom na unikátne rodné číslo alebo vydaný liek alebo zdravotnícka pomôcka, ktorú predpísal poskytovateľ. O novú unikátnu interakciu ide v prípade, ak v kalendárnom roku bezprostredne predchádzajúcej hodnotenému obdobiu na dané rodné číslo nebol poskytovateľom vykázaný výkon alebo vydaný liek alebo zdravotnícka pomôcka, ktorú predpísal poskytovateľ.

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

1. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
<p>Výkony špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti v odbore zubné lekárstvo.</p> <p>Pre náročnosť ošetrovania poistencov s vrodenou vývojovou chybou čelustí a tváre sa výška úhrady zdravotného výkonu O06 do dosiahnutia šiesteho roku veku a výška úhrady zdravotných výkonov O21 až O37 bez obmedzenia veku, násobí koeficientom <b>H 1,3</b>.</p> <p>Zdravotné výkony preventívnych prehliadok D01, D02, D02a, D05 a D06 sa vykazujú s kódom choroby Z01.2.</p>	<b>0,143</b>

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

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
<b>1b</b>	<p>Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty alebo telefonicky (160 bodov)</p> <p>Konzultácia s pacientom prostredníctvom elektronickej pošty (email), SMS alebo telefonicky obsahuje cieľnú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly, vo vzťahu k jednému orgánovému systému, popis subjektívnych ťažkostí, diagnostický záver, poučenie o diéte a životospráve, v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplynuli z konzultácie ohľadom zdravotného stavu, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára, poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie.</p> <p>Vykazovanie výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- výkon sa vyказuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta,</li> <li>- zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii,</li> <li>- súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný čas poskytnutia zdravotného výkonu, popis zdravotného výkonu, prípadne dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne aj záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára,</li> <li>- výkon sa nevyказuje súčasne s inými výkonmi,</li> <li>- výkon sa nevyказuje pre telefonické objednávanie pacienta,</li> <li>- vyказuje sa samostatne, najviac 1x za deň,</li> <li>- maximálna frekvencia: 3x v kalendárnom mesiaci.</li> </ul>	<b>0,035</b>
<b>70</b>	<p>Opätovné lekárske vystavenie receptov a (alebo) poukazov na základe požiadavky pacienta prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefónu (40 bodov)</p> <p>Popis výkonu: vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronickou formou pre lieky/zdravotné pomôcky/dietetické potraviny</p> <p>Vykazovanie výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- výkon sa vyказuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta,</li> <li>- 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,</li> <li>- 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,</li> <li>- ak ide o elektronický predpis liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín typu opakovaný recept (preskripčný záznam s poznámkou „REPETATUR“) výkon sa vyказuje samostatne za každý vystavený recept a/alebo poukaz,</li> <li>- výkon sa nevyказuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi,</li> </ul> <p>maximálna frekvencia: 3x v kalendárnom mesiaci.</p>	<b>0,035</b>
<b>1b 70</b>	<p>Spoločné podmienky vykazovania a uhrádzania výkonov 1b a 70</p> <p>Union zdravotná poisťovňa, a. s. výkony akceptuje len za predpokladu, že relevantnú medicínsku radu alebo konzultáciu je možné poskytnúť poistencovi alebo jeho zákonnému zástupcovi telefonickou formou alebo 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 iná elektronická komunikácia medzi</p>	<b>0,035</b>

<p>pacientom a lekárom musí bezprostredne súvisieť s problematikou diagnostickej alebo terapeutickje starostlivosti.</p> <p>Poskytovateľ v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z. vykoná zápis do zdravotnej dokumentácie daného poistenca o poskytnutí telefonickje rady poistencovi Union ZP alebo jeho zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom poistenca v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z. s tým, že v zápise uvedie aj tel. kontakt alebo mailový kontakt poistenca, na ktorom mu bola poskytnutá rada.</p> <p>Výkony nie je možné vzájomne kombinovať a ani kombinovať s inými výkonmi.</p> <p>Zo strany poskytovateľa sú dodržané ostatné podmienky úhrady výkonov vyplývajúce z príslušných zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v platnom znení a všeobecne záväzných právnych predpisov.</p>	
--	--

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

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

4. 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	<b>0,27</b>
materiál* k výkonu D 54 sa vykazuje pod kódom OPG	<b>0,50</b>

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

## Časť - 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) 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 nezhrňa 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](http://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	0,005720
Laboratórny informačný systém	
Akreditácia	

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

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

	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 "Liquid based cytology"
--	---	--	--

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

#### **Poznámka:**

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

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

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

#### **Ďalšie podmienky úhrady za výkon 9952 sú nasledovné:**

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

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

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

6. Zdravotná poisťovňa vyhlasuje, že 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 transfuziológia, klinická mikrobiológia, klinická imunológia a alergológia, nukleárna medicína, lekárska genetika a laboratórna medicína.

## B) Zobrazovacie vyšetrovacie metódy

1. Cenou bodu v rozmedzí **od 0,003400 € do 0,011700 €** sa uhrádzajú výkony SVLZ v špecializačnom odbore rádiológia. Výška ceny bodu závisí od technických parametrov prístrojového vybavenia pracoviska a od splnenia kritérií uvedených v tabuľke tohto bodu:

Zobrazovacia modalita	Kritérium	Cenové úrovne podľa splnenia kritérií v €	Zmluvná cena bodu v €
osteodenzitometria	-	0,005500	<b>X</b>
Konvenčné RTG - okrem vybraných skiagrafických výkonov	-	0,008000	<b>0,008000</b>
Konvenčné RTG – vybrané skiagrafické výkony	RTG prístroj analógový	0,008700	<b>0,011700</b>
	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	<b>0,008100</b>
Mamografia	Poskytovateľ, ktorý poskytuje menej ako 3 000 vyšetrení za jeden kalendárny rok	0,008800	<b>X</b>
	Poskytovateľ, ktorý poskytuje minimálne 3 000 vyšetrení za jeden kalendárny rok	0,009600	
počítačová tomografia	CT prístroj do 16 MSCT	0,003515	<b>X</b>
	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	<b>X</b>
	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 preskripčným obmedzením viazaný na špecializačný odbor rádiológia, zdravotná poisťovňa uhradí tento ŠZM ako pripočítateľnú položku k úhrade výkonu do výšky obstarávacej ceny ŠZM, najviac však do výšky príslušnej maximálnej úhrady zdravotnej poisťovne za ŠZM uvedenej v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne pri súčasnom dodržaní všetkých ostatných príslušných podmienok úhrady ŠZM, ak nie je dojednané inak. Ak je obstarávacia cena ŠZM vyššia ako maximálna úhrada zdravotnej poisťovne za ŠZM ako pripočítateľnej položky uvedenej v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom

sídle zdravotnej poisťovne, je tento rozdiel zahrnutý do úhrady výkonu, v súvislosti s ktorým bol ŠZM použitý. Týmto bodom nie je dotknutá výška doplatku poistenca na úhradu ŠZM.

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

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

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

- a) 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.
- b) Za analógový RTG prístroj sa považuje taký RTG prístroj, ktorý nemá zabudovanú technológiu potrebnú na vytváranie a uchovávanie RTG snímok v digitálnej podobe.
- c) 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.
- d) 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.
- e) Poskytovateľ plní kritérium elektronického zdieľania RTG snímok s inými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, ak má k dispozícii funkčné hardvérové a softvérové vybavenie umožňujúce bezpečné zdieľanie digitálnych RTG snímok poskytovateľa s inými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti prostredníctvom prepojenia softvérového vybavenia.
- f) Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti dodržiava Štandardný postup na vykonávanie lekárskeho ožiarenia - Skiagrafia a skiaskopia vydaný Ministerstvom zdravotníctva SR.
- g) Poskytovateľ je povinný v súlade s príslušnými všeobecne záväznými právnymi predpismi sledovať a zaznamenávať veľkosť ožiarenia poistenca.
- h) 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.
- i) Systém PACS poskytovateľa musí spĺňať príslušnú platnú technickú normu pre digitálne spracovanie obrazov a komunikáciu v medicíne.
- j) Poskytovateľ je povinný mať s dodávateľom RTG prístroja alebo s iným servisným pracoviskom uzatvorenú servisnú alebo revíziu zmluvu, v zmysle ktorej sa realizuje servisná kontrola alebo revízia RTG prístroja jedenkrát ročne.
- k) 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.

## Časť - Domáca ošetrovateľská starostlivosť

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

a) výkony poskytované **sestrou**:

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

<b>3423b*/</b>	Preväz rany veľkosti nad 5 cm <sup>2</sup> .	<b>250</b>
<b>3423c</b>	Príprava materiálu a sterilizácia – podmienkou je zdokladovanie prístrojového vybavenia (certifikát).	<b>100</b>
<b>3424*/</b>	Ošetrovateľská rehabilitácia, trvanie najviac 30 minút (nemôže sa vykazovať s výkonom 3400 a s výkonmi fyzioterapeuta).	<b>100</b>
<b>3426*/</b>	Odsávanie poistenca.	<b>80</b>
<b>3427</b>	Odsatie žalúdočného obsahu.	<b>200</b>
<b>3428</b>	Vyšetrenie moču indikátorovým médiom.	<b>25</b>
<b>3432</b>	Práca sestry pri domácej peritoneálnej dialýze.	<b>320</b>
<b>3433*/</b>	Odber krvi venepunkciou do jednej striekačky alebo jednej odberovej súpravy.	<b>100</b>
<b>3434</b>	Odber kapilárnej krvi.	<b>50</b>
<b>3435</b>	Umelé dýchanie a masáž srdca.	<b>300</b>
<b>3436*/</b>	Odbery: TT, TN, výter z rekta, odber spúta.	<b>60</b>
<b>3437</b>	Doprava biologického materiálu, za každých 30 minút.	<b>40</b>
<b>3439</b>	Návšteva poistenca (klienta) v pracovnom čase.	<b>160</b>
<b>3440</b>	Návšteva mimo riadneho pracovného času (od 19.00 do 7.00 hodiny v sobotu, v nedeľu a vo sviatok).	<b>250</b>
<b>3441</b>	Návšteva poistenca v rizikových skupinách populácie - krízová intervencia pri zhoršení psychického stavu pacienta (nemôže sa vykazovať s výkonmi 3439, 3440).	<b>200</b>
<b>3447*/</b>	Psychosomatická intervencia v terminálnom štádiu života.	<b>100</b>
<b>3449</b>	Kontinuálna starostlivosť o umierajúceho pacienta, za každú hodinu.	<b>120</b>
<b>3451</b>	Konzultácia sestry o jednom poistencovi s ošetrojúcim lekárom.	<b>40</b>
<b>3452</b>	Poskytnutie predlekárskej pomoci pri náhlych stavoch ohrozujúcich život.	<b>250</b>
<b>3457</b>	Podávanie cytostatík do zavedeného katétra	<b>250</b>
<b>3458</b>	Verbálna intervencia pri psychosomatických ťažkostiach u poistenca s nádorovým ochorením – maximálne 1x týždenne.	<b>300</b>
<b>3459a</b>	Usmernenie spôsobu života poistenca s nádorovým ochorením vzhľadom na jeho zdravotný stav – 1x počas poskytovania zdravotnej starostlivosti.	<b>250</b>
<b>3461*/</b>	Ošetrovanie dutiny ústnej u onkologického poistenca alebo u poistenca s imunodeficientným stavom.	<b>250</b>
<b>3635a</b>	Kontrola glykémie glukometrom.	<b>60</b>

Vysvetlivky:

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

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

<b>Kód výkonu</b>	<b>Názov výkonu</b>	<b>Body</b>
<b>503a</b>	Základné testovacie metódy, goniometrické vyšetrenie.	<b>80</b>
<b>509a</b>	Mäkké a mobilizačné techniky na chrbtici, periférnych kĺboch a svaloch. Špecializované liečebné výkony s cieľom upraviť funkčnú poruchu v oblasti pohybového systému (špeciálne mäkké techniky, PIR-postizometrická relaxácia, AGR-antigravitačná relaxácia, trakčné techniky, stretch and spray, banky), za jedno ošetrenie.	<b>220</b>
<b>510a</b>	Cielená odborná inštrukcia I. Inštrukcia a oboznámenie pacienta s používaním a obsluhou jednoduchých technických a kompenzačných pomôcok, zariadení a prístrojov (peroneálny stimulátor, TENS, skoliostop, myostimulátor, ortézy, protézy), inštrukcia o posturálnej životospráve, sociálno-rehabilitačná verbálna intervencia.	<b>150</b>
<b>512</b>	Individuálna liečebná telesná výchova I. Individuálna LTV zameraná na zvýšenie svalovej sily a zlepšenie rozsahu pohybov s použitím jednoduchých metód, aplikácia prvkov dýchacej cievnej a kondičnej pohybovej liečby, využitie náradia, závesovej postele, liečebná výchova k sebestačnosti a pod.	<b>130</b>
<b>513</b>	Individuálna liečebná telesná výchova II. Individuálna kombinovaná LTV zameraná na niekoľko cieľov, vyžadujúca mimoriadnu fyzickú a psychickú záťaž. Vzhľadom na povahu postihnutia si vyžaduje kombináciu viacerých postupov a metód (napr. reedukáciu základných posturálnych funkcií (vertikalizáciu, nácvik	<b>250</b>

	transferov, výcvik neurogénneho mechúra, výcvik s protézou, nácvik denných činností a pod.), za jedno cvičenie.	
<b>514a</b>	Individuálna liečebná telesná výchova II. Špeciálna systematická senzomotorická liečba funkčných a organických porúch centrálného a periférneho systému alebo vrodených a získaných chýb pohybového aparátu detí a dospelých (Bobath, Vojta, Kabáta, Brugerrov koncept, cvičenie s náčiním a pod.).	<b>450</b>
<b>520</b>	Dychová gymnastika. Individuálna gymnastika vrátane podporných ošetrení, trvanie najmenej 10 minút za jednu dychovú gymnastiku.	<b>80</b>
<b>522</b>	Špeciálne polohovanie. Odborné preventívne a liečebné polohovanie tela a segmentov končatín s prípadným využitím polohovacích pomôcok.	<b>290</b>
<b>530</b>	Klasická masáž jednej časti tela. Liečebné využitie prvkov klasickej masáže na jednej končatine alebo na časti trupu (šija, chrbát, driek), za jednu masáž. 7x.	<b>180</b>
<b>531</b>	Klasická masáž viacerých častí tela alebo trupu, za jedno ošetrenie.	<b>220</b>
<b>532</b>	Reflexná masáž a iné špeciálne ručné masáže. Masáž väziva, okostice, hrubého čreva, za jednu masáž.	<b>300</b>
<b>548</b>	Povrchová aplikácia tepla (použitie parafínu, Kenny, lavatermu, čerstvo pripravených obkladov alebo sterilizovaných obkladov), 7x.	<b>360</b>

2. Výkony uvedené v bode 1 tejto časti prílohy sa uhrádzajú na základe príslušného počtu bodov a v príslušnej cene bodu uvedenej v nasledovnej tabuľke:

Spôsob úhrady	Výkony	Úhrada v €
<b>cena bodu</b>	zdravotné výkony podľa bodu 1 písm. a) tejto časti prílohy okrem zdravotných výkonov 3419, 3420, 3439, 3440 a 3441	<b>0,0190* až 0,0205*</b>
<b>cena bodu</b>	zdravotné výkony 3419, 3420, 3439, 3440 a 3441 podľa bodu 1 písm. a) tejto časti prílohy	<b>0,0440* až 0,0455*</b>
<b>cena bodu</b>	zdravotné výkony podľa bodu 1 písm. b) <sup>1)</sup> tejto časti prílohy	<b>0,0200</b>

\*V tejto tabuľke je uvedená minimálna a maximálna cena bodu za výkony domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Konkrétna výška ceny bodu závisí od bonusov k cene bodu za výkony domácej ošetrovateľskej starostlivosti priznaných poskytovateľovi za podmienok stanovených v tejto časti prílohy.

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

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena výkonu v €
<b>3439a</b>	Nultá návšteva u poistenca. Za nultú návštevu sa na účely tejto zmluvy považuje spracovanie návrhu na poskytnutie domácej ošetrovateľskej starostlivosti, ktorého vzor tvorí prílohu č. 15 odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva SR o vedení zdravotnej dokumentácie (ďalej len „návrh“), predloženie návrhu lekárovi všeobecnej ambulantnej starostlivosti poistenca, s ktorým má poistenec uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „ošetrojúci lekár“) na schválenie a návšteva poistenca poskytovateľom, ktorej výsledkom je komplexné posúdenie zdravotného stavu poistenca v rozsahu oprávnení sestry podľa vyhlášky Ministerstva zdravotníctva SR, ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom, vždy v platnom znení.	<b>7,36</b>
<b>25a</b>	Sledovanie a kontrolovanie klinického stavu osoby s trvalou potrebou umelej pľúcnej ventilácie.  Popis výkonu: Sledovanie a kontrolovanie klinického stavu pacienta s trvalou potrebou umelej pľúcnej ventilácie v domácom prostredí pacienta v trvaní maximálne 8 hodín v rámci jedného dňa, maximálne 5 dní v týždni.  Vykazovanie výkonu:	<b>9,70</b>

<sup>1)</sup> Zdravotná poisťovňa schváli poskytovateľovi vykazovanie zdravotných výkonov na základe písomnej žiadosti. Povinnou prílohou žiadosti je kópia dokladu potvrdzujúceho pracovný vzťah fyzioterapeuta s poskytovateľom a kópia dokladu o pridelení kódu zdravotníckeho pracovníka v odbore fyzioterapia Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou fyzioterapeutovi. Zdravotná poisťovňa schválenie zdravotných výkonov oznámi poskytovateľovi písomne.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- výkon môže vykazovať sestra agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti</li> <li>- výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť v domácom prostredí pacienta alebo v zariadení sociálnej ochrany detí a sociálnej kurately, v ktorom je pacient umiestnený na základe súdneho rozhodnutia,</li> <li>- zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii,</li> <li>- súčasťou zdravotnej dokumentácie je aj popis zdravotného výkonu a dĺžka jeho trvania,</li> <li>- výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi,</li> <li>- výkon sa vykazuje na pacienta, ktorému je schválená Poistovňou trvalá domáca umelá pľúcna ventilácia</li> <li>- vykazuje sa za každú aj začatú hodinu s diagnózou Z99.1.</li> </ul>	
--	--	--

4. Poskytovateľ si môže do zdravotnej poisťovne za návštevu pacienta sestrou k poskytnutým výkonom domácej ošetrovateľskej starostlivosti **podľa bodu 1 písm. a)** vykázat cenu dopravy za jeden kilometer jazdy osobným motorovým vozidlom. Prepravu zdravotníckeho pracovníka (sestra agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti) osobným motorovým vozidlom na návštevu pacienta v domácom alebo v inom prirodzenom prostredí, v ktorom je osoba umiestnená, je možné vykázat nasledovne:

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

5. Podmienky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť poskytovateľom:

- a) poskytovateľ poskytuje domácu ošetrovateľskú starostlivosť na základe riadne vyplneného, zdôvodneného, ošetrovateľským lekárom schváleného a jeho podpisom a odtlačkom pečiatky potvrdeného návrhu,
- b) posúdenie miery imobility poistenca na základe posudzovacej stupnice a odborné lekárske nálezy súvisiace s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou sú neoddeliteľnou súčasťou zdravotnej dokumentácie poskytovateľa. V odôvodnených, resp. sporných prípadoch poskytovateľ na vyžiadanie zdravotnej poisťovni predloží kópiu záznamu o posúdení miery imobility poistenca alebo kópie príslušných odborných lekárske nálezy podľa tohto písmena,
- c) poskytovateľ zasiela kópiu dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poistencom zdravotnej poisťovni na jej vyžiadanie v prípade, ak v jednom kalendárnom mesiaci budú fakturovať poskytovanú domácu ošetrovateľskú starostlivosť na tohto istého poistenca dvaja a viacerí poskytovatelia. Zdravotná poisťovňa je oprávnená vyžiadať kópie dohody podľa tohto bodu písomne, telefonicky, faxom alebo e-mailom,
- d) zdravotné výkony fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie podľa bodu 1 písm. b) tejto časti prílohy indikuje v návrhu len lekár v špecializačnom odbore fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia podľa písm. a) tohto bodu, ktoré potvrdí svojim podpisom aj ošetrovateľský lekár poistenca,
- e) platnosť návrhu podľa písm. a) tohto bodu je najviac tri mesiace odo dňa schválenia návrhu ošetrovateľským lekárom. Ak po uplynutí doby platnosti zdravotný stav poistenca vyžaduje pokračovanie poskytovania zdravotnej starostlivosti, poskytovateľ je povinný vystaviť a zaslať zdravotnej poisťovni nový návrh podľa písm. a) tohto bodu, v ktorom ošetrovateľský lekár zdôvodní nevyhnutnosť ďalšieho poskytovania zdravotnej starostlivosti,
- f) pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti u poistencov s chronickým ochorením, kód choroby L97 (vred predkolenia, nezatriedený inde), kód choroby I83.2 [varixy (kľčové žily) dolných končatín s vredom aj zápalom] a kód choroby L89 (dekubitus), je platnosť návrhu podľa písm. a) tohto bodu najviac šesť mesiacov odo dňa schválenia návrhu ošetrovateľským lekárom, ak nie je dojednané inak. Ak ide o ošetrovanie poistencov s trvalo zavedenými umelými vývodmi (najmä PMK, PEG, tracheostómia) je platnosť návrhu podľa písm. a) tohto bodu najviac dvanásť mesiacov. Súčasťou poskytovanej zdravotnej starostlivosti je edukácia poistenca zameraná na nácvik sebastačnosti. Ak po uplynutí doby platnosti návrhu zdravotný stav poistenca vyžaduje pokračovanie poskytovania zdravotnej starostlivosti, poskytovateľ je povinný vystaviť a zaslať zdravotnej poisťovni nový návrh podľa písm. a) tohto bodu, v ktorom ošetrovateľský lekár zdôvodní nevyhnutnosť ďalšieho poskytovania zdravotnej starostlivosti. Ďalšie potrebné pokračovanie zdravotnej starostlivosti je podmienené predchádzajúcim súhlasom zdravotnej poisťovne,
- g) v prípade nedodržania podmienok úhrady uvedených v tomto bode poskytovateľ nemá nárok na úhradu poskytnutej zdravotnej starostlivosti.

h) poisťovňa neakceptuje ošetrovateľské výkony poskytnuté sestrou agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti poistencovi umiestnenému v zariadení sociálnej pomoci, s ktorým má poisťovňa uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a ktorému je poskytovaná ošetrovateľská starostlivosť v zariadení sociálnej pomoci.

6. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi bonusy k cene bodu za výkony domácej ošetrovateľskej starostlivosti za podmienok dohodnutých v tomto bode:

- a) Zdravotná poisťovňa na základe údajov zo svojho informačného systému a od poskytovateľov vyhodnotí, či poskytovateľ splnil ukazovatele podľa tabuľky tohto bodu v hodnotenom období. Ukazovateľ je dojednaná podmienka, za splnenia ktorej zdravotná poisťovňa priznáva bonus poskytovateľovi podľa tabuľky tohto bodu. Hodnotené obdobie je kalendárny rok, ktorý bezprostredne predchádza kalendárnemu roku, v ktorom sa vykonáva hodnotenie.
- b) Zdravotná poisťovňa uhradza bonusy, pri ktorých poskytovateľ splnil ukazovatele, do 31.3. nasledujúceho roku po kalendárnom roku, v ktorom zdravotná poisťovňa vykonala hodnotenie plnenia ukazovateľov. Zdravotná poisťovňa oznámi poskytovateľovi bonusy, pri ktorých splnil ukazovatele. Zdravotná poisťovňa môže na vybrané obdobie hodnoty priznaných bonusov navýšiť nad rámec hodnôt bonusov alebo priznať bonusy nad rámec podmienok ich priznania podľa tohto bodu tejto časti, o čom informuje poskytovateľa.

	Max. bonus spolu:	0,0015 €	
Oblasť	Názov ukazovateľa	Špecifikácia ukazovateľa	Bonus (€)
Dostupnosť	personálne zabezpečenie	Ukazovateľ hodnotí personálne zabezpečenie ADOS. <b>Ukazovateľ je splnený a bonus je priznaný, ak ADOS zamestnáva aspoň 2 sestry na plný úväzok.</b>	0,0002
Kvalita	Štandardy*	Ukazovateľ hodnotí používanie niektorého z verejne známych štandardov pre poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v ADOS. <b>Ukazovateľ je splnený a bonus je priznaný, ak poskytovateľ pri svojej práci používa štandard pre poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v ADOS.</b>	0,0002
	výkonový mix	Ukazovateľ porovnáva rôznorodosť výkonov poskytovaných konkrétnym poskytovateľom v porovnaní so všetkými poskytovateľmi domácej ošetrovateľskej starostlivosti, na základe čoho sa vytvorí rebríček hodnotených poskytovateľov do pásma, pričom bonus je priznávaný nasledovne: 1. pásmo najnižšia rôznorodosť - neoceňuje sa 2. pásmo stredná rôznorodosť - bonus 0,0002 € 3. pásmo vysoká rôznorodosť - bonus 0,0005 €	0,0005 (max.)
Efektivita	počet ošetrovaných na 1 SM	Ukazovateľ porovnáva priemerný počet ošetrovaných poistencov na 1 sesterské miesto (SM) u poskytovateľa s priemerným počtom ošetrovaných poistencov na 1 SM u všetkých poskytovateľov ADOS, na základe čoho sa vytvorí rebríček hodnotených poskytovateľov. <b>V závislosti od zaradenia jednotlivých poskytovateľov do pásma je bonus 0,0003 €, ak poskytovateľ bol zaradený do stredného štatistického pásma.</b>	0,0003 (max.)
	počet návštev na 1 RČ	Ukazovateľ porovnáva priemerný počet návštev na jedinečné rodné číslo (RČ) poskytovateľa s priemerným počtom návštev na RČ u všetkých poskytovateľov ADOS, na základe čoho sa vytvorí rebríček hodnotených poskytovateľov. <b>V závislosti od zaradenia jednotlivých poskytovateľov do pásma je bonus 0,0003 €, ak poskytovateľ bol zaradený do stredného štatistického pásma.</b>	0,0003

\* Informácie o používaní štandardu zdravotná poisťovňa získava od poskytovateľa.

### **Časť - Finančný rozsah pre zariadenie SVLZ**

1. Zmluvné strany sa pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti v zariadeniach SVLZ podľa tejto prílohy dohodli na finančnom objeme vo výške **25 500 €** na kalendárny polrok od 1.1.2024 po dobu účinnosti prílohy č. 2 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa bodu 9.3. tejto zmluvy. Ustanovenia tejto časti prílohy sa vzťahujú na priamo hradené výkony pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ak sú predmetom tejto zmluvy.
2. Zmluvné strany sa dohodli na platnosti finančného objemu podľa bodu 1 tejto časti prílohy aj pre obdobie predĺženej účinnosti prílohy č. 2 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa bodu 9.4. zmluvy.
3. Do finančného objemu na kalendárne obdobie podľa bodu 1 a 2 tejto časti prílohy (ďalej len „kalendárne obdobie“) sa zahŕňajú všetky poskytovateľom vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané výkony SVLZ podľa tejto prílohy.
4. Výkony SVLZ budú v kalendárnom období hradené nasledovne:
  - a) do výšky finančného objemu v cene bodu podľa tejto prílohy,
  - b) po prekročení finančného objemu v cene bodu podľa tejto prílohy, vynásobenej koeficientom 0,10.
5. V prípade nevyčerpania finančného objemu sa nevyčerpaná časť neprenáša do nasledujúceho kalendárneho obdobia.

### **Časť - Finančný rozsah pre domácu ošetrovateľskú starostlivosť**

1. Zmluvné strany sa pre poskytovanie domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ďalej len „DOS“) podľa tejto prílohy dohodli na finančnom objeme vo výške **4 200 €** na kalendárny polrok od 1.1.2024 po dobu účinnosti prílohy č. 2 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa bodu 9.3. tejto zmluvy.
2. Zmluvné strany sa dohodli na platnosti finančného objemu podľa bodu 1 tejto časti prílohy aj pre obdobie predĺženej účinnosti prílohy č. 2 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa bodu 9.4. zmluvy.
3. Do finančného objemu na kalendárne obdobie podľa bodu 1 a 2 tejto časti prílohy (ďalej len „kalendárne obdobie“) sa zahŕňajú všetky poskytovateľom vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané výkony DOS podľa tejto prílohy.
4. Do finančného objemu sa nezahŕňajú zdravotné výkony pôrodnej asistencie s kódom Y0024, Y0025, Y0039, 25 a 11a v prípade, že poskytovateľ poskytuje daný druh zdravotnej starostlivosti.
5. Výkony DOS budú v kalendárnom období hradené nasledovne:
  - a) do výšky finančného objemu v cene bodu podľa tejto prílohy,
  - b) po prekročení finančného objemu v cene bodu podľa tejto prílohy, vynásobenej koeficientom 0,10.
6. V prípade nevyčerpania finančného objemu sa nevyčerpaná časť finančného objemu neprenáša do nasledujúceho kalendárneho obdobia.



**Príloha č. 3**  
**k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**

**Zdravotnou poisťovňou schválené zdravotné výkony nad rámec materiálno-technického vybavenia**

Zdravotnou poisťovňou schválené zdravotné výkony poskytované v rámci ambulantnej zdravotnej starostlivosti, ktoré je poskytovateľ oprávnený vykonávať vzhľadom na dosiahnutú špecializáciu, resp. certifikovanú pracovnú činnosť prístrojovým vybavením nad rámec stanoveného minimálneho materiálno-technického vybavenia zdravotníckeho zariadenia.

<b>Kód odbornosti</b>	<b>Schválené výkony (vyplní Union zdravotná poisťovňa, a.s.)</b>
<b>001</b>	<b>5708</b>
<b>011</b>	<b>5311, 5312</b>
<b>015</b>	<b>1271</b>
<b>068</b>	<b>5734, 5736, 5738</b>
<b>802</b>	<b>D52, D54</b>