



N56920 17335612 6007NPSL000114 27 0625

**Dodatok č. 27
k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti
č. 6007NPSL000114**

Union zdravotná poisťovňa, a. s.

zastúpená: Ing. Jozef Koma, PhD., riaditeľ sekcie poistenia
so sídlom: Karadžičova 10, 814 53 Bratislava
IČO: 36 284 831
označenie registra: Mestský súd Bratislava III, oddiel: Sa, vložka číslo: 3832/B
právna forma: akciová spoločnosť
kód Union zdravotnej poisťovne, a. s.: 27
(ďalej len „zdravotná poisťovňa“)

a

Psychiatrická liečebňa Sučany

zastúpený: Ing. Roman Kľučiarik, riaditeľ
so sídlom: Hradiská 23, 03852 Sučany
IČO: 17335612
identifikátor poskytovateľa (prvých šesť znakov kódu poskytovateľa): N56920
(ďalej len "poskytovateľ")
(spoločne aj „zmluvné strany“)

Zmluvné strany uzatvárajú tento dodatok č. 27 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti č. 6007NPSL000114 (ďalej len „zmluva“):

**Článok 1
Predmet dodatku**

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

1. V texte bodu 9.3. článku IX zmluvy sa slová „30.06.2025“ nahrádzajú slovami „30.06.2026“.
2. V prílohe č. 2a k zmluve sa časti II. Všeobecná ambulantná starostlivosť pre dospelých a III. Špecializovaná ambulantná starostlivosť nahrádza novým znením, ktoré tvorí prílohu tohto dodatku (Príloha č. 1).
3. V prílohe č. 2a k zmluve sa vypúšťa časť IV. Finančný rozsah.
4. Príloha č. 2b k zmluve sa vrátane jej názvu nahrádza novým znením, ktoré tvorí prílohu tohto dodatku (Príloha č. 2).
5. Ostatné ustanovenia zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti ostávajú týmto dodatkom nezmenené.

**Článok 2
Spoločné a záverečné ustanovenia**

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

3. Tento dodatok nadobúda platnosť dňom podpisu zmluvnými stranami a účinnosť prvým dňom kalendárneho mesiaca nasledujúceho po kalendárnom mesiaci, v ktorom dodatok nadobudol platnosť.

V Bratislave dňa 30.06.2025

Union zdravotná poisťovňa, a.s

Psychiatrická liečebňa Sučany

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

.....
Ing. Roman Kľučiarik, riaditeľ

II. Všeobecná ambulantná starostlivosť pre dospelých

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

Špecifikácia podmienok úhrady	Kapitácia v €
poistenec vo veku od 18 rokov do 50 rokov života vrátane	3,43
poistenec vo veku od 51 rokov do 60 rokov života vrátane	3,93
poistenec vo veku od 61 rokov do 80 rokov života vrátane	6,31
poistenec vo veku od 81 rokov života	8,24

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

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

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
159b	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 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 pri očkovaní proti ochoreniu COVID-19 sa vyказuje s kódom choroby Z25.7, Z25.70, Z25.71 alebo Z25.79 podľa očkovacej látky	0,0931
25 26 29	Výkon je možné vykázat: - u poistencov imobilných alebo so zhoršeným zdravotným stavom, ktorý mu neumožňuje absolvovať vyšetrenie v ambulancii, - s výkonom 252b, ak ide o vykonanie očkovania na základe rozhodnutia regionálneho úradu verejného zdravotníctva alebo Úradu verejného zdravotníctva SR u poistencov, ktorí dlhodobo odmietajú dostaviť sa do ambulancie poskytovateľa za účelom vykonania očkovania. O uvedených skutočnostiach vykoná poskytovateľ záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca. Návštevný výkon sa akceptuje max. 1x za deň v rámci návštevy jedného miesta, a to aj v prípade, ak sa na tej istej adrese poskytuje starostlivosť viacerým poistencom. Ďalšie výkony pri návšteve možno 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	Zotrúvanie poskytovateľa pri poistencovi mimo ambulancie cez deň (za každú začatú polhodinu), najmä v súvislosti s potrebou jeho zotrúvania do príchodu záchrannej zdravotnej služby zabezpečujúcej prevoz poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti; vyžaduje sa	0,0349

	odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii poistenca.	
41	Zotrúvanie poskytovateľa pri poistencovi mimo ambulancie v noci medzi 20.00 a 7.00 hodínou (za každú začatú polhodinu), najmä v súvislosti s potrebou jeho zotrúvania do príchodu záchrannej zdravotnej služby zabezpečujúcej prevoz poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti; vyžaduje sa odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii poistenca.	0,0349
5702	Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie aspoň s 10 QRS komplexami, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil. Vyhotovený EKG záznam zostáva súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca.	0,01000
5300	USG vyšetrenie – hornej časti brucha Výkon je možné: - vykazovať najviac 1x za deň, - kombinovať aj s výkonmi 25, 26 alebo 29. Podmienkou úhrady je potvrdenie o odbornej spôsobilosti poskytovateľa (lekára) – zdokladovanie certifikátu o spôsobilosti vykonávať dané vyšetrenia vydaného na to oprávnenou slovenskou vzdelávacou ustanovitzňou alebo zdokladovanie certifikátu uznaného Ministerstvom zdravotníctva SR.	0,01075
5301	USG vyšetrenie – jedného orgánu alebo orgánového systému Výkon je možné: - vykazovať najviac 1x za deň (maximálne 6x za kalendárny rok), - kombinovať aj s výkonmi 25, 26 alebo 29, - realizovať aj s využitím metódy POCUS (point of care ultrasound) za podmienok: • vykonáva sa pri závažnej zmene zdravotného stavu pacienta, ktorá vyžaduje rýchlu diferenciálnu diagnostiku alebo diagnostiku prostredníctvom POCUS a liečbu, prípadne jej úpravu, • v cene výkonu je zahrnutý výkon POCUS, zaznamenanie a vyhodnotenie výsledku vyšetrenia v zdravotnej dokumentácii, návrh ďalšieho postupu, záznam o liečbe a prípadnej zmene liečby, termín kontrolného vyšetrenia a poučenie poistenca. Podmienkou úhrady je potvrdenie o odbornej spôsobilosti poskytovateľa (lekára) – zdokladovanie certifikátu o spôsobilosti vykonávať dané vyšetrenia vydaného na to oprávnenou slovenskou vzdelávacou ustanovitzňou, zdokladovanie certifikátu uznaného Ministerstvom zdravotníctva SR alebo predloženie dokladu o absolvovaní kreditového kurzu vydaného odbornou spoločnosťou a uznaného zdravotnou poisťovňou.	0,01075
4571a	C - reaktívny proteín, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil (380 bodov).	0,0158
1b	Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty alebo telefonicky (160 bodov) Konzultácia s pacientom prostredníctvom elektronickej pošty (email), SMS alebo telefonicky obsahuje cieľnú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly, vo vzťahu k jednému orgánovému systému, popis subjektívnych ťažkostí, diagnostický záver, poučenie o diéte a životospráve, v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplynuli z konzultácie ohľadom zdravotného stavu, prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára, poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie. Vykazovanie výkonu: - výkon sa vykonáva ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta, - zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii, - súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný čas poskytnutia zdravotného výkonu, popis zdravotného výkonu, prípadne dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne aj záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára, - výkon sa nevykonáva súčasne s inými výkonmi, - výkon sa nevykonáva pre telefonické objednávanie pacienta, - vykonáva sa samostatne, najviac 1x za deň, - maximálna frekvencia: 3x v kalendárnom mesiaci.	0,027
11a	Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor), (210 bodov) Konzultácia s pacientom prostredníctvom doložiteľnej videokomunikácie (musí prebehnúť priamy videoprenos cez webovú aplikáciu alebo videohovor) v online prostredí v danom čase, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie, realizáciu fotografií pacienta / vyšetřovaného orgánu pre pridanie do zdravotnej dokumentácie a obsahuje cieľnú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom alebo k psychickej poruche, zhodnotenie výsledkov, vypísanie receptov, prípadne vypísanie žiadaniek na ďalšie vyšetřenie, poučenie pacienta, diagnostický záver, určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára. Vykazovanie zdravotného výkonu: - výkon sa vykonáva ako komplexná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetřenia,	0,027

	- súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný čas poskytnutia zdravotného výkonu, popis zdravotného výkonu, diagnostický záver, ak je potrebné dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, vykazuje sa samostatne, najviac 1x deň.	
70	Opätovné lekárske vystavenie receptov a (alebo) poukazov na základe požiadavky pacienta prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefónu (40 bodov) Popis výkonu: vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronickou formou pre lieky/zdravotné pomôcky/dietetické potraviny Vykazovanie výkonu: - výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta, - súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj z online prostredia, údaj, kedy bol recept a/alebo poukaz vypísaný a údaj o predpise lieku/zdravotnej pomôcky/dietetických potravín pacientovi prostredníctvom elektronických služieb, - výkon sa vzťahuje na jedného pacienta bez ohľadu na počet liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín, ktoré boli pacientovi predpísané, najviac 1x za deň, bez ohľadu na počet vystavených receptov a/alebo poukazov, - ak ide o elektronický predpis liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín typu opakovaný recept (preskripčný záznam s poznámkou „REPETATUR“) výkon sa vykazuje samostatne za každý vystavený recept a/alebo poukaz, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi, maximálna frekvencia: 3x v kalendárnom mesiaci.	0,027
1b 11a 70	Spoločné podmienky vykazovania a uhrádzania výkonov 1b, 11a a 70 Union zdravotná poisťovňa, a. s. výkony akceptuje len za predpokladu, že relevantnú medicínsku radu alebo konzultáciu je možné poskytnúť poistencovi alebo jeho zákonnému zástupcovi telefonickou formou alebo formou videohovoru alebo inou elektronickou formou s ohľadom na zdravotný stav poistenca pri zachovaní správnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.. Telefonický rozhovor alebo videohovor alebo iná elektronická komunikácia medzi pacientom a lekárom musí bezprostredne súvisieť s problematikou diagnostickej alebo terapeutkej starostlivosti. Poskytovateľ v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z. vykoná zápis do zdravotnej dokumentácie daného poistenca o poskytnutí telefonickej rady poistencovi Union ZP alebo jeho zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom poistenca v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z.. Výkony nie je možné vzájomne kombinovať a ani kombinovať s inými výkonmi. Zo strany poskytovateľa sú dodržané ostatné podmienky úhrady výkonov vyplývajúce z príslušných zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v platnom znení a všeobecne záväzných právnych predpisov. Nástroj použitý na videokonzultáciu spĺňa základné parametre bezpečnosti prenosu dát a ochrany osobných údajov podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov a nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) č. 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (tzv. nariadenie GDPR). Prenos dát pri videohovore medzi pacientom a lekárom je zabezpečený takým spôsobom, že obsah videohovoru nie je dostupný ani prevádzkovateľovi nástroja, keď prevádzkovateľom nie je samotné zdravotnícke zariadenie; takého zabezpečenia je možné docieľiť tým, že hovor je po celú dobu šifrovaný a nie je distribuovaný cez ďalšie aplikačné servery. Nástroj pre registráciu pacienta nevyžaduje údaje, okrem tých, ktoré sú nevyhnutné pre samotné spustenie videohovoru.	0,027
-	Výkony (okrem SVLZ výkonov) neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanému poistencovi	0,0349
-	SVLZ výkony neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanému poistencovi	0,0100
-	Výkony (okrem SVLZ výkonov) zdravotnej starostlivosti poskytnuté poistencovi EÚ s výnimkou výkonov, pre ktoré je v tejto časti prílohy určená iná cena bodu alebo cena výkonu	0,0349
-	SVLZ výkony zdravotnej starostlivosti poskytnuté poistencovi EÚ s výnimkou výkonov, pre ktoré je v tejto časti prílohy určená iná cena bodu alebo cena výkonu	0,0100

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

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena výkonu v €
60	Komplexné vyšetrenie poistenca pri prevzatí dospeléj osoby do zdravotnej starostlivosti a prvotné komplexné vyšetrenie s vystavením zdravotného záznamu. Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok:	5,25

	– 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.	
60b	Základné predoperačné vyšetrenie zahŕňa potrebné odbery krvi, zhodnotenie laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení a zaradenie pacienta do rizikovej skupiny ASA. Ak ďalej nie je uvedené inak, výkon možno vykazovať iba raz v rámci jednej operácie, výkon sa vykazuje s kódom choroby, pre ktorú je poistenec plánovaný na operáciu. Zdravotná poisťovňa akceptuje vykázanie výkonu aj opakovane pre účely toho istého operačného zákroku, ak je predoperačné vyšetrenie opakované z dôvodu zrušenia operačného zákroku alebo z iného medicínskeho dôvodu uplynutia platnosti predoperačného vyšetrenia podľa klasifikácie ASA. V prípade odoslania poistenca na vykonanie predoperačného vyšetrenia k lekárovi špecializovanej zdravotnej starostlivosti, zdravotná poisťovňa poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súvislosti s predoperačným vyšetrením uhrádza v rámci kapitačnej platby za poistenca.	17,51
62a	Cielené vyšetrenie pacienta s respiračným syndrómom pri pandémii COVID-19 Obsahová náplň výkonu: Cielené vyšetrenie za účelom nasadenia správnej liečby, zahŕňa fyzikálne vyšetrenie so zameraním na infekčné ochorenia s prenosom vzdušnou cestou v súvislosti s koronavírusmi, so zhodnotením laboratórnych výsledkov (vrátane SARS-CoV-2, chrípkový vírus, RSV) vo väzbe na individuálne nastavenie ambulantnej (domácej) terapie alebo prípadného indikovania ústavnej liečby. Zdravotný výkon sa vykonáva s použitím osobných ochranných pomôcok. Výkon: - nie je možné súčasne vykazovať na úhradu do zdravotnej poisťovne s inými výkonmi, - zdravotná poisťovňa uhrádza maximálne 1x za deň u jedného poistenca s potvrdeným laboratórnym výsledkom (PCR test) alebo antigénovým testom na prítomnosť SARS-CoV2 nie starším ako 14 dní v deň poskytnutia výkonu - sa vykazuje s diagnózou U07.1, U07.3 alebo U07.4 - vykazuje maximálne 1x za 7 kalendárnych dní na jedného poistenca	20,00
159a	Vykazuje sa pri pozitívnom výsledku - u poistencov vo veku nad 40 rokov 1x za dva kalendárne roky s kódom choroby Z00.0 alebo Z12.1 - u poistencov aj vo veku do 40 rokov s pozitívnou rodinnou anamnézou karcinómu hrubého čreva a konečníka s kódom choroby Z80.0	12,36
159z	Vykazuje sa pri negatívnom výsledku - u poistencov vo veku nad 40 rokov 1x za dva kalendárne roky s kódom choroby Z00.0 alebo Z12.1 - u poistencov aj vo veku do 40 rokov s pozitívnou rodinnou anamnézou karcinómu hrubého čreva a konečníka s kódom choroby Z80.0	12,36
159x	Vykazuje sa pri neznámom / znehodnotenom teste - u poistencov vo veku nad 40 rokov 1x za dva kalendárne roky s kódom choroby Z00.0 alebo Z12.1 - u poistencov aj vo veku do 40 rokov s pozitívnou rodinnou anamnézou karcinómu hrubého čreva a konečníka s kódom choroby Z80.0	12,36
160	Vykazuje sa - 1x za 2 roky s kódom choroby Z00.0 alebo - 1x za rok u darcov krvi s kódom choroby Z52* alebo - 1x za rok u pacientov po absolvovanej onkologickej liečbe, odporúčaných na ďalšie sledovanie u lekára so špecializáciou všeobecné lekárstvo, s kódom choroby Z85.9. - s výkonom 5702 (výkon je hrađený osobitne) u poistencov, ktorí dovŕšili 40 rokov veku, ak ho poskytovateľ sám urobil a vyhodnotil, - aj s inými výkonmi, ak je v podmienkach ich úhrady uvedené, že sa vykazujú v rámci preventívnej prehliadky.	30,85
163	Obsahom zdravotného výkonu je realizácia testu na zistenie rizika kognitívneho deficitu, určeného zdravotnou poisťovňou (ďalej len „test zdravotnej poisťovne“) alebo MOCA testu, ktorý/ktorého - sa môže vykonať u poistencov vo veku nad 50 rokov maximálne 1x za dva kalendárne roky v rámci preventívnej prehliadky, alebo v prípade záujmu poistenca, - sa vykazuje s diagnózami v závislosti od výsledku testu: • negatívny výsledok testu: Z00.0 (všeobecné lekárske vyšetrenie)	7,00

	• pozitívny výsledok testu: Z03.2 (pozorovanie pri podozrení na duševnú poruchu a poruchu správania), - výstupom je celkové dosiahnuté skóre, - po vyplnení zostáva súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca. Výsledok testu všeobecný lekár oznámi poistencovi, poskytne mu informácie a zabezpečí jeho ďalší manažment (napr. odporúčenie odborného vyšetrenia u špecialistu). Ak je poskytovateľ zastupovaný združením fyzických a/alebo právnických osôb a zdravotná poisťovňa má zámer test zdravotnej poisťovne zmeniť, zdravotná poisťovňa sa zaväzuje vopred túto zmenu prekonzultovať so združením fyzických a/alebo právnických osôb, ktoré poskytovateľa zastupuje.	
250D	Delegovaný odber biologického materiálu na základe písomnej žiadosti ŠAS pri návšteve poistenca v ambulancii VLD. Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok: - poskytovateľ dodržiava podmienky zdravotnej indikácie v zmysle účelného, efektívneho a hospodárneho nakladania s prostriedkami verejných zdrojov.	1,22
629b	Skríningový antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou Obsahová náplň výkonu: Skríningový, rýchly antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou zahŕňa odber biologického materiálu na stanovenie antigénov SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou pomocou prístroja na odčítanie výsledku reakcie, vrátane použitia osobných ochranných pracovných prostriedkov a dezinfekcie. Zdravotný výkon vykonáva lekár alebo sestra, sestra špecialistka alebo iný zdravotnícky pracovník. Vyhodnotenie je súčasťou zdravotného výkonu. Výkon: - je indikovaný na základe klinickej (nie výlučne epidemiologickej) indikácie ošetrojúceho lekára, - uhrádza sa u symptomatického pacienta s klinickými príznakmi respiračného syndrómu, - vykazuje sa diagnózou U07.1 alebo U07.2, - sa uhrádza u jedného poistenca maximálne 2x za 30 dní, - bol zrealizovaný za pomoci certifikovaného antigénového testu. Odber pre účely výkonu sa vykonáva s použitím osobitných ochranných pracovných prostriedkov: - respirátor FFP2-3, respirátor musí byť prekrytý rúškom, ak má výdychový ventil, - ochranný plastický tvárový štít alebo okuliare, - jednorazové rukavice. Zároveň sú splnené aj tieto podmienky: - zrealizuje sa dezinfekcia bezprostredného priestoru po odbere pre účely daných výkonov, - poskytovateľ v prípade pozitívne testovaného poistenca zabezpečí ďalší manažment starostlivosti o pacienta. Výkon 629b nie je možné vzájomne kombinovať s výkonom 629a pri jednom vyšetrení pacienta.	10,20
1540	Výplach zvukovodu (jedno ucho). Výkon sa uhrádza 2x ročne u jedného poistenca.	1,16
5702Z	Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie aspoň s 10 QRS komplexami ako súčasť predoperačného vyšetrenia; vykazuje sa s výkonom 60b. Vyhodený EKG záznam zostáva súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca. Zdravotná poisťovňa akceptuje vykázanie výkonu aj opakovane pre účely toho istého operačného zákroku, ak je predoperačné EKG opakované z dôvodu zrušenia operačného zákroku alebo z iného medicínskeho dôvodu uplynutia platnosti predoperačného vyšetrenia podľa klasifikácie ASA.	5,52
5715	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 meranie tlaku krvi mimo ambulancie na diagnostické účely, pokiaľ vyšetrenie nemožno nahradiť domácim monitorovaním tlaku krvi. Výkon sa uhrádza, ak: - pri realizácii výkonu AMTK v ambulancii VLD boli dodržané podmienky indikácie a štandardné terapeutické postupy, - indikácia poskytnutia výkonu zodpovedá klinickému stavu a stanoveným odporúčaniam, - kontrola vyšetrením maximálne 1x za kalendárny rok podľa zdravotného stavu poistenca; v prípade nutnosti častejšej kontroly písomné zdôvodnenie PZS, - v aktuálnom kalendárnom roku nebol výkon vykonaný v ambulancii špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti príslušného špecializačného odboru, - je zabezpečené správne vedenie a archivovanie zdravotnej dokumentácie pacienta vrátane písomného záznamu, vyhodnotenia vyšetrenia a diagnostického záveru.	19,21
H0003	Iniciálne vyšetrenie poistenca s artériovou hypertenziou a/alebo dyslipidémiou a/alebo obezitou a/alebo prediabetes	14,00

	Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok: Diferenciálna diagnostika artériovej hypertenzie a/alebo dyslipidémie a/alebo obezity a/alebo prediabetes. Ak ide o poistenca, ktorý má len izolovanú obezitu (t.j. nemá artériovú hypertenziu a/alebo dislipidémiu a/alebo prediabetes), podmienkou úhrady je aj: - BMI: 30 – 34,99 (obezita I. stupňa) alebo 35 – 39,99 (obezita II. stupňa) alebo nad 40 (obezita III. stupňa) - a súčasne prítomný marker vysokého rizika vzniku metabolických a obehových komplikácií spojených s obezitou na základe distribúcie tuku - obvod pásu v cm: muži nad 102 cm, ženy nad 88 cm. Vykázanie výkonu maximálne 3x za kalendárny rok po stanovení diagnostického záveru a diagnostického a liečebného plánu zdravotnej poisťovni nad rámec kapitácie s príslušnou diagnózou zistenou pri vyšetrení. Za iniciálne vyšetrenie sa považuje stav, keď poistenec v bezprostredne predchádzajúcich 2 kalendárnych rokoch nebol sledovaný ani liečený pre artériovú hypertenziu a/alebo dyslipidémiu a/alebo obezitu a/alebo prediabetes. V cene výkonu je zahrnuté komplexné vyšetrenie poistenca, vyhodnotenie laboratórnych, doplnkových a pomocných vyšetrení, odporúčenie ďalšej diagnostiky a liečby a stanovenie ďalšieho postupu. V prípade hodnotenia laboratórnych alebo zobrazovacích vyšetrení pri iniciálnom vyšetrení poisťovňa akceptuje aj vyšetrenia, ktoré neboli realizované bezprostredne v čase vyšetrenia 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 zrejmý dátum ich realizácie a výsledok jednotlivých parametrov a jeho vyhodnotenie v rámci diferenciálnej diagnostiky alebo liečebného plánu. V prípade laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení realizovaných iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti alebo realizovaných za účelom iných potrebných vyšetrení, ktorých výsledok bol vo fyziologickom rozmedzí, poisťovňa ich bude akceptovať za podmienky, že neprekročili odporučený časový interval, pokiaľ budú zaznamenané v zdravotnej dokumentácii. Pokiaľ vyšetrenia a ich výsledky neboli realizované alebo neboli v rozmedzí fyziologických hodnôt, tak je potrebné ich vyšetriť a výsledok zaznamenať do zdravotnej dokumentácie poistenca. V opačnom prípade výkon H0003 nebude akceptovaný. Pokiaľ je potrebné, vzhľadom k zdravotnému stavu poistenca vykonať ďalšie doplňujúce vyšetrenia potrebné k diagnostike a liečbe poistenca s artériovou hypertenziou a/alebo dyslipidémiou a/alebo obezitou a/alebo prediabetes nad stanovený rámec, ošetrojúci lekár zdôvodní ich vykonanie a výsledky zaznamená do zdravotnej dokumentácie poistenca.	
H0004	Kontrolné vyšetrenie poistenca s artériovou hypertenziou a/alebo dyslipidémiou a/alebo obezitou a/alebo prediabetes Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok: Vykázanie výkonu s príslušnou korektnou diagnózou: artériová hypertenzia a/alebo dyslipidémia a/alebo obezita a/alebo prediabetes maximálne 3x za kalendárny rok. V prípade vyššej frekvencie návštev je ďalšia poskytnutá zdravotná starostlivosť uhrádzaná cenou kapitácie. Ak ide o poistenca, ktorý má len izolovanú obezitu (t.j. nemá artériovú hypertenziu a/alebo dislipidémiu a/alebo prediabetes), podmienkou úhrady je aj: - BMI: 30 – 34,99 (obezita I. stupňa) alebo 35 – 39,99 (obezita II. stupňa) alebo nad 40 (obezita III. stupňa) - a súčasne prítomný marker vysokého rizika vzniku metabolických a obehových komplikácií spojených s obezitou na základe distribúcie tuku - obvod pásu v cm: muži nad 102 cm, ženy nad 88 cm. Za kontrolné vyšetrenie sa považuje stav, keď poistenec má diagnostikovanú artériovú hypertenziu a/alebo dyslipidémiu a/alebo obezitu a/alebo prediabetes a je v 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. 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	14,00

	poistenca. V opačnom prípade výkon H0004 nebude akceptovaný. Pokiaľ je potrebné vykonať ďalšie doplňujúce vyšetrenia potrebné k diagnostike a liečbe poistenca s arteriálnou 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. 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. 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.	
H0006	Stratifikácia kardiovaskulárneho rizika Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok: – poskytovateľ vykonáva u poistencov nad 40 rokov stratifikáciu kardiovaskulárneho rizika systémom SCORE2 a SCORE2-OP, – maximálne 1x za kalendárny rok u jedného poistenca, v prípade potreby vyššej frekvencie je úhrada za ďalšiu stratifikáciu zahrnutá v kapitácii, – v rámci preventívnej prehliadky sa vykazuje s diagnózou Z00.0, Z52* alebo Z85.9, – ak je vykázaný pri starostlivosti o pacienta s arteriálnou 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, – ak je s výkonom v dávke 751b Dátové rozhranie – Vykazovanie výkonov v ambulantnej zdravotnej starostlivosti určenom príslušným metodickým usmernením Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, v položke č. 13 – PRIPOČITATEĽNÁ POLOŽKA v závislosti od rizika alebo dosiahnutého skóre vykázaná pripočítateľná položka v tvare: • SKOR01 pri nízkom riziku, • SKOR02 pri strednom riziku, • SKOR03 pri vysokom riziku, • SKOR04 pri veľmi vysokom riziku, • SKOR05 pri extrémne vysokom riziku. pričom na 5. a 6. mieste položky je vyjadrenie dosiahnutého skóre, – poskytovateľ súhlasí, aby zdravotná poisťovňa analyzovala údaje o dosiahnutom skóre jeho 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.	5,82
H0007	Meranie INR z kapilárnej krvi všeobecným lekárom pre dospelých (ďalej aj ako „vyšetrenie INR VLD“) sa uhrádza, ak poskytovateľ: - je držiteľom certifikátu o absolvovaní certifikačného školenia na Lekárskej fakulte Slovenskej zdravotníckej univerzity (LF SZU) alebo predloží písomné čestné vyhlásenie, že sa oboznámil a bude dodržiavať postupy antikoagulačnej liečby zverejnené na webovom sídle zdravotnej poisťovne, - je účastníkom povinného externého hodnotenia kvality akreditovaným prevádzkovateľom EHK so získaním osvedčenia o účasti a absolvovaní externého hodnotenia kvality v dvojročnom cykle, - je držiteľom Prehlásenia ES o zhode P.O.C.T. prístroja podľa smernice IVD; technická špecifikácia prístroja je v zhode s ISO 17593 a ISO 22870 a metrologická nadväznosť merania je v súlade s WHO, - dodržiava indikácie a štandardné terapeutické postupy pri výkone zdravotného výkonu, - správne vedie a archivuje zdravotnú dokumentáciu vrátane písomného záznamu o posúdení rizika krvácania a určenia rizika tromboembolizmu pri nastavovaní pacienta na antikoagulačnú liečbu, - vedie dokumentáciu údržby P.O.C.T. prístroja v predpísanom režime. Poskytovateľ je povinný v polročných intervaloch vyhodnotiť a v dokumentácii zaznamenať hodnotu TTR. V prípade dvoch za sebou nasledujúcich neuspokojivých hodnôt TTR je poskytovateľ povinný odoslať pacienta na ďalší manažment antikoagulačnej liečby na pracovisko ŠAS (hematológ, kardiológ, internista). Vyšetrenie INR VLD v ambulancii lekára nie je povolené vykázať, ak súčasne v ten istý deň bolo toto vyšetrenie indikované do laboratória.	6,06

	Maximálna frekvencia vyšetrení INR VLD v ambulancii lekára u jedného poistenca je 16x za rok.	
H0008	Stanovenie indexu ABI oscilometrickou metódou Obsahom zdravotného výkonu je meranie a vyhodnotenie indexu ABI oscilometrickou metódou na štyroch končatinách pri včasnej diagnóze ischemickej choroby dolných končatín (ICHDK). Výkon sa uhrádza: 1. u symptomatických pacientov s podozrením na ICHDK, 2. u asymptomatických pacientov nad 50 rokov s minimálne jedným rizikovým faktorom (arteriálna hypertenzia, abnormálne EKG, diabetes mellitus, obezita s BMI nad 30, fajčiari, vysoká hladina celkového cholesterolu, porucha metabolizmu lipidov, pacienti a postihnutí koronárnymi alebo cerebrálnymi artériami, a pod.), 3. u všetkých poistencov nad 60 rokov. V prípadoch definovaných pod bodom 2 a 3 zdravotná poisťovňa akceptuje a osobitne nad rámec kapitácie uhrádza výkon 1x za 2 kalendárne roky pri vykázaní preventívnej prehliadky. Podmienkou úhrady je vloženie vyhodnotenia výsledku vyšetrenia do systému eZdravie. Výkon nebude akceptovaný a uhradený, ak dané vyšetrenie bolo vykonané v špecializovanej ambulantnej starostlivosti alebo ak je poistenec trvale sledovaný a pravidelne kontrolovaný (najmä dispenzarizovaný) u poskytovateľa špecializovanej ambulantnej starostlivosti kvôli ICHDK.	6,98
FOB	Uhrádza sa nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok: Vykazuje sa ako pripočítateľná položka k výkonom 159a, 159z, 159x 1x za dva kalendárne roky u kapítovaných poistencov vo veku 40 – 75 rokov života. Poskytovateľ poistenca preukázateľne pozuje na vyšetrenie (SMS, mail, list), pričom kópiu pozvánky formou SMS, mailu alebo listu založil do zdravotnej dokumentácie poistenca. V prípade pozitívity výsledku vyšetrenia FOB (TOKS) poskytovateľ poučil poistenca o možnosti vykonania kolonoskopického vyšetrenia u zmluvných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorých zoznam vedie zdravotná poisťovňa na svojom webovom sídle. Súhlas a porozumenie s obsahom poučenia poistenec potvrdí svojím podpisom v zdravotnej dokumentácii podľa príslušného ustanovenia zákona č. 576/2004 Z. z.	2,00
EDU	Uhrádza sa nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok: Vykazuje sa ako pripočítateľná položka maximálne 1x za kalendárny rok k výkonu H0003 a 3x za kalendárny rok k výkonu H0004. V prípade vyššej frekvencie je ďalšia poskytnutá zdravotná starostlivosť uhrádzaná cenou kapitácie. Za edukáciu pacienta s 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.	2,00
3860	Stanovenie D-diméru Uhrádza sa: – pri potrebe rýchlej diagnostiky a terapie predovšetkým tromboembolickej choroby, t.j. hlbkej žilovej trombózy a/alebo pľúcnej embólie, – s kódmi choroby: I26.-, I26.0, I26.9, I80.0-I83.9, I87.0-I88.-, – maximálne 1x denne u jedného poistenca (maximálne 3x za kalendárny rok). Vyšetrenie nie je povolené vykázať, ak poskytovateľ v ten istý deň indikoval vykonanie daného vyšetrenia aj u poskytovateľa SVLZ na laboratórnu diagnostiku.	8,95
4485	Stanovenie Troponínu Uhrádza sa: – za účelom stanovenia kardiálneho troponínu v ambulancii poskytovateľa pre potreby 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 vykázať, 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 vykázať, ak poskytovateľ v ten istý deň indikoval vykonanie daného vyšetrenia aj u poskytovateľa SVLZ na laboratórnu diagnostiku.	19,75

5. Pevnou cenou zdravotná poisťovňa uhrádza individuálne pripočítateľné položky (IPP) k výkonu 5301 za podmienok dohodnutých v tomto bode:

- a) pri pátraní po aneuryzme brušnej aorty,
b) v prípade nasledovných pacientov:
ba) symptomatickí pacienti s podozrením na aneuryzmu brušnej aorty,
bb) asymptomatickí pacienti s verifikovanou vaskulárnou aneuryzmou bez ohľadu na lokalizáciu,
bc) asymptomatickí muži a ženy vo veku ≥ 50 rokov, ktorí majú prvostupňového príbuzného (rodič, súrodenec alebo dieťa) s diagnostikovanou aneuryzmou abdominálnej aorty,
bd) pacienti vo veku ≥ 65 rokov, pričom u žien vo veku ≥ 65 rokov sa vyžaduje aj rizikový faktor fajčenie,
c) v závislosti od šírky aorty pod kódom IPP, vo frekvencii a v sume v zmysle tabuľky tohto písmena:

Kód IPP	Šírka aorty alebo iná podmienka	Frekvencia	Suma (€)
AAA1	25 - 29mm	1x za 5 roky	3,55
AAA2	30 - 39mm	1x za 3 roky	
AAA3	40 - 49mm	1x za život, pacient je odoslaný na ďalšie sledovanie k príslušnému poskytovateľovi ŠAS	
AAA4	>50mm alebo rýchlo rastie o 10mm/ rok	1x za rok, pacient je bezodkladne odoslaný na ďalšie sledovanie k príslušnému poskytovateľovi ŠAS alebo na špecializované pracovisko	

- d) výkon 5301, pri ktorom poskytovateľ vykonával pátranie po aneuryzme brušnej aorty v súlade s týmto bodom, sa vykazuje s diagnózou:

- da) I71.4 v prípade potvrdenia aneuryzmy brušnej aorty,
db) Z03.8 v prípade nepotvrdenia aneuryzmy brušnej aorty,
e) podmienkou je aj úspešné absolvovanie a zdokladovanie certifikovaného a kreditovaného vzdelávacieho programu uznaného pre tento účel zdravotnou poisťovňou.

III. Špecializovaná ambulantná starostlivosť

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

Špecifikácia výkonov a podmienok úhrady	cena bodu v €
Výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti (ďalej aj ako „ŠAS“) s výnimkou iných výkonov ŠAS špecifikovaných v tejto tabuľke.	0,0336
Výkony ústavnej pohotovostnej služby a centrálneho príjmu. V prípade poskytovateľa prevádzkujúceho pracovisko urgentného príjmu 1.typu iba výkony ústavnej pohotovostnej služby v špecializačnom odbore psychiatria, pediatria a gynekológia a pôrodnictvo.	0,0336
Výkony s kódmi 60, 60r, 62, 63, 60r, 200, 201, 204, 2018, 2018a, 2100, 2101, 2106, 2000, 2001, 2002, 2003	0,0380
Cielené artrologické vyšetrenie Výkon s kódom 1A02072 zahŕňa nasledovné činnosti: • Vyšetrenie periférnych kĺbov - vyšetrenie ich tvaru, teploty, farby kože nad kĺbami, vyšetrenie zmien na koži a adnexách, hybnosti kĺbov a rozsahu pohybov, hodnotenie zvukových fenoménov, vyšetrenie funkčných porúch kĺbov, vyšetrenie úponov. • Vyšetrenie chrbtice - postavenie, palpačné vyšetrenie stavcov, stavcových výbežkov, paravertebrálnych svalov, hybnosti, deformít, postavenia lopatiek, panvy, gluteálneho svalstva, stuhlosti svalstva, vyšetrenie dýchacích exkurzií, vyšetrenie entezopatických zmien, vyšetrenie pohyblivosti jednotlivých úsekov chrbtice. Podmienky úhrady výkonu: • výkon zahŕňa fyzikálne vyšetrenie 68 kĺbov horných aj dolných končatín a chrbtice s dôkladným zápisom do zdravotnej dokumentácie, • výkon je možné vykazovať len pri dg. M02.*- M09*, M10*- M13*, M30*-M35*, M45*, M46.8*, M46.9*, • akceptuje sa u odborností ŠAS s kódmi: 045, 145, • je možné kombinovať s výkonmi č. 60, 60r, 62 a 63, • nie je možné kombinovať s výkonmi č. 66, 503 a 504, • výkon sa ohodnocuje 1300 bodmi. Maximálna frekvencia vykazovania výkonu: 4 x za 12 mesiacov.	0,0336
Výkon s kódom 15d sa ohodnocuje 150 bodmi. Výkon popisu RTG natívnej snímky vykonaný lekárom špecialistom v súvislosti s uskutočneným zdravotným výkonom. Akceptuje sa u odborností ŠAS s kódmi: 001, 003, 007, 010, 011, 012, 013, 014, 027, 037, 039, 045, 049, 064, 107, 108, 109, 114, 145, 155, 156. Zápis o vykonaní výkonu lekár založí do zdravotnej dokumentácie, ktorá bude spolu s popisom RTG vyšetrenia v prípade požiadania predložená revíznemu lekárovi zdravotnej poisťovne. Zdravotná poisťovňa uhradí pri jednom rodnom čísle v jednom dni iba jeden výkon 15d; platí aj v prípade kontrolného vyšetrenia, ak je v jednom dni potrebné.	0,0200

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

Špecifikácia výkonov	Cena bodu v €
Výkony SVLZ poskytnuté na ambulancii ŠAS, s výnimkou iných SVLZ výkonov špecifikovaných v tejto tabuľke.	0,01031
Výkony s kódmi 5153a, 5153b, 5333 a výkony z kapitoly „IV. ULTRAZVUK – USG“ v Katalógu zdravotných výkonov vydaného nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z. v platnom znení	0,01107
Výkony s kódmi 5330, 5331, 5332	0,00550
Výkony s kódmi 5727, 5766, 5769, 5770, 5771, 5772, 5775, 5778, 5793, 5794, 5795	0,02463
Výkon C - reaktívny proteín s kódom 4571a, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil (380 bodov)	0,01580

3. Príslušnou cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné výkony ŠAS:

Kód výkonu	Počet bodov	Špecifikácia podmienok úhrady
60	420	Cena výkonu sa určí ako súčin počtu bodov podľa tejto tabuľky a (výslednej) ceny bodu za výkony ŠAS podľa tejto časti prílohy. Výkony sa vykazujú v prípadoch určených Katalógom zdravotných výkonov. Nad rámec Katalógu zdravotných výkonov je možné výkony 65, 66, 67 vykazovať aj u detí do dňa ich 10.narodenín (vrátane tohto dňa).
60r	480	
62	270	
63	210	
65	200	
66	320	
67	200	
62b	900	Vyšetrenie pacienta s potvrdeným ochorením COVID-19 Diagnostické iniciálne alebo kontrolné vyšetrenie u pacienta s potvrdeným ochorením Covid 19 obsahuje cieľnú anamnézu, popis subjektívnych ťažkostí a objektívne fyzikálne vyšetrenie so zameraním na konkrétny symptóm, syndróm alebo diagnózu, zhodnotenie dostupných laboratórnych, pomocných a konziliárnych vyšetrení, stanovenie diagnózy, vypísanie lekárskej správy, vypísanie lekárskeho predpisu, prípadne lekárskeho poukazov, vypísanie žiadaniek, indikácia potrebných laboratórnych, pomocných alebo iných odborných vyšetrení, odporúčanie terapie a ďalšieho postupu, prípadne termínu najbližšej kontroly. Výkon: - vykazuje príslušný lekár špecialista v prípade, že bolo indikované odborné vyšetrenie v niektorom špecializačnom odbore u pacienta s ochorením COVID-19, so základnou diagnózou inou ako je U07.1, - sa vykonáva s použitím osobných ochranných pomôcok, - nie je možné súčasne vykazovať na úhradu do zdravotnej poisťovne s výkonom 67, - sa uhrádza maximálne 1x za deň u jedného poistenca s potvrdeným laboratórnym výsledkom (PCR test) alebo antigénovým testom na prítomnosť SARS-CoV-2 nie starším ako 14 dní v deň poskytnutia výkonu.

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

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
1b	Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty alebo telefonicky (160 bodov) Konzultácia s pacientom prostredníctvom elektronickej pošty (email), SMS alebo telefonicky obsahuje cieľnú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly, vo vzťahu k jednému orgánovému systému, popis subjektívnych ťažkostí, diagnostický záver, poučenie o diéte a životospráve, v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplývajú z konzultácie ohľadom zdravotného stavu, prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára, poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie. Vykazovanie výkonu: - výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta, - zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii, - súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný čas poskytnutia zdravotného výkonu, popis zdravotného výkonu, prípadne dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne aj záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, - výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta, - vykazuje sa samostatne, najviac 1x za deň, - maximálna frekvencia 3x v kalendárnom mesiaci.	0,035
11a	Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor), (210 bodov) Konzultácia s pacientom prostredníctvom doložiteľnej videokomunikácie (musí prebehnúť priamy videoprenos cez webovú aplikáciu alebo videohovor) v online prostredí v danom čase, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie, realizáciu fotografií pacienta / vyšetřovaného orgánu pre pridanie do zdravotnej dokumentácie a obsahuje cieľnú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom alebo k psychickej poruche, zhodnotenie výsledkov, vypísanie receptov, prípadne vypísanie žiadaniek na ďalšie vyšetrenie, poučenie pacienta, diagnostický záver, určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára. Vykazovanie zdravotného výkonu: - výkon sa vykazuje ako komplexná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia,	0,035

	- súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný čas poskytnutia zdravotného výkonu, popis zdravotného výkonu, diagnostický záver, ak je potrebné dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, - vykazuje sa samostatne, najviac 1x deň.	
70	Opätovné lekárske vystavenie receptov a (alebo) poukazov na základe požiadavky pacienta prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefónu (40 bodov) Popis výkonu: vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronickou formou pre lieky/zdravotné pomôcky/dietetické potraviny Vykazovanie výkonu: - výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta, - súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj z online prostredia, údaj, kedy bol recept a/alebo poukaz vypísaný a údaj o predpise lieku/zdravotnej pomôcky/dietetických potravín pacientovi prostredníctvom elektronických služieb, - výkon sa vzťahuje na jedného pacienta bez ohľadu na počet liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín, ktoré boli pacientovi predpísané, najviac 1x za deň, bez ohľadu na počet vystavených receptov a/alebo poukazov, - ak ide o elektronický predpis liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín typu opakovaný recept (preskripčný záznam s poznámkou „REPETATUR“) výkon sa vykazuje samostatne za každý vystavený recept a/alebo poukaz, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi, maximálna frekvencia: 3x v kalendárnom mesiaci.	0,035
1b 11a 70	Spoločné podmienky vykazovania a uhrádzania výkonov 1b, 11a a 70 Union zdravotná poisťovňa, a. s. výkony akceptuje len za predpokladu, že relevantnú medicínsku radu alebo konzultáciu je možné poskytnúť poistencovi alebo jeho zákonnému zástupcovi telefonickou formou alebo formou videohovoru alebo inou elektronickou formou s ohľadom na zdravotný stav poistenca pri zachovaní správnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.. Telefonický rozhovor alebo videohovor alebo iná elektronická komunikácia medzi pacientom a lekárom musí bezprostredne súvisieť s problematikou diagnostickej alebo terapeutkej starostlivosti. Poskytovateľ v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z. vykoná zápis do zdravotnej dokumentácie daného poistenca o poskytnutí telefonickej rady poistencovi Union ZP alebo jeho zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom poistenca v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z.. Výkony nie je možné vzájomne kombinovať a ani kombinovať s inými výkonmi. Zo strany poskytovateľa sú dodržané ostatné podmienky úhrady výkonov vyplývajúce z príslušných zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v platnom znení a všeobecne záväzných právnych predpisov. Nástroj použitý na videokonzultáciu spĺňa základné parametre bezpečnosti prenosu dát a ochrany osobných údajov podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov a nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) č. 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (tzv. nariadenie GDPR). Prenos dát pri videohovore medzi pacientom a lekárom je zabezpečený takým spôsobom, že obsah videohovoru nie je dostupný ani prevádzkovateľovi nástroja, keď prevádzkovateľom nie je samotné zdravotnícke zariadenie; takého zabezpečenia je možné docieľiť tým, že hovor je po celú dobu šifrovaný a nie je distribuovaný cez ďalšie aplikačné servery. Nástroj pre registráciu pacienta nevyžaduje údaje, okrem tých, ktoré sú nevyhnutné pre samotné spustenie videohovoru.	0,035

5. Cenou výkonu sa uhrádzajú nasledovné výkony:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena za výkon v €
629b	Skríningový antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou Obsahová náplň výkonu: Skríningový, rýchly antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou zahŕňa odber biologického materiálu na stanovenie antigénov SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou pomocou prístroja na odčítanie výsledku reakcie, vrátane použitia osobných ochranných pracovných prostriedkov a dezinfekcie. Zdravotný výkon vykonáva lekár alebo sestra, sestra špecialistka alebo iný zdravotnícky pracovník. Vyhodnotenie je súčasťou zdravotného výkonu. Výkon: - je indikovaný na základe klinickej (nie výlučne epidemiologickej) indikácie ošetrojúceho lekára, - uhrádza sa u symptomatického pacienta s klinickými príznakmi respiračného syndrómu,	10,20

	- vykazuje sa diagnózou U07.1 alebo U07.2, - sa uhrádza u jedného poistenca maximálne 2x za 30 dní, - bol zrealizovaný za pomoci certifikovaného antigénového testu. Odber pre účely výkonu sa vykonáva s použitím osobitných ochranných pracovných prostriedkov: - respirátor FFP2-3 prekrytý rúškom, - ochranný plastický tvárový štít alebo okuliare, - jednorazové rukavice. Zároveň sú splnené aj tieto podmienky: - zrealizuje sa dezinfekcia bezprostredného priestoru po odbere pre účely daných výkonov, - poskytovateľ v prípade pozitívne testovaného poistenca zabezpečil ďalší manažment starostlivosti o pacienta. Výkony 629a a 629b nie je možné vzájomne kombinovať pri jednom vyšetrení pacienta.	
3860	Stanovenie D-diméru Uhrádza sa: - pri potrebe rýchlej diagnostiky a terapie predovšetkým tromboembolickej choroby, t.j. hlbkej žilovej trombózy a/alebo pľúcnej embólie, - s kódmi choroby: I26.-, I26.0, I26.9, I80.0-I83.9, I87.0-I88.-, - maximálne 1x denne u jedného poistenca. Vyšetrenie nie je povolené vykázať, ak poskytovateľ v ten istý deň indikoval vykonanie daného vyšetrenia aj u poskytovateľa SVLZ na laboratórnu diagnostiku.	8,95
4485	Stanovenie Troponínu Uhrádza sa: - za účelom stanovenia kardiálneho troponínu v ambulancii poskytovateľa pre potreby 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 vykázať, 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 vykázať, ak poskytovateľ v ten istý deň indikoval vykonanie daného vyšetrenia aj u poskytovateľa SVLZ na laboratórnu diagnostiku.	19,75
H0006	Stratifikácia kardiovaskulárneho rizika Výkon sa uhrádza v rámci odbornosti endokrinológia za nasledovných podmienok: - poskytovateľ vykonáva u poistencov stratifikáciu kardiovaskulárneho rizika systémom SCORE2 a SCORE2-OP, - maximálne 1x za kalendárny rok u jedného poistenca nad 40 rokov, - ak je vykázaný pri vyšetrení poistenca s diabetes mellitus 2.typu, a s kódom diagnózy, pre ktorú bola stratifikácia kardiovaskulárneho rizika u poistenca vykonaná, - výkon u daného poistenca v tom istom roku ešte nebol uhradený inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, - 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 – PRIPOČÍTATEĽNÁ POLOŽKA v závislosti od rizika alebo dosiahnutého skóre vykázaná pripočítateľná položka v tvare: • SKOR01 pri nízkom riziku, • SKOR02 pri strednom riziku, • SKOR03 pri vysokom riziku, • SKOR04 pri veľmi vysokom riziku, • SKOR05 pri extrémne vysokom riziku. pričom na 5. a 6. mieste položky je vyjadrenie dosiahnutého skóre, poskytovateľ súhlasí, aby zdravotná poisťovňa analyzovala údaje o dosiahnutom skóre jeho pacientov pre účely benchmarku poskytovateľov zdravotnej starostlivosti; o výsledkoch takejto analýzy zdravotná poisťovňa môže oboznámiť poskytovateľa. Podmienkou úhrady je vloženie vyhodnotenia výsledku vyšetrenia do systému eZdravie.	5,82
H0007	Meranie INR z kapilárnej krvi (ďalej aj ako „vyšetrenie INR“) sa uhrádza, ak poskytovateľ:	6,06

	- je držiteľom certifikátu o absolvovaní certifikačného školenia na Lekárskej fakulte Slovenskej zdravotníckej univerzity (LF SZU) alebo predloží písomné čestné vyhlásenie, že sa oboznámil a bude dodržiavať postupy antikoagulačnej liečby zverejnené na webovom sídle zdravotnej poisťovne, - je účastníkom povinného externého hodnotenia kvality akreditovaným prevádzkovateľom EHK so získaním osvedčenia o účasti a absolvovaní externého hodnotenia kvality v dvojročnom cykle, - je držiteľom Prehlásenia ES o zhode P.O.C.T. prístroja podľa smernice IVD; technická špecifikácia prístroja je v zhode s ISO 17593 a ISO 22870 a metrologická nadväznosť merania je v súlade s WHO, - dodržiava indikácie a štandardné terapeutické postupy pri výkone zdravotného výkonu, - správne vedie a archivuje zdravotnú dokumentáciu vrátane písomného záznamu o posúdení rizika krvácania a určenia rizika tromboembolizmu pri nastavovaní pacienta na antikoagulačnú liečbu, - vedie dokumentáciu údržby P.O.C.T. prístroja v predpísanom režime. - je povinný v polročných intervaloch vyhodnotiť a v dokumentácii zaznamenať hodnotu TTR. - Vyšetrenie INR nie je povolené vykazať, ak súčasne v ten istý deň bolo toto vyšetrenie indikované do laboratória. Maximálna frekvencia vyšetrení INR u jedného poistenca je 16x za rok.	
H0008	Obsahom zdravotného výkonu je stanovenie indexu ABI oscilometrickou metódou, meranie a vyhodnotenie indexu ABI na štyroch končatinách na zistenie zvýšeného rizika ischemickej choroby dolných končatín. Výkon sa uhrádza, ak: - bol poskytnutý poistencovi s minimálne jedným rizikovým faktorom - podozrenie na ischemickú chorobu dolných končatín, arteriálna hypertenzia, abnormálne EKG, diabetes mellitus, obezita, fajčenie, vysoká hladina celkového cholesterolu, porucha metabolizmu lipidov, - nebude súčasne vykázaný v ambulancii všeobecnej ambulantnej starostlivosti. Podmienkou úhrady je vloženie vyhodnotenia výsledku vyšetrenia do systému eZdravie.	6,98

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

Kód IPP	Suma (€)	K výkonu s kódom	Akceptované u odborností ŠAS
IPP1	3,71	60	002; 018; 027; 040; 140;
IPP2	3,18	62	002; 018; 027; 040; 140;
IPP3	2,12	63	002; 018; 027; 040; 140;
IPP4	5,83	60	001; 003, 004; 060; 064; 116; 156
IPP5	4,24	62	001; 003, 004; 060; 064; 116; 156
IPP6	3,18	63	001; 003, 004; 060; 064; 116; 156
IPP7	1,06	60r	045; 145

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

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

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

Špecifikácia výkonov a podmienok úhrady	Cena bodu v €
---	---------------

Výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti (ďalej aj ako „ŠAS“) s výnimkou iných výkonov ŠAS špecifikovaných v tejto tabuľke.	0,0336
Výkony s kódmi 820, 821, 822, 825, 826, 841, 842, 845, 847, 867	0,0380

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

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
1b	Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty alebo telefonicky (160 bodov) Konzultácia s pacientom prostredníctvom elektronickej pošty (email), SMS alebo telefonicky obsahuje cielenú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly, vo vzťahu k jednému orgánovému systému, popis subjektívnych ťažkostí, diagnostický záver, poučenie o diéte a životospráve, v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplynuli z konzultácie ohľadom zdravotného stavu, prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára, poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie. Vykazovanie výkonu: - výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta, - zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii, - súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný čas poskytnutia zdravotného výkonu, popis zdravotného výkonu, prípadne dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne aj záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, - výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta, - vykazuje sa samostatne, najviac 1x za deň, - maximálna frekvencia 3x v kalendárnom mesiaci.	0,035
1c*	Krízová psychoterapeutická intervencia alebo Individuálna psychoterapia alebo psychodiagnostický rozhovor s pacientom prostredníctvom telefonického rozhovoru alebo videohovoru Popis výkonu: 1. Krízová psychoterapeutická intervencia v trvaní najmenej 45 minút – obsahuje cielenú anamnézu/heteroanamnézu, popis subjektívnych ťažkostí, krízovú psychoterapeutickú intervenciu ako okamžité opatrenie pri akútnej psychickej dekompenzácií (napríklad pokus o samovraždu), diagnostický záver, poučenie o psychohygiene, v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu, 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. alebo 2. Individuálna psychoterapia v trvaní najmenej 50 minút. alebo 3. Psychodiagnostický rozhovor so súčasným zisťovaním biografickej anamnézy na psychoterapeutické účely, s písomným záznamom vrátane rady pacientovi v trvaní najmenej 20 minút. Vykazovanie výkonu: - výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez osobnej prítomnosti pacienta, - zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii, - súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný čas poskytnutia zdravotného výkonu, popis zdravotného výkonu, prípadne dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, - výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta, - výkon sa vykazuje samostatne, najviac 1x za deň, - opakované vykávanie v jednom liečebnom prípade vyžaduje osobitné zdôvodnenie v zdravotnej dokumentácii.	0,035
11a	Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor), (210 bodov) Konzultácia s pacientom prostredníctvom doložiteľnej videokomunikácie (musí prebehnúť priamy videoprenos cez webovú aplikáciu alebo videohovor) v online prostredí v danom čase, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie, realizáciu fotografií pacienta / vyšetrovaného orgánu pre pridanie do zdravotnej dokumentácie a obsahuje cielenú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom alebo k	0,035

	psychickej poruche, zhodnotenie výsledkov, vypísanie receptov, prípadne vypísanie žiadaniek na ďalšie vyšetrenie, poučenie pacienta, diagnostický záver, určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára. Vykazovanie zdravotného výkonu: - výkon sa vykazuje ako komplexná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia, - súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný čas poskytnutia zdravotného výkonu, popis zdravotného výkonu, diagnostický záver, ak je potrebné dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, - vykazuje sa samostatne, najviac 1x deň.	
70	Opätovné lekárske vystavenie receptov a (alebo) poukazov na základe požiadavky pacienta prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefónu (40 bodov) Popis výkonu: vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronickou formou pre lieky/zdravotné pomôcky/dietetické potraviny Vykazovanie výkonu: - výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta, - súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj z online prostredia, údaj, kedy bol recept a/alebo poukaz vypísaný a údaj o predpise lieku/zdravotnej pomôcky/dietetických potravín pacientovi prostredníctvom elektronických služieb, - výkon sa vzťahuje na jedného pacienta bez ohľadu na počet liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín, ktoré boli pacientovi predpísané, najviac 1x za deň, bez ohľadu na počet vystavených receptov a/alebo poukazov, - ak ide o elektronický predpis liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín typu opakovaný recept (preskripčný záznam s poznámkou „REPETATUR“) výkon sa vykazuje samostatne za každý vystavený recept a/alebo poukaz, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi, maximálna frekvencia: 3x v kalendárnom mesiaci.	0,035
1b 1c 11a 70	Spoločné podmienky vykazovania a uhrádzania výkonov 1b, 1c, 11a a 70 Union zdravotná poisťovňa, a. s. výkony akceptuje len za predpokladu, že relevantnú medicínsku radu alebo konzultáciu je možné poskytnúť poistencovi alebo jeho zákonnému zástupcovi telefonickou formou alebo formou videohovoru alebo inou elektronickou formou s ohľadom na zdravotný stav poistenca pri zachovaní správnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.. Telefonický rozhovor alebo videohovor alebo iná elektronická komunikácia medzi pacientom a lekárom musí bezprostredne súvisieť s problematikou diagnostickej alebo terapeutической starostlivosti. Poskytovateľ v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z. vykoná zápis do zdravotnej dokumentácie daného poistenca o poskytnutí telefonickej rady poistencovi Union ZP alebo jeho zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom poistenca v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z.. Výkony nie je možné vzájomne kombinovať a ani kombinovať s inými výkonmi. Zo strany poskytovateľa sú dodržané ostatné podmienky úhrady výkonov vyplývajúce z príslušných zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v platnom znení a všeobecne záväzných právnych predpisov. Nástroj použitý na videokonzultáciu spĺňa základné parametre bezpečnosti prenosu dát a ochrany osobných údajov podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov a nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) č. 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (tzv. nariadenie GDPR). Prenos dát pri videohovore medzi pacientom a lekárom je zabezpečený takým spôsobom, že obsah videohovoru nie je dostupný ani prevádzkovateľovi nástroja, keď prevádzkovateľom nie je samotné zdravotnícke zariadenie; takého zabezpečenia je možné docieľiť tým, že hovor je po celú dobu šifrovaný a nie je distribuovaný cez ďalšie aplikačné servery. Nástroj pre registráciu pacienta nevyžaduje údaje, okrem tých, ktoré sú nevyhnutné pre samotné spustenie videohovoru.	0,035

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

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

Špecifikácia výkonov	Cena bodu v €
Výkony SVLZ poskytnuté na ambulancii ŠAS, s výnimkou iných SVLZ výkonov špecifikovaných v tejto tabuľke.	0,01031

4. Príslušnou cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné výkony ŠAS:

Kód výkonu	Počet bodov	Špecifikácia podmienok úhrady
65	200	Výkon 65 je možné vykazovať s výkonom 820, 821, 822, 825, 826, 841, 842 a 845: a) u poistenca ťažko mobilného, imobilného, mentálne postihnutého, dementného, zrakového alebo sluchovo postihnutého, b) u detí do dňa ich 10. narodenín (vrátane tohto dňa). V prípadoch uvedených v písm. a) sa výkon 65 vykazuje s kódom daného postihnutia podľa MKCH.
67	200	Výkon 67 je možné vykazovať u detí do dňa ich 10. narodenín (vrátane tohto dňa) pri výkone odber krvi, injekcie alebo infúzie.
163	200	Obsahom zdravotného výkonu je realizácia testu na zistenie rizika kognitívneho deficitu určeného zdravotnou poisťovňou (ďalej len „test zdravotnej poisťovne“) alebo MOCA testu, určeného zdravotnou poisťovňou, ktorý/ktorého - sa môže vykonať u poistencov vo veku nad 50 rokov maximálne 1x za dva kalendárne roky, - sa vykazuje s diagnózami v závislosti od výsledku testu: - negatívny výsledok testu: Z00.0 (všeobecné lekárske vyšetrenie) - pozitívny výsledok testu: Z03.2 (pozorovanie pri podozrení na duševnú poruchu a poruchu správania), - výstupom je celkové dosiahnuté skóre, - po vyplnení zostáva súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca. Výsledok testu lekár oznámi poistencovi, poskytne mu informácie a v prípade pozitívneho výsledku zabezpečí ďalší manažment zdravotnej starostlivosti o poistenca. Ak je poskytovateľ zastupovaný združením fyzických a/alebo právnických osôb a zdravotná poisťovňa má zámer test zdravotnej poisťovne zmeniť, zdravotná poisťovňa sa zaväzuje vopred túto zmenu prekonzultovať so združením fyzických a/alebo právnických osôb, ktoré poskytovateľa zastupuje.
62b	900	Vyšetrenie pacienta s potvrdeným ochorením COVID-19 Diagnostické iniciálne alebo kontrolné vyšetrenie u pacienta s potvrdeným ochorením Covid 19 obsahuje cieľnú anamnézu, popis subjektívnych ťažkostí a objektívne fyzikálne vyšetrenie so zameraním na konkrétny symptóm, syndróm alebo diagnózu, zhodnotenie dostupných laboratórnych, pomocných a konziliárnych vyšetrení, stanovenie diagnózy, vypísanie lekárskej správy, vypísanie lekárskeho predpisu, prípadne lekárskeho poukazu, vypísanie žiadaniek, indikácia potrebných laboratórnych, pomocných alebo iných odborných vyšetrení, odporúčanie terapie a ďalšieho postupu, prípadne termínu najbližšej kontroly. Výkon: - vykazuje príslušný lekár špecialista v prípade, že bolo indikované odborné vyšetrenie v niektorom špecializačnom odbore u pacienta s ochorením COVID-19, so základnou diagnózou inou ako je U07.1, - sa vykonáva s použitím osobných ochranných pomôcok, - nie je možné súčasne vykazovať na úhradu do zdravotnej poisťovne s výkonom 67, - sa uhrádza maximálne 1x za deň u jedného poistenca s potvrdeným laboratórnym výsledkom (PCR test) alebo antigénovým testom na prítomnosť SARS-CoV-2 nie starším ako 14 dní v deň poskytnutia výkonu.

5. Cenou výkonu sa uhrádzajú nasledovné výkony:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena za výkon v €
629b	Skríningový antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou Obsahová náplň výkonu: Skríningový, rýchly antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou zahŕňa odber biologického materiálu na stanovenie antigénov SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou pomocou prístroja na odčítanie výsledku reakcie, vrátane použitia osobných ochranných pracovných prostriedkov a dezinfekcie. Zdravotný výkon vykonáva lekár alebo sestra, sestra špecialistka alebo iný zdravotnícky pracovník. Vyhodnotenie je súčasťou zdravotného výkonu. Výkon: - je indikovaný na základe klinickej (nie výlučne epidemiologickej) indikácie ošetrojúceho lekára, - uhrádza sa u symptomatického pacienta s klinickými príznakmi respiračného syndrómu, - vykazuje sa diagnózou U07.1 alebo U07.2, - sa uhrádza u jedného poistenca maximálne 2x za 30 dní, - bol zrealizovaný za pomoci certifikovaného antigénového testu. Odber pre účely výkonu sa vykonáva s použitím osobitných ochranných pracovných prostriedkov:	10,20

	- respirátor FFP2-3 prekrytý rúškom, - ochranný plastikový tvárový štít alebo okuliare, - jednorazové rukavice. Zároveň sú splnené aj tieto podmienky: - zrealizuje sa dezinfekcia bezprostredného priestoru po odbere pre účely daných výkonov, - poskytovateľ v prípade pozitívne testovaného poistenca zabezpečí ďalší manažment starostlivosti o pacienta. Výkony 629a a 629b nie je možné vzájomne kombinovať pri jednom vyšetrení pacienta.	
--	--	--

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

Kód IPP	Suma (€)	K výkonu s kódom	Akceptované u odborností ŠAS
IPP1	3,71	820	005; 073; 074; 105; 223; 367

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

Príloha č. 2b
k Zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú ústavnú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah

I. Ústavná zdravotná starostlivosť

1. Zdravotná starostlivosť poskytnutá poistencovi v ústavnej zdravotnej starostlivosti, poskytovateľom správne vykázaná a zdravotnou poisťovňou uznaná sa uhrádza nasledovne:

cenou ošetrovacieho dňa

kód -	odbornosť	výška úhrady v €	Podmienky úhrady za hospitalizáciu poistenca
005	psychiatria	113,40	ošetrojúci lekár môže v osobitne odôvodnených prípadoch rozhodnúť o povolení terapeutickú priepustku poistencovi, o čom urobí záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca;

2. Na účely tejto prílohy sa za ukončenú hospitalizáciu považuje pobyt poistenca na lôžku u poskytovateľa v trvaní dlhšom ako 24 hodín.
3. Za ukončenú hospitalizáciu sa považuje aj pobyt poistenca na lôžku oddelenia:
- anestéziológie a intenzívnej medicíny v trvaní kratšom ako 24 hodín (ak ďalej nie je uvedené inak)
 - gynekológie a pôrodnictva v trvaní kratšom ako 24 hodín, ak rodička svojvoľne opustila v deň pôrodu zdravotnícke zariadenie
 - ktorejkoľvek odbornosti ak hospitalizácia nebola dlhšia ako 24 hodín v dôsledku úmrtia poistenca.

Všetky takéto prípady poskytovateľ vykazuje samostatnou dávkou a fakturuje samostatnou faktúrou za obdobie ukončeného kalendárneho mesiaca a zdravotná poisťovňa ho poskytovateľovi uhradí vo výške 50 % z ceny za ukončenú hospitalizáciu na príslušnom oddelení.

Pobyt poistenca zdravotnej poisťovne na lôžku v trvaní kratšom ako 24 hodín, ktorý nespĺňa podmienky uvedené v písmenách a) až c) tohto bodu poskytovateľ zdravotnej poisťovni vykazuje a účtuje ako výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti.

4. Cena za ukončenú hospitalizáciu zahŕňa všetky náklady, ktoré súvisia s poskytnutím zdravotnej starostlivosti hospitalizovanému poistencovi poisťovne u poskytovateľa vrátane pobytu sprievodcu poistenca, okrem nákladov na:
- špeciálne zdravotnícke materiály používané v rámci ústavnej zdravotnej starostlivosti v rozsahu uvedenom v príslušnej časti tejto prílohy
 - výkony finančne náročnej zdravotnej starostlivosti uvedené ďalej v tejto prílohe
 - transfúzne lieky, tkanivá a bunky poskytované pri transplantáciách, materské mlieko a iné zdravotné výkony, lieky a zdravotnícke pomôcky, pokiaľ to vyplýva z rozhodnutia Ministerstva zdravotníctva SR o regulácii cien výrobkov, služieb a výkonov v oblasti zdravotníctva alebo ak ich použitie a suma boli oprávnené preukázané.
5. Za ošetrovací deň sa považuje pobyt poistenca na lôžku presahujúci 24 hodín, pričom deň prijatia a deň prepustenia poistenca sa počítajú ako jeden ošetrovací deň, okrem prípadu, keď poistenec umrie. Ako jeden ošetrovací deň sa počíta aj deň odchodu poistenca na terapeutickú priepustku a deň príchodu z terapeutickú priepustku. Obdobie nasledujúce po dni prepustenia poistenca na terapeutickú priepustku až po deň predchádzajúci nástupu poistenca na hospitalizáciu sa nezapočítava do počtu ošetrovacích dní a nie je predmetom úhrady za zdravotnú starostlivosť.
6. V cene ošetrovacieho dňa sú zahrnuté všetky náklady, ktoré súvisia s poskytnutím zdravotnej starostlivosti hospitalizovanému poistencovi poisťovne u poskytovateľa vrátane pobytu sprievodcu poistenca a nákladov za poskytovanie zdravotnej starostlivosti spoločných vyšetrení a liečebných zložiek v špecializačnom odbore fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia.
7. Cenou mesačného paušálu sa uhrádza hospitalizácia dlhodobo hospitalizovaného poistenca. Dlhodobo hospitalizovaný poistenec je poistenec, ktorý je súvisle hospitalizovaný u poskytovateľa v minimálnom trvaní šesť týždňov (ďalej len „dlhodobá hospitalizácia“) a počas ktorých je poistencom zdravotnej poisťovne. Do trvania dlhodobej hospitalizácie sa nezapočítava deň prijatia poistenca do dlhodobej hospitalizácie.
8. Cena mesačného paušálu zahŕňa všetky náklady, ktoré súvisia s poskytnutím zdravotnej starostlivosti dlhodobo hospitalizovanému poistencovi u poskytovateľa. Úhrada cenou mesačného paušálu za dlhodobú hospitalizáciu poistenca sa začína za kalendárny mesiac, v ktorom uplynulo prvých šesť týždňov dlhodobej hospitalizácie poistenca, poskytovateľ teda prvý raz fakturuje zdravotnú starostlivosť poskytnutú dlhodobo hospitalizovanému poistencovi po ukončení celého kalendárneho mesiaca, v ktorom uplynulo prvých šesť týždňov dlhodobej hospitalizácie. Ďalej sa dlhodobá hospitalizácia uhrádza cenou mesačného paušálu za každý kalendárny mesiac, v ktorom dlhodobá hospitalizácia pokračovala. Poskytovateľ zdravotnú starostlivosť poskytnutú dlhodobo hospitalizovanému poistencovi zdravotnej poisťovni vykazuje samostatnou dávkou a fakturuje samostatnou faktúrou.
9. Poskytovateľ môže zdravotnej poisťovni samostatnou faktúrou vykázať mimoriadne finančne náročnú zdravotnú starostlivosť, ak liečba predstavuje jedinou terapeutickú alternatívu a náklady poskytovateľa na lieky a zdravotnícke pomôcky, ktoré sú zahrnuté do úhrady hospitalizácie, presiahnu dvojnásobok súčtu ceny ukončenej hospitalizácie (uvedenej v bode 1 časti I tejto prílohy) a príplatku k ukončenej hospitalizácii (príplatok sa berie do úvahy vo výške

uvedenej v tejto časti tejto prílohy), ak má poskytovateľ na tento príplatok nárok). Poskytovateľ po ukončení hospitalizácie predloží zdravotnej poisťovni na schválenie individuálnu kalkuláciu ekonomicky oprávnených a preukázateľných nákladov na lieky a zdravotnícke pomôcky spoločne s kópiami ich nadobúdacích dokladov od dodávateľa zdravotníckych pomôcok. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi mimoriadne finančne náročnú zdravotnú starostlivosť vo výške schválenej revíznym lekárom zdravotnej poisťovne ako pripočítateľnú položku k ukončenej hospitalizácii.

10. Zdravotná poisťovňa pri preklade jej poistenca z jedného oddelenia na druhé oddelenie poskytovateľa uhradí zmluvne dohodnutú cenu za ukončenú hospitalizáciu na každom oddelení len v medicínsky odôvodnených prípadoch; pri preklade sa deň ukončenia hospitalizácie na jednom oddelení rovná dňu začiatku hospitalizácie poistenca na ďalšom oddelení poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. V prípade, že je poistenec počas jedného pobytu u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti viackrát hospitalizovaný na oddelení v tom istom špecializačnom odbore, zdravotná poisťovňa uhradí zmluvne dohodnutú cenu za ukončenú hospitalizáciu na oddelení v príslušnom špecializačnom odbore len raz.
11. Poskytovateľ je oprávnený odmietnuť poistencovi zdravotnej poisťovne poskytnutie ústavnej zdravotnej starostlivosti iba v prípade, ak zdravotný stav poistenca nevyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín.
12. Úhrada za výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti a výkony spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek poskytnuté počas hospitalizácie je zahrnutá v úhrade za hospitalizáciu.
13. Ak je poistenec hospitalizovaný za účelom plánovaného poskytnutia operačného výkonu a tento nie je z akýchkoľvek dôvodov vykonaný, zdravotná poisťovňa neuhradí cenu ukončenej hospitalizácie. Poskytovateľ je oprávnený vykázat v dávke ambulantnej starostlivosti rovnakej odbornosti poskytnutie výkonu s kódom 60a.
14. Ak hospitalizácia poistenca na oddelení dlhodobo chorých trvá kratšie ako 21 dní, takýto prípad poskytovateľ vykazuje samostatnou dávkou a fakturuje samostatnou faktúrou označenou textom „Osobitná úhrada 50“. Zdravotná poisťovňa túto poskytnutú zdravotnú starostlivosť uhradí vo výške 50 % z ceny za ukončenú hospitalizáciu na príslušnom oddelení.
15. V prípade hospitalizácie poistenca na jednotke intenzívnej starostlivosti, pokiaľ tejto zdravotnej starostlivosti predchádzala hospitalizácia na základnom oddelení poskytovateľa a/alebo po hospitalizácii na jednotke intenzívnej starostlivosti pokračuje hospitalizácia na základnom oddelení poskytovateľa, patrí poskytovateľovi úhrada za hospitalizáciu na základnom oddelení poskytovateľa uvedená v bode 1 tejto časti prílohy. Pokiaľ bol poistenec hospitalizovaný len na jednotke intenzívnej starostlivosti, patrí poskytovateľovi úhrada pre príslušnú jednotku intenzívnej starostlivosti vo výške uvedenej v bode 1 tejto časti prílohy.
16. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi hospitalizáciu na lôžku oddelenia anestéziológie a intenzívnej medicíny v prípade pobytu poistenca na lôžku supľujúceho starostlivosť jednotky intenzívnej starostlivosti vo výške 6% z ceny na oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny. Takéto prípady poskytovateľ vykazuje samostatnou dávkou, ku ktorej pripája zoznam poistencov, ktorým bola poskytnutá zdravotná starostlivosť vrátane ich rodných čísiel a fakturuje ich samostatnou faktúrou označenou textom „Osobitná úhrada OAIM“.
17. Zdravotná poisťovňa nehradí poskytovateľovi pobyt na lôžku oddelenia anestéziológie a intenzívnej medicíny v prípade prijatia kontinuálne kardiopulmonálne a cerebrálne resuscitovaného poistenca, ktorý do hodiny od momentu prijatia zomrie; poskytovateľ v takomto prípade vykáže výkony poskytnuté počas resuscitácie spolu s pripočítateľnými položkami v dávkach ambulantnej starostlivosti.

II. Úhrada špeciálnych zdravotníckych materiálov v rámci ústavnej zdravotnej starostlivosti

1. V prípade, že poskytovateľ pri poskytovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti použije špeciálny zdravotnícky materiál (ďalej aj ako „SZM“) 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 aj ako „Zoznam SZM“), odôvodňuje použitie SZM písomne v zdravotnej dokumentácii poistenca a SZM, ktoré:
 - a) vyžadujú súhlas zdravotnej poisťovne, poskytovateľ vykazuje samostatnou faktúrou za všetkých jej poistencov, u ktorých boli SZM v príslušnom zúčtovacom období použité; povinnou prílohou faktúry sú kópie nadobúdacích dokladov schválených SZM a kópie lekárskeho prepúšťacieho správy poistencov,
 - b) nevyžadujú súhlas zdravotnej poisťovne, poskytovateľ dokladuje kópiami ich nadobúdacích dokladov, ak si ich zdravotná poisťovňa vyžiada.
2. V prípade, že poskytovateľ pri poskytovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti použije SZM uvedený v Zozname SZM, zdravotná poisťovňa uhradí tento SZM ako pripočítateľnú položku k úhrade hospitalizácie do výšky obstarávacej ceny SZM, najviac však do výšky príslušnej maximálnej úhrady zdravotnej poisťovne za SZM uvedenej v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne pri súčasnom dodržaní všetkých ostatných príslušných podmienok úhrady SZM, ak nie je dojednané inak. Ak je obstarávacia cena SZM vyššia ako maximálna úhrada zdravotnej poisťovne za SZM ako pripočítateľnej položky uvedená v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne, je tento rozdiel zahrnutý do úhrady hospitalizácie, v súvislosti s ktorou bol SZM použitý. Týmto bodom nie je dotknutá výška doplatku poistenca na úhradu SZM.
3. Ak je podľa platného Zoznamu SZM podmienkou úhrady zdravotníckej pomôcky aj predchádzajúci súhlas zdravotnej poisťovne, zdravotná poisťovňa o udelení tohto súhlasu rozhoduje na základe predchádzajúcej písomnej žiadosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o úhradu zdravotníckej pomôcky pre konkrétneho poistenca, pokiaľ ďalej nie je uvedené inak. V prípade, že ide o použitie zdravotníckej pomôcky v súvislosti s poskytnutím neodkladnej zdravotnej starostlivosti poistencovi, poskytovateľ môže požiadať o súhlas zdravotnej poisťovne dodatočne, najneskôr však do

troch pracovných dní od poskytnutia zdravotníckej pomôcky poistencovi. Súhlas zdravotnej poisťovne s úhradou zdravotníckej pomôcky je platný jeden rok od jeho udelenia.

III. Finančný rozsah

Ak nie je dojednané inak, zmluvné strany sa dohodli na finančnom objeme pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti uvedenej v časti I. prílohy č. 2b vo výške **254 562,- €** na obdobie jednotlivých kalendárnych polrokov plynúcich od 01.07.2025 po dobu účinnosti prílohy č. 2b k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa bodu 9.3. zmluvy.