

**Príloha č. 1a  
k Zmluve č. 10NSP1000222**

**Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti**

**Časť A. Ambulantná zdravotná starostlivosť**

**Čl. I**

**Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (všeobecné ustanovenia)**

**1. Kapitácia**

Kapitáciou sa rozumie paušálna mesačná platba za poskytovanie zdravotnej starostlivosti poistencovi, s ktorým má poskytovateľ uzatvorenú platnú a účinnú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „dohoda“).

Pri zmene poskytovateľa z dôvodu odstúpenia od dohody je poskytovateľ povinný preukázateľne odovzdať zdravotnú dokumentáciu alebo jej rovnopis do 7 dní od jej vyžiadania novému poskytovateľovi, s ktorým poistenec uzatvoril dohodu a oznámiť dátum ukončenia dohody poisťovní.

Poistenec môže mať účinnú dohodu iba s jedným poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti a s jedným poskytovateľom špecializovanej ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodnictvo.

Ak poistenec uzatvorí dohodu s ďalším poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo s poskytovateľom špecializovanej ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodnictvo, poisťovňa v zmysle zákona č. 576/2004 Z. z. akceptuje účinnosť novej dohody až po zániku pôvodnej dohody tzn. prvým dňom kalendárneho mesiaca nasledujúcom po mesiaci, v ktorom bolo doručené odstúpenie od dohody. V prípade konfliktu sa kapitácia uhrádza poskytovateľovi, ktorý má ako posledný s poistencom uzatvorenú platnú Dohodu a súčasne na požiadanie zdravotnej poisťovni doručí preukázateľné odstúpenie poistenca od Dohody s predchádzajúcim poskytovateľom.

Predchádzajúca veta sa nevzťahuje na prípady narodenia dieťaťa, zmeny trvalého a prechodného bydliska poistenca, odchodov a príchodov poistencov z a do EÚ a na prípady taxatívne vymedzené zákonom č. 576/2004 Z. z. Kapitácia je v týchto prípadoch hradená s presnosťou na deň. V prípade, že počas kalendárneho mesiaca dôjde k úmrtiu poistenca, je kapitácia hradená s presnosťou na deň.

Kapitácia sa neuhrádza poskytovateľovi za poistencov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu, Švajčiarska, Srbska, bezdomovcov, cudzincov a poistencov, ktorí majú podľa platnej legislatívy nárok len na neodkladnú respektíve potrebnú zdravotnú starostlivosť.

Kapitácia nezahŕňa výkony uhrádzané cenou bodu alebo cenou za výkon, uvedené v tabuľke Cena bodu, alebo Cena za výkon a náklady na lieky so symbolom úhrady „A“ zaradené do zoznamu liekov podľa osobitného predpisu.

**2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu**

Úhrada za výkony uvedené v tabuľke Cena bodu sa vypočíta ako násobok jednotkovej ceny bodu a počtu bodov daného výkonu. Počet bodov vyplýva z opatrenia Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva platného v čase poskytnutia výkonu. Pokiaľ počet bodov nevyplýva z opatrenia Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva platného v čase poskytnutia výkonu, použije sa počet bodov pre daný výkon uvedený v poslednom opatrení Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva, v ktorom bol počet bodov pre daný výkon stanovený. V prípade zmluvne dohodnutého počtu bodov, použije sa pre výpočet úhrady za daný výkon počet bodov vyplývajúci zo zmluvy.

Výkony uvedené v tabuľke Cena bodu sa vo všeobecnej ambulantnej starostlivosti a špecializovanej ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodnictvo uhrádzajú za kapitovaných poistencov a poistencov EÚ, ktorí majú nárok na úhradu zdravotnej starostlivosti v plnom rozsahu v zmysle platnej legislatívy, ak nie je v tabuľke uvedené inak.

**3. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon**

Výkony uvedené v tabuľke Cena za výkon sa uhrádzajú cenou za výkon. Cena za výkon zahŕňa náklady a úhradu za zdravotnú starostlivosť poskytnutú pri danom výkone, pokiaľ nie je uvedené inak.

**4. Individuálne zložky úhrady**

Individuálnou zložkou úhrady je Individuálna dodatková kapitácia a predstavuje jednu zo zložiek úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť. Poisťovňa individuálnu zložku úhrady poskytovateľovi uhrádza vo výške, ktorá je závislá od plnenia Hodnotiacich parametrov (ďalej ako „HP“).

#### 4.1. Individuálna dodatková kapitácia

Individuálnou dodatkovou kapitáciou (ďalej aj ako „IDK“) sa rozumie paušálna mesačná úhrada za každého kapitovaného poistenca, ktorá sa hradí spolu s Kapitáciou vo výške Výslednej ceny IDK. Výsledná cena IDK sa vypočíta ako násobok Základu pre výpočet IDK a výsledného percenta plnenia HP v príslušnom type zdravotnej starostlivosti (ďalej ako typ ZS).

#### 4.2. Hodnotiace parametre

HP ovplyvňujú výslednú cenu individuálnej zložky úhrady poskytovateľa uvedenej v bode 4.1. tohto článku. Výsledné percento plnenia HP je súčtom váh jednotlivých splnených parametrov. Kritérium pre splnenie parametra v jednotlivých typoch zdravotnej starostlivosti je uvedené v tabuľke „Hodnotiace parametre“ v článku II tejto prílohy. Pri splnení kritéria je parametru priradená uvedená váha v percentách, pri nesplnení kritéria je váha príslušného parametra 0%. Zoznam a váhy parametrov ako aj doplňujúce informácie pre jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti sú uvedené v článku II tejto prílohy.

HP vyhodnocuje poisťovňa dva krát počas kalendárneho roka nasledovným spôsobom:

##### I. vyhodnotenie

Hodnotenú obdobie (od-do)		Vyhodnocovanie (od-do)		Aplikácia vyhodnotenia (od)
1.1.	30.6.	1.7.	30.9.	1.10.

##### II. vyhodnotenie

Hodnotenú obdobie (od-do)		Vyhodnocovanie (od-do)		Aplikácia vyhodnotenia (od)
1.7.	31.12.	1.1.	31.3.	1.4.

Ak nie je hodnotené obdobie inak špecifikované v doplňujúcich informáciách k parametrom, vyhodnocuje sa predchádzajúci kalendárny polrok.

Každú zmenu Výsledného plnenia HP oznámi poisťovňa poskytovateľovi a to buď písomne formou listu, alebo elektronicky v ePobočke. Zmenu poisťovňa poskytovateľovi oznámi najneskôr v posledný deň mesiaca, ktorý predchádza mesiacu, od ktorého má byť zmena účinná.

HP vyhodnocuje poisťovňa u poskytovateľa za každý typ zdravotnej starostlivosti samostatne.

Metodiky a špecifiká aplikované pri výpočte jednotlivých HP zverejní poisťovňa na svojom webovom sídle.

Pri parametroch kategórie „Poistenec“ sú poskytovatelia zaradení do referenčných skupín (odbornosť a typ poskytovateľa), v ktorých sa na základe vykázaných zdravotnej starostlivosti v hodnotenom období vypočíta stredná hodnota a štandardná odchýlka, ktorá slúži na určenie horného resp. dolného pásma pre účely vyhodnotenia plnenia príslušného parametra.

Splnenie parametra Dostupnosť poskytovateľ dokladuje poisťovni vyplnením formulára „Čistý ordinačný čas a zoznam lekárov na ambulancii“, ktorý je zverejnený na webovej stránke poisťovne (ďalej ako: „formulár“). Formulár musí byť v súlade s ordinačnými hodinami, ktoré schválil príslušný samosprávny kraj. Dokladovaním sa rozumie zaslanie formulára príslušnej pobočke poisťovni elektronickou formou. Splnenie parametra Dostupnosť poisťovňa vyhodnotí na základe podkladov doručených poskytovateľom podľa predchádzajúcej vety a to k prvému dňu kalendárneho polroka, v ktorom realizuje vyhodnotenie HP.

Čl. II  
Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (ceny)

**1. Všeobecný lekár pre dospelých (typ ZS 101)**

**1.1. Kapitácia**

Cena kapitácie	
Veková skupina	Cena v €
do 19 rokov vrátane	4,33
od 20 do 28 rokov vrátane	3,44
od 29 do 39 rokov vrátane	3,23
od 40 do 44 rokov vrátane	3,25
od 45 do 49 rokov vrátane	3,28
od 50 do 54 rokov vrátane	3,78
od 55 do 59 rokov vrátane	4,33
od 60 do 64 rokov vrátane	4,83
od 65 do 69 rokov vrátane	5,32
od 70 do 74 rokov vrátane	6,05
od 75 do 79 rokov vrátane	6,78
od 80 do 84 rokov vrátane	7,62
od 85 rokov a viac	7,96

**1.2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu**

Cena bodu			
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Počet bodov	Cena bodu v €
1b	<p><b>Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty, telefonicky alebo SMS.</b></p> <p><u>Konzultácia s poistencom prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky obsahuje:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cielenú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom alebo k psychickej poruche popis subjektívnych ťažkostí,</li> <li>• diagnostický záver,</li> <li>• v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplynuli z konzultácie ohľadom zdravotného stavu,</li> <li>• v prípade potreby záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti,</li> <li>• poskytnutie informácií poistencovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane nefarmakologickej a farmakologickej terapie.</li> </ul> <p><u>Vykazovanie zdravotného výkonu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia poistenca,</li> <li>• súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj z online prostredia, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti,</li> <li>• vyhotovenie záznamu v eZdravie,</li> <li>• výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi,</li> <li>• výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie poistenca,</li> </ul> <p><u>Povolená frekvencia akceptovania zdravotného výkonu:</u></p> <p>1-krát za deň a maximálne 4-krát za kalendárny mesiac na jedného poistenca</p>	160	0,027
10	<p><b>Rozbor a plánovanie cielených terapeutických postupov na ovplyvnenie chronických ochorení v rámci komplexného manažmentu poistenca.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z..</li> <li>• Nastavenie alebo úprava liečby pri diagnóze artériovej hypertenzie alebo dyslipidémie v kombinácii výkonu č. H0003 alebo č. H0004 alebo č.</li> </ul>	180	0,0318

	<p>H0005 v zmysle odborného usmernenia MZ SR na poskytovanie zdravotnej starostlivosti dospelým poistencom s arteriálnou hypertenziou alebo dyslipidémiou.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poskytovateľ vykazuje výkon č. 10 pri prevzatí poistenca s chronickým ochorením a po podpísaní dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v kombinácii s výkonom č. 60.</li> <li>• Výkon bude akceptovaný výlučne v kombinácii s výkonom č. 60 alebo č. H0003 alebo č. H0004 alebo č. H0005.</li> <li>• Úprava alebo zmena terapeutického postupu musí byť zaznamenaná v zdravotnej dokumentácii vrátane zmeny dávkovania zdôvodnenia úpravy medikamentózneho postupu.</li> <li>• Akákoľvek úprava terapeutického postupu musí byť v súlade s platnou legislatívou a účelnou farmakoterapiou.</li> </ul>		
11a	<p><b>Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor).</b></p> <p><u>Charakteristika zdravotného výkonu:</u> Konzultácia s poistencom prostredníctvom preukázateľnej elektronickej komunikácie (webová aplikácia, videohovor) v online prostredí, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie, realizáciu fotografií pacienta/vyšetrovaného orgánu na pridanie do zdravotnej dokumentácie.</p> <p><u>Konzultácia s poistencom obsahuje:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cieľnú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom alebo k psychickej poruche,</li> <li>• zhodnotenie výsledkov, ak ich má poskytovateľ k dispozícii,</li> <li>• vypísanie receptov, prípadne vypísanie žiadaniek na ďalšie vyšetrenie,</li> <li>• poučenie poistenca,</li> <li>• diagnostický záver,</li> <li>• určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.</li> </ul> <p><u>Vykazovanie zdravotného výkonu:</u></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 preukázateľný časový údaj z online prostredia,</li> <li>• vyhotovenie záznamu v eZdravie,</li> <li>• diagnostický záver, ak je potrebné, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly,</li> <li>• prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti,</li> <li>• výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi,</li> <li>• ak je po konzultácii potrebná aj kontrola v ambulancii, vykazujú sa len výkony, ktoré sa vykonali ambulantne, a výkon sa nevykazuje,</li> <li>• výkon sa vykazuje samostatne, najviac 1x za deň na jedného poistenca</li> </ul>	210	0,027
25	<b>Návšteva u kapítovaných poistencov v pracovnom čase.</b>	285	0,0350
26	<b>Návšteva u kapítovaných poistencov mimo pracovného času.</b>	500	0,0350
60	<p><b>Komplexné vyšetrenie poistenca pri prevzatí dospelého pacienta do zdravotnej starostlivosti ako prvého komplexného vyšetrenia s vystavením zdravotného záznamu.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z.,</li> <li>• Poskytovateľ poskytne poistencovi komplexné vyšetrenie (kompletná anamnéza, fyzikálne vyšetrenie, založenie zdravotnej dokumentácie a stanovenie diagnostického záveru a diagnostického a liečebného plánu) v termíne do 60 dní od podpísania dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.</li> <li>• Vykázaný výkon č. 60 musí byť súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca.</li> <li>• Kontrola povinného očkovania poistenca.</li> <li>• Kontrola poslednej preventívnej prehliadky poistenca.</li> </ul>	620	0,0318

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informovaný súhlas poistenca s poskytnutím zdravotnej starostlivosti v súvislosti výkonom č. 60.</li> </ul>		
70	<p><b>Opätovné lekárske vystavenie receptov alebo poukazov na základe požiadavky poistenca prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefónu.</b></p> <p><u>Charakteristika zdravotného výkonu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vystavenie receptov alebo poukazov elektronickou formou na lieky/zdravotnícke pomôcky/dietetické potraviny, ktoré poistenec užíva minimálne jeden mesiac, a nebola realizovaná zmena dávkovania lieku alebo liekovej formy lieku</li> </ul> <p><u>Vykazovanie zdravotného výkonu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia poistenca,</li> <li>• súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je preukázateľný časový údaj o realizácii,</li> <li>• vyhotovenie záznamu v eZdravie,</li> <li>• údaj, kedy bol recept/lekársky poukaz vypísaný,</li> <li>• údaj o predpise lieku/zdravotníckej pomôcky/dietetickej potraviny poistencovi prostredníctvom elektronických služieb,</li> <li>• výkon sa vzťahuje na jedného poistenca bez ohľadu na počet liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín, ktoré boli poistencovi predpísané formou receptu/lekárskeho poukazu alebo formou jednorazového elektronického predpisu (t. j. za týchto podmienok sa výkon vykazuje najviac v počte 1x za deň na jedného poistenca),</li> <li>• v prípade ak ide o elektronický predpis liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín typu opakovaný recept (preskripčný záznam s poznámkou „REPETATUR“) vykazuje sa samostatne za každý vystavený recept alebo poukaz,</li> <li>• výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi.</li> </ul> <p><u>Povolená frekvencia akceptovania zdravotného výkonu:</u> 1-krát za deň, maximálne 4-krát za kalendárny mesiac na jedného poistenca.</p>	40	0,027
160	<b>Preventívne výkony</b>	390	0,0840
252a	<p><b>Očkovanie.</b></p> <p>Vykázaná očkovacia látka je zaradená v kategorizačnom zozname, výkon sa vykazuje v nutnej kombinácii s príslušnou dg podľa MKCH 10.</p> <p>V prípade nepovinného očkovania bude výkon akceptovaný, ak je vykázaná očkovacia látka zaradená v kategorizačnom zozname v rozsahu IO a IP. Výkon 252b je akceptovaný u kapitovaných poistencov.</p>	70	0,0840
252b			
252c			
5301	<p><b>USG vyšetrenie POCUS (Point of Care Ultrasound) – vyšetrenie jedného alebo viacerých orgánov alebo orgánových systémov v ambulancii všeobecného lekára pre dospelých alebo v domácom prostredí pacienta.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vykonáva sa pri závažnej zmene zdravotného stavu pacienta, ktorá vyžaduje rýchlu diferenciuálnu diagnostiku alebo diagnostiku prostredníctvom POCUS a liečbu, prípadne jej úpravu.</li> </ul> <p><u>Vykazovanie zdravotného výkonu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• s kódmi príslušnej diagnózy,</li> <li>• s frekvenciou 1x za deň (maximálne 6x za kalendárny rok),</li> <li>• môže sa vykázat' v kombinácii s výkonmi 5702, 25, 26.</li> </ul> <p><u>Podmienky úhrady zdravotného výkonu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• platný doklad o nadobudnutí prístrojového vybavenia, ktorý sa predkladá poisťovní pri zazmluvnení výkonu,</li> <li>• potvrdenie o odbornej spôsobilosti poskytovateľa (lekára) – zdokladovanie certifikátu o spôsobilosti vykonávať dané vyšetrenia vydaného na to oprávnenou slovenskou vzdelávacou ustanovitzňou, odbornou spoločnosťou alebo zdokladovanie certifikátu uznaného Ministerstvom zdravotníctva SR,</li> <li>• uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v súlade s §12 zákona č. 576/2004 Z.z. s poistencom,</li> <li>• poisťovňa akceptuje iba prístrojové vybavenie disponujúce prehlásením o zhode k prístroju,</li> </ul>	600	0,0073

	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.		
5702	<p><b>Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardný 12-zvodový záznam EKG.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z..</li> <li>• Zaznamenanie popisu a vyhodnotenia záznamu vrátane popisu EKG krivky v zdravotnej dokumentácii pacienta u všeobecného lekára pre dospelých.</li> <li>• Vykazovanie najviac 1x za deň v kombinácii s výkonom 60, 60b, H0003, H0004, H0005 v zmysle aktuálne platnej legislatívy</li> <li>• Výkon bude akceptovaný „nad rámec“ 2x/rok (vyhotovenie EKG záznamu v rámci dif. dg s dg. I21*, R07.1- 4) v kombinácii s výkonom 60b (komplexné predoperačné vyšetrenie) s príslušnou dg operačného výkonu.</li> <li>• EKG vyšetrenie vrátane popisu EKG krivky musí byť zaznamenané a založené v zdravotnej dokumentácii pacienta.</li> </ul>	550	0,009574
5702P	<p><b>Vyšetrenia EKG pri preventívnej prehliadke poistencov 40 ročných a starších.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Len spolu s výkonom 160.</li> <li>• Vykazovanie u poistenca, ktorý má s poskytovateľom uzatvorenú Dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti alebo, za ktorého je hradená kapitačná platba u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v zmysle tejto zmluvy pri súčasnom vykonaní a popísaní štandardného 12-zvodového EKG záznamu. Záznam a popis musí byť súčasťou zdravotnej dokumentácie.</li> </ul>	550	0,009574
5715	<p><b>24-hodinové prístrojové monitorovanie tlaku krvi - naloženie a zosnímanie (Holterov monitoring).</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zaznamenanie výsledku a vyhodnotenia výsledku v zdravotnej dokumentácii poistenca u poskytovateľa.</li> <li>• Výkon je vykázaný v prípade starostlivosti o dospelého poistenca s artériovou hypertenziou v zmysle aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ SR..</li> <li>• Vykazovanie výkonov u poistenca, za ktorého je hradená kapitačná platba v zmysle tejto zmluvy, maximálne 1 krát za 12 mesiacov</li> </ul>	750	0,021999
5716	<p><b>Počítačové vyhodnotenie 24 hodinového prístrojového monitorovania tlaku krvi (Holterov monitoring) a vyhodnotenie nálezu lekárom.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zaznamenanie výsledku a vyhodnotenia výsledku v zdravotnej dokumentácii poistenca u poskytovateľa.</li> <li>• Výkon je vykázaný v prípade starostlivosti o dospelého poistenca s artériovou hypertenziou v zmysle aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ SR.</li> <li>• Vykazovanie výkonov u poistenca, za ktorého je hradená kapitačná platba v zmysle tejto zmluvy alebo u poistenca, ktorý má s poskytovateľom uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, maximálne 1 krát za 12 mesiacov</li> </ul>	240	0,016597
-	<b>Výkony z I. časti Zoznamu výkonov pre poistencov EÚ, bezdomovcov, cudzincov a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z..</b>	-	0,0350
-	<b>Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) pre poistencov EÚ, bezdomovcov, cudzincov a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. a nekapitovaných poistencov.</b>	-	0,0100
-	<b>Neodkladná zdravotná starostlivosť poskytnutá poistencom poisťovne, s ktorými poskytovateľ nemá uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti .</b>	-	0,0350

*Poisťovňa uhradí zdravotné výkony s kódom: 11a, 1b, 70 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. a to pri súčasnom zohľadnení špecifik dištančného spôsobu poskytovania zdravotnej starostlivosti. Telefonický rozhovor alebo videohovor alebo iná elektronická komunikácia medzi poistencom a zdravotníckym pracovníkom s diagnostikou a/alebo terapiou*

poistenca. Zdravotné výkony musia byť zaznamenané v zdravotnej dokumentácii a eZdravie a nie je ich možné vzájomne kombinovať a ani kombinovať s inými výkonmi.

### 1.3. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

Cena za výkon		
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Cena za výkon v €
60b	<p><b>Komplexné predoperačné vyšetrenie vrátane odberu biologického materiálu, zhodnotenia laboratórnych a prístrojových vyšetrení.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Výkon možno vykazovať iba raz v rámci jednej operácie, alebo aj opakovane z dôvodu zrušenia operácie alebo z dôvodu uplynutia platnosti predoperačného vyšetrenia podľa klasifikácie ASA a súčasne pri dodržaní aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ SR. Výkon sa vykazuje samostatne s diagnózou, pre ktorú je poistenec plánovaný na operáciu.</li> </ul> <p><u>Výkon je možné kombinovať s výkonom č. 5702.</u></p> <p>V prípade odoslania poistenca k špecialistovi, najmä kód odbornosti 001 (vnútorné lekárstvo), za účelom vykonania predoperačného vyšetrenia alebo EKG, zdravotná poisťovňa poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súvislosti s predoperačným vyšetrením uhrádza iba cenou kapitácie.</p>	17,33
62a	<p><b>Cielené vyšetrenie poistenca s respiračným syndrómom pri pandémii COVID-19.</b> Ide o ciele vyšetrenie dvoch alebo viacerých orgánových systémov (cielená anamnéza, resp. anamnéza od poslednej kontroly), opis subjektívnych ťažkostí, objektívny nález, záznam nálezu, záver, vypracovanie plánu do nasledujúcej kontroly.</p> <p><u>Výkon poisťovňa akceptuje za nasledovných podmienok:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Poistenec má COVID pozitívny výsledok nie starší ako 14 dní, PCR metódou alebo pri kontakte s osobou s potvrdenou infekciou COVID metódou PCR nie staršou ako 14 dní alebo poistenec má COVID pozitívny výsledok antigénového testu nie starší ako 72 hodín.</li> <li>Poistenec má príznaky akútneho respiračného syndrómu s/bez dokázanej pozitivity na COVID-19.</li> <li>Výkon sa nevykazuje v kombináciu s iným výkonom.</li> <li>Maximálne 1 - krát týždenne na jedno rodné číslo.</li> <li><u>Výkon môžu vykazovať nasledovné odbornosti:</u> všeobecný lekár, pediater, internista, pneumoftizeológ, pediatrický pneumoftizeológ, infektológ, otorinolaryngológ, imunoalergológ</li> </ul>	20,00
159a	<p><b>Preventívne vyšetrenie na krv v stolici s použitím špecifickej imunochemickej metódy (iFOB) u poistencov starších ako 40 rokov.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti vtedy, ak ho sám uskutočnil a výkon nebol realizovaný v laboratóriu.</li> <li>Výkon sa môže vykazovať za celé preventívne vyšetrenie.</li> </ul> <p>Výsledok výkonu TOKS metódou iFOB: pozitívny</p>	12,00
159x	<p><b>Preventívne vyšetrenie na krv v stolici s použitím špecifickej imunochemickej metódy (iFOB) u poistencov starších ako 40 rokov.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti vtedy, ak poistenca poučil o dôležitosti vyšetrenia a zároveň vydal poistencovi diagnostický test.</li> </ul> <p>Výsledok výkonu TOKS metódou iFOB: nevrátený / znehodnotený test</p>	3,02
159z	<p><b>Preventívne vyšetrenie na krv v stolici s použitím špecifickej imunochemickej metódy (iFOB) u poistencov starších ako 40 rokov.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti vtedy, ak ho sám uskutočnil.</li> <li>Výkon sa môže vykazovať za celé preventívne vyšetrenie.</li> <li>Ak sa vyšetrenie vykonalo v laboratóriu, môže ho vykazovať laboratórium.</li> </ul> <p>Výsledok výkonu TOKS metódou iFOB: negatívny</p>	12,00
<p>VŠZP akceptuje výkon 159a,159x a 159z v súlade s prílohou č. 2 k zákonu č. 577/2004 Z. z. v znení neskorších. Štandardizovaný test na okultné krvácanie (TOKS) metódou POCT(i FOB) všeobecný lekár pre dospelých indikuje a vykonáva u poistencov starších ako 40 rokov.</p>		
163	<p><b>Vyšetrenie a včasné rozpoznanie hroziacej straty sebestačnosti u poistencov nad 60 rokov. (MoCA - Montrealsky kognitívny test – varianta „K“ pre Slovenskú republiku).</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Podmienkou úhrady je súčasne vyšetrenie poškodenia kognitívnych funkcií podložených zhodnotením orientácie miestom, časom, osobou a zhodnotením</li> </ul>	6,78

	<p>procesov pamäte, myslenia a rečovej expresie, ktoré sa overuje štyrmi základnými otázkami. V prípade že aspoň na jednu odpovedá poistenec nesprávne, vykoná sa vyšetrenie pomocou MoCA testu.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Výkon bude akceptovaný u poistenca nad 60 rokov.</li> <li>• Kompletne vyplnený a vyhodnotený MoCA test, podpísaný poistencom musí byť súčasťou zdravotnej dokumentácie.</li> <li>• Kompetentným zdravotníckym pracovníkom na zadanie inštrukcií k vyplneniu MoCA testu poistencom je lekár alebo sestra.</li> <li>• Kompetentným zdravotníckym pracovníkom na vyhodnotenie vyplneného MoCA testu a následného komplexného posúdenia zdravotného stavu poistenca je lekár.</li> <li>• Test sa vykazuje s diagnózou Z03.2 Pozorovanie pre podozrenie na duševné poruchy a poruchy správania, ak je výsledné skóre menej ako 26.</li> <li>• Test sa vykazuje s diagnózou Z01.88 Iné bližšie určené špeciálne vyšetrenia v prípade, ak je výsledné skóre 26 a viac.</li> <li>• V prípade ak je výsledné skóre menej ako 26 vrátane, poskytovateľ vykoná vyšetrenie TSH (v zmysle odborného usmernenia) a orientačné neurologické vyšetrenie. V prípade, že je vyšetrenie indikované, odosiela poistenca na vyšetrenie k endokrinológovi, neurológovi alebo psychiatrovi. U tohto poistenca sa test už v budúcnosti neopakuje.</li> </ul> <p>Pri hodnote 26 a viac je možné test zopakovať najskôr o dva roky.</p>	
250D	<p><b>Delegovaný odber biologického materiálu na základe písomnej žiadosti ŠAS pri návšteve poistenca v ambulancii VLD.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dodržať postup, ktorý ustanovuje Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o postupe objednávaní, vykonávaní a kontroly laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení zo dňa 10.06.2014 číslo 02032/2014-SZ v platnom znení, dodržať podmienky zdravotnej indikácie v zmysle účelného, efektívneho a hospodárneho nakladania s prostriedkami verejných zdrojov.</li> </ul>	2,00
3860	<p><b>Stanovenie hodnoty D-diméru</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pri indikácii potrebnej rýchlej ambulantnej diferenciálnej diagnostiky alebo diagnostiky a terapie na potvrdenie alebo vylúčenie tromboembolickej choroby, t.j. hlbkej žilovej trombózy a/alebo pľúcnej embólie.</li> </ul> <p><u>Vykazovanie zdravotného výkonu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• s kódmi diagnózy I26*, I80*- I83*, I87*-I 88*, I74.3, I74.8, R07.1, R07.2, R06.0,</li> <li>• s frekvenciou 1x za deň (maximálne 3x za kalendárny rok).</li> </ul> <p><u>Podmienky úhrady zdravotného výkonu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• platný doklad o nadobudnutí prístrojového vybavenia, ktorý sa predkladá poisťovni pri zazmluvnení výkonu,</li> <li>• uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v súlade s §12 zákona č. 576/2004 Z.z. s poistencom,</li> <li>• poisťovňa akceptuje iba prístrojové vybavenie disponujúce prehlásením o zhode k prístroju,</li> <li>• výkon je možné kombinovať s výkonmi 5702, 25, 26, nie je možné ho kombinovať s inými výkonmi hrađenými nad rámec kapitácie,</li> <li>• v cene výkonu je zahrnutý odber krvi, 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> <p><u>Výkon nebude akceptovaný:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pri súčasnom vyšetrení krvi v laboratóriu,</li> </ul> <p>ak poskytovateľ na požiadanie poisťovne nepredloží platný doklad o vykonanej externej kontrole kvality prístroja v súlade s odporúčaním výrobcu.</p>	8,98
4485	<p><b>Stanovenie hodnoty troponínu</b></p> <p>- pri indikácii potrebnej rýchlej ambulantnej diferenciálnej diagnostiky alebo diagnostiky a terapie na potvrdenie alebo vylúčenie diagnózy STEMI, non-STEMI a nestabilná angina pectoris.</p> <p><u>Vykazovanie zdravotného výkonu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• s kódmi diagnózy I20*, I21*, I22*, R07.1, R07.2, R06.0,</li> <li>• s frekvenciou 1x za deň (maximálne 3x za kalendárny rok).</li> </ul> <p><u>Podmienky úhrady zdravotného výkonu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• platný doklad o nadobudnutí prístrojového vybavenia, ktorý sa predkladá poisťovni pri zazmluvnení výkonu,</li> </ul>	11,60



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zazmluvnenie vykonávania EKG záznamov 12-zvodovým EKG prístrojom, ktorým disponuje ambulancia poskytovateľa,</li> <li>• uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v súlade s §12 zákona č. 576/2004 Z.z. s poisťovňou,</li> <li>• poisťovňa akceptuje iba prístrojové vybavenie disponujúce prehlásením o zhode k prístroju,</li> <li>• výkon je možné kombinovať s výkonom 5702, 25, 26, nie je možné ho kombinovať s inými výkonmi hradenými nad rámec kapitácie,</li> <li>• v cene výkonu je zahrnutý odber krvi, 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> <p><u>Výkon nebude akceptovaný:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pri súčasnom vyšetrení krvi v laboratóriu,</li> </ul> <p>ak poskytovateľ na požiadanie poisťovne nepredloží platný doklad o vykonanej externej kontrole kvality prístroja v súlade s odporúčaním výrobcu.</p>	
4571a	<p><b>Vyšetrenie C – reaktívneho proteínu.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Výkon indikuje a vykonáva PZS</li> <li>• Výkon môže byť vykázaný poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, s ktorým ma poistenec uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti</li> <li>• Výkon môže byť vykázaný s frekvenciou maximálne 1x denne na URČ</li> <li>• Cena zahŕňa náklady na odobratie biologického materiálu a vyhodnotenie výsledku CRP vyšetrenia,</li> <li>• platný doklad o zakúpení, resp. prenájme prístrojového vybavenia,</li> <li>• prehlásenie o zhode k prístroju,</li> <li>• zaznamenanie výsledku a vyhodnotenia výsledku v zdravotnej dokumentácii poistenca.</li> </ul>	5,75
44418	<p><b>Stanovenie hodnoty NT-proBNP</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pri indikácii potrebnej rýchlej ambulantnej diferenciálnej diagnostiky alebo diagnostiky a terapie na potvrdenie alebo vylúčenie diagnózy akútneho srdcového zlyhania, včasného štádia chronického srdcového zlyhávania, zhoršenia chronického srdcového zlyhávania, náhle vzniknutom dyspnoe.</li> </ul> <p><u>Vykazovanie zdravotného výkonu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• s kódmi diagnózy R06*, R07.1, R07.2, I50*,</li> <li>• s frekvenciou 1x za deň (maximálne 3x za kalendárny rok).</li> </ul> <p><u>Podmienky úhrady zdravotného výkonu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• platný doklad o nadobudnutí prístrojového vybavenia, ktorý sa predkladá poisťovni pri zazmluvnení výkonu,</li> <li>• uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v súlade s §12 zákona č. 576/2004 Z.z. s poisťovňou,</li> <li>• poisťovňa akceptuje iba prístrojové vybavenie disponujúce prehlásením o zhode k prístroju,</li> <li>• výkon je možné kombinovať s výkonom 5702, 25, 26, nie je možné ho kombinovať s inými výkonmi hradenými nad rámec kapitácie, v zdravotnej dokumentácii musí byť uvedené zdôvodnenie výkonov.</li> <li>• v cene výkonu je zahrnutý odber krvi, 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> <p><u>Výkon nebude akceptovaný:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pri súčasnom vyšetrení krvi v laboratóriu,</li> </ul> <p>ak poskytovateľ na požiadanie poisťovne nepredloží platný doklad o vykonanej externej kontrole kvality prístroja v súlade s odporúčaním výrobcu.</p>	19,78
H0003	<p><b>Iniciálne vyšetrenie poistenca s chronickým ochorením.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• diferenciálna diagnostika arteriovej hypertenzie, dyslipidémie alebo obezity v zmysle aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ na poskytovanie ambulantnej starostlivosti dospelým poistencom s arteriovou hypertenziou, dyslipidémiou alebo obezitou.</li> <li>• Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z..</li> <li>• Ak ide o poistenca, ktorý má len izolovanú obezitu (t.j. nemá arteriovú hypertenziu alebo dyslipidémiu), podmienkou úhrady je aj:</li> </ul>	15,00

	<p>BMI:</p> <p>30 – 34,99 (obezita I. stupňa) alebo 35 – 39,99 (obezita II. stupňa) alebo nad 40 (obezita III. stupňa)</p> <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vykázanie výkonu jedenkrát za kalendárny rok osobitne pre každú diagnózu po stanovení diagnostického záveru a diagnostického a liečebného plánu zdravotnej poisťovni nad rámec kapitácie výkon H0003 s príslušnou korektnou diagnózou zistenou pri vyšetrení.</li> <li>• Za iniciálne vyšetrenie sa považuje stav, keď poistenec v bezprostredne predchádzajúcich dvoch kalendárnych rokoch nebol sledovaný podľa aktuálne platnej legislatívy pre artériovú hypertenziu, dyslipidémiu alebo obezitou.</li> <li>• V cene výkonu je zahrnuté komplexné vyšetrenie poistenca, vyhodnotenie laboratórných, doplnkových a pomocných vyšetrení, odporúčenie ďalšej diagnostiky a liečby a stanovenie ďalšieho postupu v zmysle aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ SR na poskytovanie ambulantnej starostlivosti dospelým poistencom s artériovou hypertenziou, dyslipidémiou alebo obezitou.</li> <li>• 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 3 mesiace (90 dní) pred vykonaním vyšetrenia a zároveň výsledok vyšetrení dosahoval fyziologické hodnoty a nie je žiadny medicínsky predpoklad, že výsledky by mohli byť významne zmenené. V tomto prípade je lekár 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 diferencálnej diagnostiky alebo liečebného plánu.</li> <li>• 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 časový interval odporúčený podľa aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ SR, pokiaľ budú zaznamenané v zdravotnej dokumentácii.</li> <li>• 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.</li> <li>• Pokiaľ je potrebné, vzhľadom k zdravotnému stavu poistenca vykonať ďalšie doplňujúce vyšetrenia potrebné k diagnostike a liečbe poistenca s artériovou hypertenziou, dyslipidémiou alebo obezitou nad rámec aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ SR, ošetrojúci lekár zdôvodní ich vykonanie a výsledky zaznamená do zdravotnej dokumentácie poistenca.</li> </ul>	
H0004	<p><b>Kontrolné vyšetrenie poistenca s chronickým ochorením.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vykázanie výkonu s príslušnou korektnou diagnózou: <b>artériová hypertenzia, dyslipidémia a obezita</b> jedenkrát za kalendárny rok osobitne pre každú diagnózu. V prípade vyššej frekvencie návštev je ďalšia poskytnutá zdravotná starostlivosť uhrádzaná cenou kapitácie.</li> <li>• Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z..</li> <li>• Ak ide o poistenca, ktorý má len izolovanú obezitu (t.j. nemá artériovú hypertenziu alebo dislipidémiu), podmienkou úhrady je aj: BMI: 30 – 34,99 (obezita I. stupňa) alebo 35 – 39,99 (obezita II. stupňa) alebo nad 40 (obezita III. stupňa)</li> </ul> <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Za kontrolné vyšetrenie sa považuje stav, keď poistenec má diagnostikovanú artériovú hypertenziu, dyslipidémiu alebo obezitu a je v starostlivosti všeobecného lekára a zároveň nie je pre dané diagnózy trvale sledovaný a pravidelne kontrolovaný lekárom špecialistom, okrem pomocného alebo konziliárneho vyšetrenia u lekára špecialistu alebo iného PZS za účelom konzultácie alebo vykonania zobrazovacieho vyšetrenia. V prípade konfliktu (neuznania výkonu) zdravotná poisťovňa na základe reklamácie vyúčtovania poskytovateľom zdravotnej starostlivosti preverí text výmenného lístka a požiadavku VLD u poskytovateľa ŠAS.</li> </ul>	15,00

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• V cene výkonu je zahrnuté komplexné vyšetrenie poistenca, vyhodnotenie výsledkov všetkých dostupných vyšetrení, odporúčenie ďalšej liečby a stanovenie ďalšieho postupu v zmysle odborného usmernenia MZ SR na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým poistencom s artériovou hypertenziou, dyslipidémiou alebo obezitou v zmysle aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ SR.</li> <li>• 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.</li> <li>• Pokiaľ je potrebné vykonať ďalšie doplňujúce vyšetrenia potrebné k diagnostike a liečbe poistenca s artériovou hypertenziou alebo liečbou nad rámec aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ SR, ošetrojúci lekár ich urobí sám, zdôvodní ich vykonanie a výsledky do zdravotnej dokumentácie poistenca.</li> <li>• 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 3 mesiace (90 dní) pred vykonaním vyšetrenia a zároveň výsledok vyšetrení dosahoval fyziologické hodnoty a nie je žiadny medicínsky predpoklad, že výsledky by mohli byť významne zmenené. V tomto prípade je lekár 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.</li> <li>• V prípade laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení realizovaných iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti alebo realizovaných za účelom iných potrebných vyšetrení, ktorých výsledok nie starší ako 3 mesiace (90 dní) bol vo fyziologickom rozmedzí, poisťovňa ich bude akceptovať za podmienky, že neprekročili časový interval odporučený v súlade s aktuálne platnou legislatívou schválenou MZ SR, pokiaľ budú zaznamenané v zdravotnej dokumentácii.</li> </ul>	
H0005	<p><b>Cielené vyšetrenie poistenca s akútnym hypertenzným stavom.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vykázať výkon s diagnózou artériová hypertenzia maximálne 2x za kalendárny rok a súčasne je v starostlivosti všeobecného lekára a zároveň nie je pre danú diagnózu trvale sledovaný a pravidelne kontrolovaný lekárom špecialistom. V prípade vyššej frekvencie návštev je ďalšia poskytnutá zdravotná starostlivosť uhrádzaná cenou kapitácie.</li> <li>• Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z..</li> <li>• Za cielené vyšetrenie sa považuje ošetrovanie akútneho hypertenzného stavu. V rámci akútneho hypertenzného stavu je potrebné stabilizovať vitálne funkcie poistenca, vykonať opatrenia na zabránenie orgánového poškodenia, v prípade potreby zabezpečiť bezpečný transport do cieľového zdravotníckeho zariadenia.</li> <li>• V cene výkonu je zahrnuté odobratie anamnézy súvisiacej s akútnym hypertenzným stavom, vrátane orientačného neurologického vyšetrenia a medikamentózneho liečby v súlade s aktuálne platnou legislatívou schválenou na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým poistencom s artériovou hypertenziou.</li> </ul>	6,00
H0006	<p><b>Stratifikácia kardiovaskulárneho rizika.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stanovenie stratifikácie kardiovaskulárneho rizika systémom SCORE u poistencov nad 40 rokov podľa aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ SR.</li> <li>• Zdravotná poisťovňa akceptuje výkon jedenkrát za kalendárny rok k výkonu č. 160 alebo H0003 alebo H0004 s príslušnou diagnózou.</li> <li>• Podmienkou úhrady výkonu H0006 je vykázanie príslovečnej položky „dosiahnuté skóre“ v dávke 751a platného dátového rozhrania podľa Metodického usmernenia ÚDZS, ktorá je v uvedených vybraných položkách vyplnená nasledovne: v položke č. 13 –PRIPOČÍTATEĽNÁ POLOŽKA – uvedie dosiahnuté skóre v tvare: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ SKOR01 tj nízke riziko</li> <li>▪ SKOR02 ,tj stredné riziko</li> <li>▪ SKOR03, tj vysoké riziko</li> <li>▪ SKOR04 tj veľmi vysoké riziko</li> <li>▪ SKOR05 tj. extrémne vysoké riziko</li> </ul> pričom na 5. a 6. mieste položky je vyjadrenie dosiahnutého skóre.</li> <li>• Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z..</li> </ul>	5,65
H0007	<p><b>Kvantitatívne prístrojové INR vyšetrenie v ambulancii VLD.</b></p> <p>Kontrolné kvantitatívne prístrojové vyšetrenie INR z kapilárnej krvi u poistencov pri dlhodobej alebo celoživotnej antikoagulačnej liečbe.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• platný doklad o nadobudnutí prístrojového vybavenia;</li> <li>• potvrdenie o zaškolení výrobcou (dovozcom) prístroja;</li> <li>• prehlásenie o zhode k prístroju (jedná sa o registráciu prístroja na ŠÚKL);</li> </ul>	5,20

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• potvrdenie o odbornej spôsobilosti poskytovateľa (lekára) - absolvovaní kreditovaného kurzu minimálne 4 kredity v rozsahu legislatívne určených kompetencií v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo;</li> <li>• platný doklad o funkčnosti prístroja (bezpečnostno technická kontrola, kalibrácia v súlade s platnou legislatívou a odporúčaním výrobcu)</li> <li>• Poistovňa akceptuje a osobitne nad rámec kapitácie uhradza výkon vo frekvencii 1 krát za deň (maximálne 10x za kalendárny rok) u poistenca.</li> <li>• V cene výkonu je zahrnutý odber kapilárnej krvi, vyhodnotenie výsledku, návrh ďalšieho postupu, záznam o prípadnej zmene liečby, termín kontrolného vyšetrenia a poučenie poistenca.</li> <li>• Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z.</li> </ul> <p><u>Výkon nebude akceptovaný:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. pri súčasnom odbere venózneho krvi na laboratórne vyšetrenie;</li> <li>2. ak v kontrolovanom intervale (v rozpätí jedného mesiaca) bolo vyšetrenie INR vykázané zmluvným laboratóriom;</li> <li>3. ak poskytovateľ na požiadanie nepredloží platný doklad o funkčnosti prístroja.</li> </ol>	
H0008	<p><b>Stanovenie indexu ABI oscilometrickou metódou vrátane pulznej vlny.</b></p> <p>Meranie a vyhodnotenie indexu ABI oscilometrickou metódou vrátane pulznej vlny na štyroch končatinách pri včasnej diagnóze ischemickej choroby dolných končatín.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• platný doklad o zakúpení, resp. prenájme prístrojového vybavenia;</li> <li>• potvrdenie o zaškolení výrobcom (dovozcom) prístroja;</li> <li>• prehlásenie o zhode k prístroju (jedná sa o registráciu prístroja na ŠÚKL)</li> </ul> <p><u>Výkon bude akceptovaný:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. u symptomatických poistencov s podozrením na ischemickú chorobu dolných končatín (ICHDK). Indikácia k výkonu je zaznamenaná v zdravotnej dokumentácii, vrátane výsledku a ďalšej diferencijálnej diagnostiky a terapeutického plánu.</li> <li>2. u asymptomatických poistencov nad 50 rokov s minimálne jedným rizikovým faktorom (artérová hypertenzia, abnormálne EKG, diabetes mellitus, obezita s BMI nad 30, fajčiari, porucha metabolizmu lipidov, pacienti s postihnutím koronárnych alebo cerebrálnych artérií, a pod.);</li> <li>3. u všetkých poistencov nad 60 rokov.</li> </ol> <p>Bod 1 a 3 poistovňa akceptuje a osobitne nad rámec kapitácie uhradza výkon 1x za 2 roky pri vykázaní preventívnej prehliadky.</p> <p><u>Výkon nebude akceptovaný</u>, ak vyšetrenie výkonu bolo vykonané v špecializovanej ambulantnej starostlivosti alebo je poistenec dispenzarizovaný u poskytovateľa špecializovanej ambulantnej starostlivosti pri ICHDK.</p>	6,78

### 1.3.1 Pripočítateľné položky k vybraným výkonom

Názov alebo kód pripočítateľnej položky	Výkony, ku ktorým sa pripočítateľná položka môže vykázať	Podmienky úhrady pripočítateľnej položky	Cena pripočítateľnej položky v €
EDU	H0003, H0004	<p>Edukácia pacienta s artérovou hypertenziou, dyslipidémiou alebo obezitou – poučenie o úprave životného štýlu a farmakoterapie sestrou alebo lekárom.</p> <p>Vyказuje sa ako pripočítateľná položka jedenkrát za kalendárny rok osobitne pre každú z vybraných diagnóz vykazovaných k výkonom H0003 a H0004.</p> <p>Obsah edukácie určuje dokument, ktorý poistovňa uverejní na svojom webovom sídle. Podpísaním tohto dokumentu pacient potvrdí poučenie sestrou alebo lekárom a následné</p>	2,00

		pacientom popísaný dokument poskytovateľ založí do zdravotnej dokumentácie pacienta.	
FOB	159a, 159z, 159x	<p>Pozvanie poistenca na vyšetrenie krvi v stolici</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pripočítateľná položka sa vykazuje v zmysle platného MU UDZS o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou,</li> <li>- poskytovateľ kapitovaného poistenca, ktorý má nárok na preventívnu prehliadku u poskytovateľa, preukázateľne pozval a objedná na vykonanie testu (SMS, mail, list a pod.). Kópia pozvánky formou SMS, mailu alebo listu je súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca,</li> <li>- poistenec je vo veku od 40 do 70 rokov,</li> <li>- vyšetrenie je vykonané detekciou hemoglobínu v stolici (TOKS) špecifickou imunochemickou metódou (IFOB)</li> </ul>	2,00

#### 1.4. Individuálna zložka úhrady – Individuálna dodatková kapitácia

Základ pre výpočet ceny IDK		
Špecializácia	Veková skupina	Základ v €
Všeobecný lekár pre dospelých	všetky	1,30

#### 1.5. Hodnotiace parametre

Zameranie	Parameter	Kritérium splnenia	Váha	Plnenie
Poistenec	Gatekeeping	Percento ošetrovaných kapitovaných poistencov odoslaných do ambulancie špecializovanej ambulantnej starostlivosti alebo ambulancie pohotovostnej služby a urgentných príjmov neprekročí 25 %.	30%	Aplikácia vyhodnotenia s vplyvom na úhradu od 1.10.2024
		Percento ošetrovaných kapitovaných poistencov odoslaných do ambulancie špecializovanej ambulantnej starostlivosti alebo ambulancie pohotovostnej služby a urgentných príjmov je viac ako 25% a maximálne 30%.	20%	
		Percento ošetrovaných kapitovaných poistencov odoslaných do ambulancie špecializovanej ambulantnej starostlivosti alebo ambulancie pohotovostnej služby a urgentných príjmov je viac ako 30% a maximálne 35%.	10%	
	Racionálna preskripcia ATB pri vybraných diagnózach	Počet antibiotík predpísaných poistencom v ambulancii na ošetrovaného poistenca je rovný alebo pod hranicou pásma definovaným výpočtom v príslušnej referenčnej skupine ambulancií.	15%	Aplikácia vyhodnotenia s vplyvom na úhradu od 1.10.2024
	Prevenčia	Preventívna prehliadka vykonaná aspoň u takého počtu poistencov, ktorý zodpovedá priemeru v príslušnej odbornosti v hodnotenom období.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
Preventívna prehliadka vykonaná aspoň u takého počtu poistencov, ktorý zodpovedá 75% z priemeru v príslušnej odbornosti v hodnotenom období.		7%	Reálne plnenie poskytovateľa	
Elektronizácia	eNávrhy	Poskytovateľ vystavuje žiadosť o schválenie vybraných liekov, zdravotníckych pomôcok alebo kúpeľnej liečby formou eNávrhu.	10%	Reálne plnenie poskytovateľa
	eZdravie	Poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vedie zdravotnú dokumentáciu v súlade s ustanovením § 19 a nasl. Zákona č. 576/2004 Z. z. a súčasne zasiela údaje zo zdravotnej dokumentácie elektronickou formou do elektronickej zdravotnej knižky (EZK) v rozsahu § 5 Zákona č. 153/2013 Z. z.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
Dostupnosť	Ordinačný čas	Stanovenie čistého ordinačného času na aspoň 30 hodín týždenne pre každú ambulanciu. Stanovenie ordinačných hodín do 16:00 hod. aspoň jeden deň v týždni pre každú ambulanciu.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa

### 1.5.1. Doplnujúce informácie k Hodnotiacim parametrom

#### Prevenčia

Parameter Prevenčia vyjadruje, akým percentom sa na celkovom počte kapitovaných poistencov podieľali tí poistenci, ktorým bola v hodnotenom období poisťovňou uhradená preventívna prehliadka (výkon 160). Za kapitovaného poistenca sa pre potrebu vyhodnotenia parametra považuje ten poistenec, za ktorého bola poskytovateľovi v hodnotenom období uhradená kapitácia.

Hodnotené obdobie: 12 po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov.

**Príloha č. 1d  
k Zmluve č. 10NSP1000222**

**Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti**

**Časť A. Ambulantná zdravotná starostlivosť**

**Čl. I**

**Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (všeobecné ustanovenia)**

**1. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu**

Úhrada za výkony uvedené v tabuľke Cena bodu sa vypočíta ako násobok jednotkovej ceny bodu a počtu bodov daného výkonu. Počet bodov vyplýva z opatrenia Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva platného v čase poskytnutia výkonu. Pokiaľ počet bodov nevyplýva z opatrenia Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva platného v čase poskytnutia výkonu, použije sa počet bodov pre daný výkon uvedený v poslednom opatrení Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva, v ktorom bol počet bodov pre daný výkon stanovený. V prípade zmluvne dohodnutého počtu bodov, použije sa pre výpočet úhrady za daný výkon počet bodov vyplývajúci zo zmluvy.

Výkony uvedené v tabuľke Cena bodu sa vo všeobecnej ambulantnej starostlivosti a špecializovanej ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodnictvo uhrádzajú za kapitovaných poistencov a poistencov EÚ, ktorí majú nárok na úhradu zdravotnej starostlivosti v plnom rozsahu v zmysle platnej legislatívy, ak nie je v tabuľke uvedené inak.

**2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon**

Výkony uvedené v tabuľke Cena za výkon sa uhrádzajú cenou za výkon. Cena za výkon zahŕňa náklady a úhradu za zdravotnú starostlivosť poskytnutú pri danom výkone, pokiaľ nie je uvedené inak.

**3. Individuálne zložky úhrady**

Individuálnou zložkou úhrady je Individuálna pripočítateľná položka a predstavuje jednu zo zložiek úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť. Poisťovňa individuálnu zložku úhrady poskytovateľovi uhrádza vo výške, ktorá je závislá od plnenia Hodnotiacich parametrov (ďalej ako „HP“).

**3.1. Individuálna pripočítateľná položka**

Individuálnou pripočítateľnou položkou (ďalej aj ako „IPP“) sa rozumie úhrada k vybraným výkonom v špecializovanej ambulantnej starostlivosti, typ ZS 200 a 210, ktoré sú uvedené v tabuľke Základ pre výpočet ceny IPP. IPP sa vykazuje vo výške Výslednej ceny IPP ako pripočítateľná položka k vybranému výkonu v riadku, v ktorom sa vykazuje vybraný výkon, a hradí sa spolu s týmto výkonom. Pokiaľ v tejto prílohe nie je uvedené inak, v prípade, ak sa v ambulancii poskytne pacientovi v jeden deň viac vybraných výkonov, IPP sa vykazuje iba k jednému z nich v počte jeden. Výsledná cena IPP sa vypočíta ako násobok Základu pre výpočet IPP a výsledného percenta plnenia HP.

**3.2. Hodnotiace parametre**

HP ovplyvňujú výslednú cenu individuálnej zložky úhrady poskytovateľa uvedenej v bode 3.1. tohto článku. Výsledné percento plnenia HP je súčtom váh jednotlivých splnených parametrov. Kritérium pre splnenie parametra v jednotlivých typoch zdravotnej starostlivosti je uvedené v tabuľke „Hodnotiace parametre“ v článku II tejto prílohy. Pri splnení kritéria je parametru priradená uvedená váha v percentách, pri nesplnení kritéria je váha príslušného parametra 0%. Zoznam a váhy parametrov ako aj doplňujúce informácie pre jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti sú uvedené v článku II tejto prílohy.

HP vyhodnocuje poisťovňa dva krát počas kalendárneho roka nasledovným spôsobom:

#### I. vyhodnotenie

Hodnotené obdobie (od-do)		Vyhodnocovanie (od-do)		Aplikácia vyhodnotenia (od)
1.1.	30.6.	1.7.	30.9.	1.10.

#### II. vyhodnotenie

Hodnotené obdobie (od-do)		Vyhodnocovanie (od-do)		Aplikácia vyhodnotenia (od)
1.7.	31.12.	1.1.	31.3.	1.4.

Ak nie je hodnotené obdobie inak špecifikované v doplnujúcich informáciách k parametrom, vyhodnocuje sa predchádzajúci kalendárny polrok.

Každú zmenu Výsledného plnenia HP oznámi poisťovňa poskytovateľovi a to buď písomne formou listu, alebo elektronicky v ePobočke. Zmenu poisťovňa poskytovateľovi oznámi najneskôr v posledný deň mesiaca, ktorý predchádza mesiacu, od ktorého má byť zmena účinná.

HP vyhodnocuje poisťovňa u poskytovateľa za každý typ zdravotnej starostlivosti samostatne.

Metodiku a špecifiká aplikované pri výpočte jednotlivých HP zverejní poisťovňa na svojom webovom sídle.

Pri parametroch kategórie „Poistenec“ sú poskytovatelia zaradení do referenčných skupín (odbornosť a typ poskytovateľa), v ktorých sa na základe vykázananej zdravotnej starostlivosti v hodnotenom období vypočíta stredná hodnota a štandardná odchýlka, ktorá slúži na určenie horného resp. dolného pásma pre účely vyhodnotenia plnenia príslušného parametra.

Splnenie parametra Dostupnosť poskytovateľ dokladuje poisťovni vyplnením formulára „Čistý ordinačný čas a zoznam lekárov na ambulancii“, ktorý je zverejnený na webovej stránke poisťovne (ďalej ako: „formulár“). Formulár musí byť v súlade s ordinačnými hodinami, ktoré schválil príslušný samosprávny kraj. Dokladovaním sa rozumie zaslanie formulára príslušnej pobočke poisťovni elektronickou formou. Splnenie parametra Dostupnosť poisťovňa vyhodnotí na základe podkladov doručených poskytovateľom podľa predchádzajúcej vety a to k prvému dňu kalendárneho polroka, v ktorom realizuje vyhodnotenie HP.



**ČI. II**  
**Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (ceny)**

**1. Špecializovaná ambulánna starostlivosť (typ ZS 200) – vrátane ÚPS**

**1.1. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu**

Cena bodu			
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Počet bodov	Cena bodu v €
-	výkony z I. časti Zoznamu výkonov <i>(v prípade, že v tejto tabuľke nie je uvedené inak)</i>	-	0,03466
-	Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ).	-	0,009159
-	Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) vykonávané prístrojovou technikou ULTRAZVUK – USG a FUNKČNÁ DIAGNOSTIKA.	-	0,009574
1b	<p><b>Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty, telefonicky alebo SMS.</b>  <u>Konzultácia s poistencom prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky obsahuje:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cielenú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom alebo k psychickej poruche popis subjektívnych ťažkostí,</li> <li>• diagnostický záver,</li> <li>• v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplývajú z konzultácie ohľadom zdravotného stavu,</li> <li>• v prípade potreby záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti,</li> <li>• poskytnutie informácií poistencovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane nefarmakologickej a farmakologickej terapie.</li> </ul> <p><u>Vykazovanie zdravotného výkonu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia poistenca,</li> <li>• súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj o realizácii, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti,</li> <li>• vyhotovenie záznamu v eZdravie,</li> <li>• výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi,</li> <li>• výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie poistenca,</li> </ul> <p><u>Povolená frekvencia akceptovania zdravotného výkonu:</u> 1-krát za deň a maximálne 3-krát za kalendárny mesiac na jedného poistenca.</p>	160	0,0350
1c	<p><b>Krízová psychoterapeutická intervencia alebo individuálna psychoterapia alebo psychodiagnostický rozhovor prostredníctvom elektronickej komunikácie.</b>  <u>Popis zdravotného výkonu (ďalej len „výkon“):</u>                      Krízová psychoterapeutická intervencia s pacientom telefonicky, alebo prostredníctvom elektronickej pošty, alebo webovej aplikácie, alebo videohovoru obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cielenú anamnézu/heteroanamnézu,</li> <li>• popis subjektívnych ťažkostí,</li> <li>• krízovú psychoterapeutickú intervenciu ako okamžité opatrenie pri akútnej psychickej dekompenzácii (napríklad pokus o samovraždu),</li> <li>• diagnostický záver,</li> <li>• poučenie o psychohygiene,</li> <li>• v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/zdravotníckych pomôcok,</li> </ul>	1000	0,0350

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára,</li> <li>• individuálna psychoterapia (trvanie najmenej 50 minút)</li> <li>• rozhovor so súčasným zisťovaním biografickej anamnézy na psychoterapeutické účely, s písomným záznamom vrátane rady pacientovi (trvanie najmenej 20 minút)</li> <li>• poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie.</li> </ul> <p><u>Vykazovanie výkonu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez osobnej prítomnosti pacienta,</li> <li>• zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii,</li> <li>• súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj o realizácii, popis zdravotného výkonu v trvaní najmenej 45 minút, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára,</li> <li>• vyhotovenie záznamu v eZdravie,</li> <li>• výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi,</li> <li>• výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta,</li> <li>• výkon sa vykazuje samostatne, najviac 1x za deň na jedného pacienta,</li> <li>• opakované vykávanie v jednom liečebnom prípade vyžaduje osobitné zdôvodnenie v zdravotnej dokumentácii.</li> <li>• Výkon sa vykazuje v odbornosti: psychiatria, detská psychiatria, gerontopsychiatria a klinická psychológia</li> </ul>		
4a	<p><b>Vykonanie jednoduchého zdravotného výkonu.</b>  <b>Charakteristika zdravotného výkonu:</b>  napríklad kontrola krvného tlaku pri liečení hypertenzie, odstránenie stehov, lokálne ošetrovanie podnebných mandlí, aplikácia liečiv, napríklad do vonkajšieho zvukovodu a podobne.</p> <p>Výkon je možné vykázať pri kontrole selfmonnitoringu glykémie a pri manipulácii s močom. Neakceptuje sa ako vypísanie žiadanky, receptu, zhodnotenie výsledkov. Vykazuje sa samostatne.</p> <p><u>Povolená frekvencia akceptovania zdravotného výkonu:</u>  1 x za deň, max. 2 x za 6 mesiacov.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>zdravotný výkon vykonáva diabetológ, pediatričný endokrinológ</b></li> </ul>	80	0,03466
11a	<p><b>Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor).</b>  <b>Charakteristika zdravotného výkonu:</b>  Konzultácia s poistencom prostredníctvom elektronickej komunikácie (webová aplikácia, videohovor) v online prostredí, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie.</p> <p><u>Konzultácia s pacientom obsahuje:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ciele anamnézu a popis subjektívnych ťažkostí,</li> <li>• zhodnotenie výsledkov</li> <li>• v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP a vypísania žiadaniek</li> <li>• poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým a liečebným postupom</li> <li>• poučenie poistenca</li> <li>• určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení-návštevy iného lekára.</li> </ul> <p><u>Vykazovanie zdravotného výkonu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta a zaznamená sa v zdravotnej dokumentácii</li> </ul>	210	0,0350

	<ul style="list-style-type: none"> <li>súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj o realizácii, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporúčení návštevy iného lekára,</li> <li>vyhotovenie záznamu v eZdravie,</li> <li>výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi,</li> <li>výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta,</li> <li>výkon sa vykazuje najviac 1x za deň na jedného poistenca.</li> </ul>		
15d	<p><b>Zhodnotenie rtg. dokumentácie.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Zhodnotenie nie je vykonané pracoviskom RTG.</li> <li>Vrátane popisu v zdravotnej dokumentácii.</li> </ul> <p><b>Výkon môžu vykazovať odbornosti:</b> chirurgia, traumatológia, ortopédia, pneumológia, otorinolaryngológia, reumatológia, neurológia, kardiológia a všetky odbornosti uvedené v tomto bode s prívlastkom pediatrika.</p>	150	0,0260
40	<p><b>Zotrvávanie pri pacientovi môže vykazovať ošetrojúci lekár za prvú skončenú polhodinu a za každú ďalšiu začatú polhodinu zotrývania pri pacientovi.</b></p> <p><b>Podmienky úhrady pre odbornosť 040:</b></p> <p>Výkon 40 sa akceptuje pri podávaní biologickej liečby, substitučnej liečby imunoglobulínmi, a pri zahájení alergénovej imunoterapie. Nutný zápis času podania a časového intervalu sledovania v ZD pacienta.</p>	200	0,03466
40	<p><b>Zotrvávanie pri pacientovi môže vykazovať ošetrojúci lekár za prvú skončenú polhodinu a za každú ďalšiu začatú polhodinu zotrývania pri pacientovi.</b></p> <p><b>Podmienky úhrady pre odbornosť 003, 156:</b></p> <p>Výkon 40 sa akceptuje pri podávaní biologickej liečby. Nutný zápis času podania a časového intervalu sledovania v ZD pacienta.</p>	200	0,03466
60	<p><b>Komplexné vyšetrenie pacienta:</b> kompletná anamnéza, vyšetrenie všetkých orgánových systémov, založenie zdravotnej dokumentácie, zhodnotenie výsledkov vyšetrení, diagnostický záver, liečebný plán a/alebo zaradenie do dispenzárnej starostlivosti, odoslanie pacienta na ďalšie laboratórne, prístrojové alebo odborné vyšetrenia -vypísanie žiadaniek, poučenie pacienta, vypísanie receptov a lekárskej správy, ak vyšetrenie trvá dlhšie ako 30 minút.</p> <p><b>Pre odbornosti:</b> neurológia, pediatrika neurológia, pediatrika gastroenterológia, vnútorné lekárstvo a geriatra</p>	500	0,03466
60a	<p><b>Komplexné predoperačné vyšetrenie</b> vrátane odberov krvi, zhodnotenia laboratórných a prístrojových vyšetrení. Komplexné predoperačné vyšetrenie pre endokrinologické operačné dg., vrátane zhodnotenia výsledkov laboratórných a prístrojových vyšetrení.</p> <p><b>Výkon sa vykazuje s príslušnou diagnózou operačného výkonu v súvislosti s edokrinologickým ochorením.</b></p> <p>Povolená kombinácia s výkonmi 15c a 603A alebo 5702; 250x a/alebo 3525 alebo 3526, 3592 (pokiaľ SVLZ vyšetrenia nerealizovalo SVLZ pracovisko)</p> <p>Zakázaná kombinácia s výkonmi 60; 62; 63; 1; IPP*; 15a; 15b; 1b; 70; 11a</p> <p>1x deň na 1 URČ; 1x pri jednej operácii (opakovane len v odôvodnených prípadoch)</p> <p>Súčasťou výkonu je aj kompletná lekárska správa.</p> <p><b>Výkon môže vykázat:</b> endokrinológ, pediatrika endokrinológ ak pacienta indikoval na operačný výkon.</p>	500	0,03466
62	<p><b>Cielené vyšetrenie dvoch alebo viacerých orgánových systémov</b> alebo dispenzárna kontrola (cielená anamnéza, resp. anamnéza od poslednej kontroly), popis subjektívnych obtiaží, objektívny nález, zhodnotenie výsledkov, vypísanie správy, záver, vypracovanie plánu do nasledujúcej kontroly. Poučenie o diéte a životospráve a predvolanie na vyšetrenie je súčasťou výkonu, ak vyšetrenie trvá dlhšie ako 20 minút.</p>	310	0,03466

	<b>Pre odbornosti:</b> neurológia, pediatričná neurológia, pediatričná gastroenterológia, vnútorné lekárstvo a geriatria	400	
63	<b>Dôkladné vyšetrenie jedného orgánového systému alebo kontrolné vyšetrenie vrátane rád a dokumentácie.</b>	250	0,03466
	<b>Pre odbornosti:</b> neurológia, pediatričná neurológia, pediatričná gastroenterológia, vnútorné lekárstvo a geriatria	310	
65	<b>Príplatok pri sťaženom výkone.</b> Pri výkonoch pod kódmi 61, 62, 63 a pri výkonoch v rádiológii a v rádioterapii. <b>Pre odbornosti:</b> 001, 002, 003, 004, 005, 007, 010, 015, 017, 027, 040, 048, 050, 063, 064, 104, 105, 107, 108, 109, 114, 140, 145, 153, 154, 155, 156, 163, 323, 329, 331, 335, 336, 341 akceptované ako príplatok u dieťaťa do veku desiatich rokov.	200	0,03466
66	<b>Príplatok pri sťaženom výkone.</b> Pri výkone pod kódom 60. <b>Pre odbornosti:</b> 001, 002, 003, 004, 005, 007, 010, 015, 017, 027, 040, 048, 050, 063, 064, 104, 105, 107, 108, 109, 114, 140, 145, 153, 154, 155, 156, 163, 323, 329, 331, 335, 336, 341 akceptované ako príplatok u dieťaťa do veku desiatich rokov.	320	0,03466
67	<b>Príplatok pri sťaženom výkone.</b> Príplatok u dieťaťa do veku piatich rokov pri výkonoch - odber krvi, injekcie, infúzie, transfúzie, infiltrácie, implantácie, odobratie sterov, punkcie a pri výkone očkovania. <b>Príplatok u dieťaťa do veku desiatich rokov pre odbornosti:</b> 001, 002, 003, 004, 005, 007, 010, 015, 017, 040, 048, 050, 063, 064, 104, 105, 107, 108, 109, 114, 140, 145, 153, 154, 155, 156, 163, 323, 329, 331, 335, 336, 341 pri výkonoch - odber krvi, injekcie, infúzie, transfúzie, infiltrácie, implantácie, odobratie sterov, punkcie a pri výkone očkovania.	200	0,03466
70	<b>Opätovné lekárske vystavenie receptov a/alebo poukazov na základe požiadavky poistenca prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefónu.</b> <u>Charakteristika zdravotného výkonu:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronickou formou na lieky/zdravotnicke pomôcky/dietetické potraviny, ktoré poistenec užíva minimálne jeden mesiac, a nebola realizovaná zmena dávkovania lieku lebo liekovej formy lieku</li> </ul> <u>Vykazovanie zdravotného výkonu:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia poistenca,</li> <li>súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj o realizácii,</li> <li>vyhotovenie záznamu v eZdravie,</li> <li>údaj, kedy bol recept/lekársky poukaz vypísaný,</li> <li>údaj o predpise lieku/zdravotnickej pomôcky/dietetickej potraviny poistencovi prostredníctvom elektronickej služby,</li> <li>výkon sa vzťahuje na jedného poistenca bez ohľadu na počet liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín, ktoré boli poistencovi predpísané formou receptu/lekárskeho poukazu alebo formou jednorazového elektronickeho predpisu (t. j. za týchto podmienok sa výkon vykazuje najviac v počte 1x za deň na jedného poistenca),</li> <li>výkon sa vykazuje samostatne za každý vystavený recept a/alebo poukaz, ak ide o elektronicke predpis liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín typu opakovaný recept (preskripčný záznam s poznámkou „REPETATUR“),</li> <li>výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi.</li> </ul> <u>Povolená frekvencia akceptovania zdravotného výkonu:</u> 2-krát za kalendárny mesiac na jedného poistenca.	40	0,0350
158	<b>Preventívna urologická prehliadka u mužov od 50. roku veku.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Výkon sa vykazuje v odbornosti 012 s diagnózou Z12.5.</li> </ul> <b>Frekvencia výkonu</b> – raz za 3 roky.	390	0,0800

158A	<b>Preventívna urologická prehliadka u mužov od 40. roku veku s výskytom karcinómu prostaty v prvostupňovom príbuzenstve.</b> • Výkon sa vykazuje v odbornosti 012 s diagnózou Z12.5. <u>Frekvencia výkonu</u> – raz za 3 roky.	390	0,0800
158B	<b>Preventívna urologická prehliadka u mužov nad 40 rokov veku s hodnotami PSA <math>\leq 1,0</math> ng/ ml v prípade výskytu karcinómu prostaty v prvostupňovom príbuzenstve.</b> • Výkon sa vykazuje v odbornosti 012 s diagnózou Z12.5 <u>Frekvencia výkonu</u> – raz za 3 roky.	390	0,0800
158C	<b>Preventívna urologická prehliadka u mužov nad 40 rokov veku s hodnotami PSA 1,1 ng/ ml - 2,5 ng/ ml v prípade výskytu karcinómu prostaty v prvostupňovom príbuzenstve.</b> • Výkon sa vykazuje v odbornosti 012 s diagnózou Z12.5. <u>Frekvencia výkonu</u> – raz za 2 roky.	390	0,0800
158D	<b>Preventívna urologická prehliadka u mužov nad 40 rokov veku s hodnotami PSA 2,6 ng/ ml - 4,0 ng/ ml v prípade výskytu karcinómu prostaty v prvostupňovom príbuzenstve.</b> • Výkon sa vykazuje v odbornosti 012 s diagnózou Z12.5. <u>Frekvencia výkonu</u> – raz za 1 rok.	390	0,0800
200	<b>Obväz s výnimkou rýchlych obväzov a sprejov, očných a ušných klapiek, trojuholníkových šatiek, hotových náplastí alebo hotových kravatových obväzov na rany.</b> <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> chirurgia	80	0,03466
260a	<b>Zavedenie katétra do periférnej cievy.</b> Neakceptuje sa v kombinácii s výkonmi 253, 271, 272 pri jednorazovom podaní lieku. Nevykazuje sa s výkonom 261 pri jednorazovom podaní liečiva ani pri podaní kontrastnej látky pred vyšetrením CT alebo MR. Nemôže sa kombinovať s výkonom 260. <u>Vykazuje sa 1 x za tri dni pri infúznej liečbe trvajúcej niekoľko po sebe nasledujúcich dní.</u> <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> neurológia.	150	0,03466
360	<b>Digitálne vyšetrenie konečníka, prípadne aj prostaty.</b> <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatrika gastroenterológia, hepatológia a výživa	180	0,03466
361	<b>Proktoskopia.</b> <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatrika gastroenterológia, hepatológia a výživa	360	0,03466
363	<b>Digitálne vyprázdnenie konečníka.</b> <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatrika gastroenterológia, hepatológia a výživa	480	0,03466
364	<b>Repozícia análneho slizničného prolapsu.</b> <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatrika gastroenterológia, hepatológia a výživa	240	0,03466
365	<b>Repozícia prietrže konečníka.</b> <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatrika gastroenterológia, hepatológia a výživa	660	0,03466
366	<b>Nekrvavé rozšírenie sfinktera konečníka.</b> <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatrika gastroenterológia, hepatológia a výživa	600	0,03466
367	<b>Odstránenie cudzích telies z konečníka.</b> <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatrika gastroenterológia, hepatológia a výživa	600	0,03466
401	<b>Povrchová anestézia orofaryngu alebo hltana, alebo hrtana a (alebo) bronchiálnej oblasti.</b> Výkon možno vykázat pri endoskopických výkonoch v hornom gastrointestinálnom trakte. <u>Podmienky úhrady aj pre odbornosť:</u> gastroenterológia a pediatrika gastroenterológia, hepatológia a výživa	100	0,03466

735	<b>Bužirovanie pažeráka, za jedno ošetrenie.</b> <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatrická gastroenterológia, hepatológia a výživa	1500	0,03466
736	<b>Pažeráková manometria.</b> <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatrická gastroenterológia, hepatológia a výživa	1800	0,03466
737	<b>Liečba roztahovaním spodného zvierača pažeráka (rozširovanie kardie), za jedno ošetrenie.</b> <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatrická gastroenterológia, hepatológia a výživa	1800	0,03466
740	<b>Ezofagoskopia, prípadne aj probatórna excízia a (alebo) punkcia.</b> <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatrická gastroenterológia, hepatológia a výživa	2840	0,03466
741	<b>Gastroskopia a/alebo parciálne vyšetrenie dvanástnika, prípadne aj ezofagoskopia, probatórna excízia, punkcia</b> <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatrická gastroenterológia, hepatológia a výživa	4940	0,03466
745	<b>Odstránenie cudzieho telesa z pažeráka, žalúdka alebo dvanástnika.</b> <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatrická gastroenterológia, hepatológia a výživa	4040	0,03466
745A	<b>Ošetrenie krvácajúceho vredu.</b> <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatrická gastroenterológia, hepatológia a výživa	1200	0,03466
745B	<b>Ošetrenie krvácajúceho vredu pomocou hemoklipov.</b> <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatrická gastroenterológia, hepatológia a výživa	2540	0,03466
746	<b>Endoskopická sklerotizácia varixov alebo ulcerácií v oblasti horného gastrointestinálneho traktu, za jedno ošetrenie.</b> <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatrická gastroenterológia, hepatológia a výživa	5840	0,03466
755	<b>Rektoskopia, prípadne aj excízia tkaniva a (alebo) punkcia.</b> <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatrická gastroenterológia, hepatológia a výživa	2240	0,03466
756	<b>Parciálna sigmoidoskopia flexibilným nástrojom vrátane rektoskopie, prípadne aj odobratie biptickej vzorky a (alebo) punkcia.</b> <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatrická gastroenterológia, hepatológia a výživa	4340	0,03466
760	<b>Endoskopické vyšetrenie v oblasti colon descendens spolu so sigmoidoskopiou, s rektoskopiou, v prípade potreby aj s biopsiou a (alebo) punkciou vrátane kontroly polohy endoskopu.</b> <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatrická gastroenterológia, hepatológia a výživa	5840	0,03466
761	<b>Endoskopické vyšetrenie v oblasti colon transversum vrátane výkonu pod kódom 760, v prípade potreby aj s biopsiou a (alebo) kontrolou polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy.</b> <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatrická gastroenterológia, hepatológia a výživa	7340	0,03466
762	<b>Endoskopické vyšetrenie v oblasti colon ascendeňs vrátane výkonu pod kódom 761, v prípade potreby aj s biopsiou a (alebo) punkciou a kontrolou polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy.</b> <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatrická gastroenterológia, hepatológia a výživa	8840	0,03466

763	<p><b>Endoskopické vyšetrenie céka vrátane výkonu pod kódom 762, v prípade potreby aj s biopsiou a (alebo) punkciou a kontrolou polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy.</b></p> <p><u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatričná gastroenterológia, hepatológia a výživa</p>	10340	0,03466
763a	<p><b>Endoskopické vyšetrenie céka a (alebo) terminálneho ilea vrátane výkonu pod kódom 762, v prípade potreby aj s biopsiou a (alebo) punkciou a kontrolou polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy.</b></p> <p><u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatričná gastroenterológia, hepatológia a výživa</p>	11838	0,03466
763P	<b>Preventívna prehliadka konečníka a hrubého čreva kolonoskopom.</b>	-	0,049
763M		-	0,049
765p	<p><b>Odstránenie jedného polypu pomocou vysokofrekvenčnej elektrickej slučky (elektrických klieští - hot biopsy) – preventívny výkon.</b></p> <p>Výkon sa vykazuje s diagnózou Z12.1</p>	946	0,03466
760sp	<p><b>Parciálna skriningová kolonoskopia (SK) endoskopické vyšetrenie v oblasti colon descendens spolu so sigmoidoskopiou, rektoskopiou, v prípade potreby aj s biopsiou a/alebo punkciou vrátane kontroly polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preventívny výkon.</li> <li>• Výsledok kontroly – pozitívny.</li> <li>• Frekvencia výkonu raz za 10 rokov.</li> <li>• Výkon sa poskytuje 50 a viac ročným poistencom.</li> <li>• Výkon sa vykazuje s diagnózou Z12.1.</li> </ul> <p><u>Výkon môžu vykazovať špecialisti v odbornosti 001, 010 a 048, ktorí majú certifikát v certifikovanej činnosti diagnostická a intervenčná kolonoskopia a pracujú na endoskopických pracoviskách zaradených do skriningu kolorektálneho karcinómu, zoznam ktorých je zverejnený na webovej stránke ministerstva zdravotníctva SR.</u></p>	1500	0,049
760sn	<p><b>Parciálna skriningová kolonoskopia (SK) (endoskopické vyšetrenie v oblasti colon descendens spolu so sigmoidoskopiou, rektoskopiou, v prípade potreby aj s biopsiou a/alebo punkciou vrátane kontroly polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy).</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preventívny výkon.</li> <li>• Výsledok kontroly – negatívny</li> <li>• Frekvencia výkonu raz za 10 rokov.</li> <li>• Výkon sa poskytuje 50 a viac ročným poistencom.</li> <li>• Výkon sa vykazuje s diagnózou Z12.1.</li> </ul> <p><u>Výkon môžu vykazovať špecialisti v odbornosti 001, 010 a 048, ktorí majú certifikát v certifikovanej činnosti diagnostická a intervenčná kolonoskopia a pracujú na endoskopických pracoviskách zaradených do skriningu kolorektálneho karcinómu, zoznam ktorých je zverejnený na webovej stránke ministerstva zdravotníctva SR.</u></p>	1500	0,049
760pp	<p><b>Parciálna primárna skriningová kolonoskopia (PSK) (endoskopické vyšetrenie v oblasti colon descendens spolu so sigmoidoskopiou, rektoskopiou, v prípade potreby aj s biopsiou a/alebo punkciou vrátane kontroly polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy).</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preventívny výkon.</li> <li>• Výsledok kontroly – pozitívny</li> <li>• Frekvencia výkonu raz za 10 rokov.</li> <li>• Výkon sa poskytuje 50 a viac ročným poistencom.</li> <li>• Výkon sa vykazuje s diagnózou Z12.1.</li> <li>• <u>Výkon môžu vykazovať špecialisti v odbornosti 001, 010 a 048, ktorí majú certifikát v certifikovanej činnosti diagnostická a intervenčná kolonoskopia a pracujú na endoskopických pracoviskách zaradených do skriningu kolorektálneho</u></li> </ul>	1500	0,049

	<p>karcinómu, zoznam ktorých je zverejnený na webovej stránke ministerstva zdravotníctva SR.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Predloženie certifikátu v certifikovanej pracovnej činnosti diagnostická a intervenčná kolonoskopia.</li> </ul>		
760pn	<p><b>Parciálna primárna skriningová kolonoskopia (PSK) (endoskopické vyšetrenie v oblasti colon descendens spolu so sigmoidoskopiou, rektoskopiou, v prípade potreby aj s biopsiou a/alebo punkciou vrátane kontroly polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy).</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preventívny výkon.</li> <li>• Výsledok kontroly – negatívny.</li> <li>• Frekvencia výkonu raz za 10 rokov.</li> <li>• Výkon sa poskytuje 50 a viac ročným poistencom.</li> <li>• Výkon sa vykazuje s diagnózou Z12.1.</li> <li>• <u>Výkon môžu vykazovať špecialisti v odbornosti 001, 010 a 048, ktorí majú certifikát v certifikovanej činnosti diagnostická a intervenčná kolonoskopia a pracujú na endoskopických pracoviskách zaradených do skriningu kolorektálneho karcinómu, zoznam ktorých je zverejnený na webovej stránke ministerstva zdravotníctva SR.</u></li> </ul>	1500	0,049
763sp	<p><b>Totálna skriningová kolonoskopia (SK) (endoskopické vyšetrenie počnúc rektoskopiou po vyšetrenie céka vrátane, v prípade potreby aj s biopsiou a/alebo punkciou vrátane kontroly polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy).</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preventívny výkon.</li> <li>• Výsledok kontroly – pozitívny</li> <li>• Frekvencia výkonu raz za 10 rokov.</li> <li>• Výkon sa poskytuje 50 a viac ročným poistencom.</li> <li>• Výkon sa vykazuje s diagnózou Z12.1.</li> <li>• <u>Výkon môžu vykazovať špecialisti v odbornosti 001, 010 a 048, ktorí majú certifikát v certifikovanej činnosti diagnostická a intervenčná kolonoskopia a pracujú na endoskopických pracoviskách zaradených do skriningu kolorektálneho karcinómu, zoznam ktorých je zverejnený na webovej stránke ministerstva zdravotníctva SR.</u></li> </ul>	3000	0,049
763sn	<p><b>Totálna skriningová kolonoskopia (SK) (endoskopické vyšetrenie počnúc rektoskopiou po vyšetrenie céka vrátane, v prípade potreby aj s biopsiou a/alebo punkciou vrátane kontroly polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy).</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preventívny výkon.</li> <li>• Výsledok kontroly – negatívny</li> <li>• Frekvencia výkonu raz za 10 rokov.</li> <li>• Výkon sa poskytuje 50 a viac ročným poistencom.</li> <li>• Výkon sa vykazuje s diagnózou Z12.1.</li> <li>• <u>Výkon môžu vykazovať špecialisti v odbornosti 001, 010 a 048, ktorí majú certifikát v certifikovanej činnosti diagnostická a intervenčná kolonoskopia a pracujú na endoskopických pracoviskách zaradených do skriningu kolorektálneho karcinómu, zoznam ktorých je zverejnený na webovej stránke ministerstva zdravotníctva SR.</u></li> </ul>	3000	0,049
763pp	<p><b>Totálna primárna skriningová kolonoskopia (PSK) (endoskopické vyšetrenie počnúc rektoskopiou po vyšetrenie céka vrátane, v prípade potreby aj s biopsiou a/alebo punkciou vrátane kontroly polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy).</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preventívny výkon.</li> <li>• Výsledok kontroly – pozitívny.</li> <li>• Frekvencia výkonu raz za 10 rokov.</li> <li>• Výkon sa poskytuje 50 a viac ročným poistencom.</li> <li>• Výkon sa vykazuje s diagnózou Z12.1.</li> <li>• <u>Výkon môžu vykazovať špecialisti v odbornosti 001, 010 a 048, ktorí majú certifikát v certifikovanej činnosti diagnostická a intervenčná kolonoskopia a pracujú na endoskopických pracoviskách zaradených do skriningu kolorektálneho karcinómu, zoznam ktorých je zverejnený na webovej stránke ministerstva zdravotníctva SR.</u></li> </ul>	3000	0,049



763pn	<p><b>Totálna primárna skriningová kolonoskopia (PSK) (endoskopické vyšetrenie počnúc rektoskopiou po vyšetrenie céka vrátane, v prípade potreby aj s biopsiou a/alebo punkciou vrátane kontroly polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy).</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preventívny výkon.</li> <li>• Výsledok kontroly – negatívny</li> <li>• Frekvencia výkonu raz za 10 rokov.</li> <li>• Výkon sa poskytuje 50 a viac ročným poistencom.</li> <li>• Výkon sa vykazuje s diagnózou Z12.1.</li> <li>• Výkon môžu vykazovať špecialisti v odbornosti 001, 010 a 048, ktorí majú certifikát v certifikovanej činnosti diagnostická a intervenčná kolonoskopia a pracujú na endoskopických pracoviskách zaradených do skriningu kolorektálneho karcinómu, zoznam ktorých je zverejnený na webovej stránke ministerstva zdravotníctva SR.</li> </ul>	3000	0,049
802	<p><b>Elektroencefalografické vyšetrenie vrátane prípadných provokácií.</b>  <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> neurológia.</p>	750	0,03466
	<p><u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatričná neurológia.</p>	1500	0,03466
803	<p><b>Elektroencefalografické vyšetrenie dieťaťa do skončeného ôsmeho roku života vrátane prípadných provokácií.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Výkon zahŕňa aj vyhodnotenie a popis.</li> </ul> <p><u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> neurológia.</p>	900	0,03466
	<p><u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatričná neurológia.</p>	1800	0,03466
804	<p><b>Elektroencefalografické vyšetrenie po fáze bdenia, prípadne po odvrátení spánku po provokáciách.</b>  <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> neurológia.</p>	900	0,03466
	<p><u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatričná neurológia.</p>	1800	0,03466
813	<p><b>Príplatok k výkonu č. 802 za simultánne elektroencefalografické monitorovanie</b>  <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> neurológia</p>	60	0,03466
	<p><u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatričná neurológia.</p>	120	0,03466
819d	<p><b>Vertebrologické vyšetrenie vrátane poučenia a manipulácie (opakovane), mobilita eventuálne zvodová anestéza.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Výkon možno vykazovať v prípade komplexného vertebrologického vyšetrenia pri vertebrogénnych ochoreniach.</li> <li>• Výkon sa môže vykazovať v odbornosti neurológia.</li> <li>• Podmienkou úhrady je zápis vyšetrenia v zdravotnej dokumentácii pacienta.</li> <li>• Výkon sa môže vykazovať s výkonom č. 62 a 63 v prípade, ak je potrebné komplexné vertebrologické vyšetrenie.</li> </ul> <p><u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> neurológia.</p>	600	0,03466
	<p><u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatričná neurológia.</p>	1200	0,03466
820	<p><b>Prvé komplexné psychiatrické vyšetrenie pacienta</b>  <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> psychiatria, detská psychiatria medicína drogových závislostí, gerontopsychiatria, psychiatrická sexuológia, neuropsychiatria</p>	950	0,03466
821	<p><b>Podrobné psychiatrické vyšetrenie pred zahájením liečby</b>  <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> psychiatria, detská psychiatria medicína drogových závislostí, gerontopsychiatria, psychiatrická sexuológia, neuropsychiatria</p>	890	0,03466
822	<p><b>Kontrolné psychiatrické vyšetrenie vrátane rád a dokumentácie.</b></p>	360	0,03466

	<u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> psychiatria, detská psychiatria medicína drogových závislosti, gerontopsychiatria, psychiatrická sexuológia, neuropsychiatria		
825	<b>Kontrolné vyšetrenie a dispenzárna starostlivosť, vrátane rád a dokumentácie.</b> <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> psychiatria, detská psychiatria medicína drogových závislosti, gerontopsychiatria, psychiatrická sexuológia, neuropsychiatria	470	0,03466
826	<b>Kontrolné psychiatrické vyšetrenie s liečbou psychopatologicky definovaného chorobného stavu ako okamžité opatrenie pri akútnej psychickej dekompenzácii (pokus o samovraždu) vrátane verbálnej intervencie vzťahujúcej sa na príslušný syndróm.</b> <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> psychiatria, detská psychiatria medicína drogových závislosti, psychiatrická sexuológia, neuropsychiatria	750	0,03466
841	<b>Zisťovanie celkového psychiatrického stavu dieťaťa alebo mladistvého</b> <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> psychiatria, detská psychiatria medicína drogových závislosti, psychiatrická sexuológia, neuropsychiatria	2130	0,03466
847	<b>Podporné vedenie osoby</b> <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> psychiatria, detská psychiatria medicína drogových závislosti, gerontopsychiatria, psychiatrická sexuológia, neuropsychiatria	610	0,03466
904	<b>Odstránenie a (alebo) následné ošetrovanie do piatich plantárnych, dlaňových alebo paraunguálnych bradavíc alebo porovnateľných kožných zmien.</b> <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> dermatovenerológia a detská dermatovenerológia	140	0,03466
916	<b>Ošetrovanie dermatóz na hlave vrátane čistenia kože.</b> <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> dermatovenerológia a detská dermatovenerológia	220	0,03466
917	<b>Ošetrovanie dermatóz na krku vrátane čistenia kože.</b> <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> dermatovenerológia a detská dermatovenerológia	220	0,03466
918	<b>Ošetrovanie dermatóz na jednej končatine vrátane čistenia kože.</b> <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> dermatovenerológia a detská dermatovenerológia	220	0,03466
919	<b>Ošetrovanie dermatóz na trupe vrátane čistenia kože.</b> <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> dermatovenerológia a detská dermatovenerológia	250	0,03466
941	<b>Špeciálne kožné vyšetrenia</b> <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> dermatovenerológia a detská dermatovenerológia	130	0,03466
944	<b>Vyšetrenie prekanceróz a nádorov pomocou dermatoskopu, prípadne operačným mikroskopom</b> <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> dermatovenerológia a detská dermatovenerológia	165	0,03466
945	<b>Vyšetrenie Woodovou lampou.</b> <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> dermatovenerológia a detská dermatovenerológia	55	0,03466
1240	<b>Vyšetrenie štrbinovou lampou: predného a (alebo) stredného segmentu oka, vyšetrenie predného segmentu fluoresceínom.</b> <u>Podmienky akceptovania pre odbornosť:</u> 015, 336: Výkon možno vykázat maximálne 2 krát za deň na poistenca.	70	0,03466
1246	<b>Oftalmoskopia - vyšetrenie očného pozadia oftalmoskopom.</b> <u>Podmienky akceptovania pre odbornosť:</u> 015, 336: Výkon možno vykázat maximálne 2 krát za deň na poistenca.	120	0,03466
1251	<b>Diferenciácia a lokalizácia zmien sietnice panfundoskopom a vyšetrenie nepriamym oftalmoskopom.</b>	270	0,03466

	<u>Podmienky akceptovania pre odbornosť:</u> 015, 336: Výkon možno vykázat maximálne 2 krát za deň na poisťovňa.		
1266	<b>Pachymetria rohovky.</b> Meranie hrúbky rohovky jedného oka ultrazvukovým pachymetrom vrátane obrazovej a grafickej dokumentácie, v prípade potreby porovnávacie vyšetrenie druhého oka. <u>Podmienky akceptovania pre odbornosť:</u> 015, 336: Výkon možno vykázat maximálne 2 krát za deň na poisťovňa.	160	0,03466
2100	<b>Excízia malého kúska sliznice alebo kože (malý benígny tumor, napríklad epulis, hyperplázia, leukoplakia, probatórna excízia) alebo excízia malého, v koži uloženého nádoru.</b> <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> chirurgia	190	0,03466
2101	<b>Excízia veľkého poľa kože.</b> <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> chirurgia	240	0,03466
2106	<b>Extirpácia jedného benígneho nádoru alebo mazovej žľazy.</b> <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> chirurgia	840	0,03466
5300	<b>USG vyšetrenie hornej časti brucha</b> V odbornosti 154	4250	0,009574
5301	<b>Vyšetrenie jedného orgánu alebo orgánového systému</b> (nemôže sa vykazovať s výkonmi pod kódmi 5300, 5302 až 5312) V odbornosti 154	1500	0,009574
5302	<b>Ako súčasť preventívnej prehliadky u urológa.</b> Vyšetrenie močového traktu a orgánov malej panvy u muža (nemôže sa vykazovať s výkonom pod kódom 5300)	1000	0,009574
5702	<b>Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie.</b> <u>Podmienkou akceptácie</u> je príslušné prístrojové vybavenie ambulancie akceptované poisťovňou (doklad o nadobudnutí prístroja, prehlásenie o zhode, zaškolenie). <u>Výkon je možné vykázat pri dg:</u> Výkon je možné vykázat pri diagnózach E10.* diabetes mellitus typ 1, E11.* diabetes mellitus typ 2, E12.*diabetes mellitus súvisiaci s podvýživou, E13* iný bližšie určený diabetes mellitus,E14* nešpecifikovaný diabetes mellitus, E16.* ostatné poruchy vylučovania podžalúdovej žľazy, O24* diabetes mellitus v gravidite,E78* porucha metabolizmu tukov, E79* porucha metabolizmu purínu a pyrimidínu, E66* obezita, R73* zvýšená hladina glukózy v krvi. <u>Výkon môže vykázat diabetológ</u> pri stabilizovanom stave chronického ochorenia 1 x za rok na URČ.	500	0,009574
5702	<b>Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie.</b> <u>Podmienkou akceptácie</u> je príslušné prístrojové vybavenie ambulancie akceptované poisťovňou (doklad o nadobudnutí prístroja, prehlásenie o zhode, zaškolenie). <u>Výkon sa môže vykázat pri dg:</u> myxedém, bližšie neurčený E03.9, myxedémová kóma E03.5, hypertyreóza E05*, hypoparatyreóza E20*, hyperparatyreóza E21*, akromegália E22.0, centrálny Cushingov syndróm E24.0, hyperaldosteronizmus E26*, choroba nadobličiek E27*, nezhubný nádor D35.0 -D35.3, nádor s iným správaním D44.0-D44.4, sekundárna AH zapríčinená endokrinnými chorobami, bez hypertenznej krízy I 15.20. <u>Výkon môže vykázat endokrinológ, pediatrický endokrinológ</u> pri stabilizovanom stave chronického ochorenia 1 x za 6 mesiacov na URČ.	500	0,009574
5715	<b>24-hodinové prístrojové monitorovanie tlaku krvi - naloženie a zosnímanie (Holterov monitoring)</b> <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> 001	1700	0,009574
5716	<b>Počítačové vyhodnotenie 24 hodinového prístrojového monitorovania tlaku krvi (Holterov monitoring) a vyhodnotenie nálezu lekárom.</b>	400	0,009574

	<u>Podmienky úhrady pre odbornosť: 001</u>		
5744	<p><b>Echokardiografické vyšetrenie metódou TM a 2D.</b>  <u>Podmienkou akceptácie</u> je príslušné prístrojové vybavenie ambulancie akceptované poisťovňou (doklad o nadobudnutí prístroja, prehlásenie o zhode, zaškolenie).          Kombináciu ECHOKG vyšetrení je nutné vykazovať v jeden deň s jednotnou dg.  <u>Výkon sa nevykazuje</u> pri dg. I70.9 a E78*.  <u>Výkon sa nemôže vykazovať</u> s výkonmi 614 a 617.</p> <p><b>Podmienky úhrady pre odbornosť: 049,155</b></p>	2000	0,009574
5745	<p><b>Echokardiografické vyšetrenie PW a CW Dopplerom.</b>  <u>Podmienkou akceptácie</u> je príslušné prístrojové vybavenie ambulancie akceptované poisťovňou (doklad o nadobudnutí prístroja, prehlásenie o zhode, zaškolenie).          Kombináciu ECHOKG vyšetrení je nutné vykazovať v jeden deň s jednotnou dg.  <u>Výkon sa nevykazuje</u> pri dg. I70.9 a E78*.  <u>Výkon sa nemôže vykazovať</u> s výkonmi 614 a 617.</p> <p><b>Podmienky úhrady pre odbornosť: 049,155</b></p>	1800	0,009574
5746	<p><b>Echokardiografické vyšetrenie pomocou farebného mapovania toku (CFM) ako príplatok k výkonu pod kódom 5744.</b>  <u>Podmienkou akceptácie</u> je príslušné prístrojové vybavenie ambulancie akceptované poisťovňou (doklad o nadobudnutí prístroja, prehlásenie o zhode, zaškolenie).          Kombináciu ECHOKG vyšetrení je nutné vykazovať v jeden deň s jednotnou dg.  <u>Výkon sa nevykazuje</u> pri dg. I70.9 a E78*.  <u>Výkon sa nemôže vykazovať</u> s výkonmi 614 a 617.</p> <p><b>Podmienky úhrady pre odbornosť: 049,155</b></p>	2100	0,009574
5754	<p><b>Počítačové spracovanie údajov z echokardiografického vyšetrenia.</b>          Kombináciu ECHOKG vyšetrení je nutné vykazovať v jeden deň s jednotnou dg.  <u>Výkon sa nevykazuje</u> pri dg. I70.9 a E78*.  <u>Výkon sa nemôže vykazovať</u> s výkonmi 614 a 617.</p> <p><b>Podmienky úhrady pre odbornosť: 049,155</b></p>	750	0,009574
1A01033	<p><b>Komplexné pneumoftizeologické vyšetrenie pacienta</b> (kompletná anamnéza, vyšetrenie všetkých orgánových systémov, založenie zdravotnej dokumentácie, diagnostický záver, liečebný plán a (alebo) zaradenie do dispenzárnej starostlivosti, odoslanie pacienta na ďalšie laboratórne, prístrojové alebo odborné vyšetrenia – vypísanie žiadaniek, poučenie pacienta, vypísanie receptov a lekárskej správy (trvanie najmenej 30 minút).  <u>Podmienky akceptácie výkonu:</u>          Výkon vykazuje pneumoftizeológ, pediatrický pneumoftizeológ pri prvovýšetrení len raz za život pri prevzatí dospeléj osoby do zdravotnej starostlivosti ako prvotné komplexné vyšetrenie s vystavením zdravotného záznamu.</p> <p><u>Výkon sa nemôže vykazovať s výkonom č. 60.62.63</u></p>	525	0,03466
1A02060	<p><b>Cielené vyšetrenie pneumoftizeologické alebo dispenzárna kontrola</b> (cielená anamnéza, resp. anamnéza od poslednej kontroly), opis subjektívnych ťažkostí, objektívny nález, vypísanie správy, záver, vypracovanie plánu do nasledujúcej kontroly. Poučenie o diéte a životospráve a predvolanie na vyšetrenie je súčasťou výkonu. Vyšetrenie trvá dlhšie ako 20 minút.  <u>Podmienky akceptácie výkonu:</u></p>	340	0,03466

	<p><b>Výkon vykazuje</b> pneumoftizeológ, pediatrický pneumoftizeológ. Vykazuje sa v danom mesiaci na 1URČ/NZ PZS pri tej istej dg iba 1x. Ostatné návštevy sú už kontrolné vyšetrenie, a vykazuje sa výkon 11A03044/63.</p> <p><u>Výkon sa nemôže vykazovať s výkonom č. 60, 62, 63</u></p>		
1A02072	<p><b>Cielené artrologické vyšetrenie</b>  <b>Charakteristika výkonu:</b>  <b>Vyšetrenie periférnych kĺbov</b>          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</p> <p><b>Vyšetrenie chrbtice</b>          postavenie, palpačné vyšetrenie stavcov, stavcových výbežkov, paravertebrálnych svalov, hybnosti, deformít, postavenia lopatiek, panvy, gluteálneho svalstva, stuhlosti svalstva, vyšetrenie dýchacích exkurzií, vyšetrenie entezopatických zmien, vyšetrenie pohyblivosti jednotlivých úsekov chrbtice.</p> <p><u>Podmienky akceptovania výkonu:</u></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>frekvencia vykazovania 4 krát za 12 mesiacov,</li> <li>výkon môžu vykázat nasledovné odbornosti: 045, 145.</li> </ul> <p><u>Kombinácia s vybranými výkonmi:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Výkon možno kombinovať s výkonmi č. 60, 60R, 62, 63 pri špecifických diagnózach.</li> <li>Výkon sa nedá kombinovať s výkonom č. 66 a 503, 504</li> </ul>	1300	0,03466
1A02077	<p><b>Cielené vyšetrenie poistenca s respiračným syndrómom pri pandémii COVID-19</b>  <u>Podmienky akceptovania výkonu:</u>  <b>Výkon vykazuje</b> pneumoftizeológ, pediatrický pneumoftizeológ          Zdravotný výkon sa vykonáva u pacienta s COVID-pozitívnym výsledkom, ktorý nie je starší ako 14 dní, u detí do 10 rokov pri pozitívnej epidemiologickej anamnéze v rodine zaznamenatej v zdravotnej dokumentácii a pri klinických príznakoch u dieťaťa aj bez COVID-pozitívneho výsledku.</p> <p>Zdravotný výkon sa vykazuje samostatne, nevykazuje sa súčasne s inými zdravotnými výkonmi.          Zdravotný výkon sa vykonáva s použitím osobných ochranných pomôcok.</p>	900	0,03466
1A03044	<p><b>Kontrolné pneumoftizeologické vyšetrenie vrátane rád a dokumentácie.</b>          Vyšetrenie trvá dlhšie ako 15 minút.  <u>Podmienky akceptovania výkonu:</u>  <b>Výkon vykazuje</b> pneumoftizeológ, pediatrický pneumoftizeológ.          Vyšetrenie obsahuje subjektívny, objektívny nález, zhodnotenie výsledkov, záver, písomnú správu, vypísanie receptu, vypísanie žiadaniek na iné vyšetrenia, poučenie pacienta.</p> <p>Výkon sa nemôže vykazovať s výkonom č. 60, 62, 63.</p>	260	0,03466
1A03057	<p><b>Artrologické vyšetrenie</b>  <u>Charakteristika výkonu</u>          Vyšetrenie periférnych kĺbov alebo chrbtice z hľadiska posúdenia chorobných zmien.</p> <p><u>Podmienky akceptovania výkonu:</u>  <b>Výkon vykazuje</b> reumatológ, pediatrický reumatológ</p>	320	0,03466

	<p>Výkon zahŕňa fyzikálne vyšetrenie minimálne jedného páru periférnych kĺbov alebo chrbtice. Vykazuje sa s príslušnou diagnózou potvrdzujúcou opodstatnenosť vyšetrenia: M02*- M09*, M10*- M13*; M15* -M19*, M30* - M35*; M45*, M46.8, M46.9., M48*, M53.8*.</p> <p><b>Kombinácia s vybranými výkonmi:</b> V jednom mesiaci sa akceptuje iba jedno artrologické vyšetrenie s kódom výkonu 1A02072 alebo kódom výkonu 1A03057.</p> <p><b>Frekvencia:</b> 1 krát za mesiac na poistenca</p>		
1B08082	<p><b>Vyhodnotenie diagnostických a/alebo klasifikačných kritérií reumatických ochorení</b></p> <p><b>Charakteristika výkonu</b> Zhodnotenie diagnostických a/alebo klasifikačných kritérií reumatických chorôb pri stanovení diagnózy a/alebo pred zavedením alebo zmenou imunosupresívnej alebo inej cieľovej terapie pri stanovení novej diagnózy a/alebo pred zavedením alebo zmenou imunosupresívnej alebo inej cieľovej terapie. Súčasťou výkonu je zápis v zdravotnej dokumentácii.</p> <p><u>Podmienky akceptovania výkonu:</u> Výkon vykazuje reumatológ, pediatričný reumatológ</p> <p>Výkon 504 v spomenutých odbornostiach nebude akceptovaný.</p> <p><b>Kombinácia s vybranými výkonmi:</b> Výkon možno vykazovať samostatne alebo v kombinácii s 60, 60r, 62 alebo 63</p> <p><b>Frekvencia:</b> 4 krát za 12 mesiacov na poistenca v súčte s výkonom č. 1B08098, pri vyššej frekvencii je potrebné zdôvodnenie</p>	300	0,03466
1B08098	<p><b>Hodnotenie aktivity ochorenia</b></p> <p><b>Charakteristika výkonu</b> Vyhodnotenie aktivity ochorenia pomocou relevantných kompozitných indexov alebo príslušných hodnotiacich kritérií. Súčasťou výkonu je zápis v zdravotnej dokumentácii.</p> <p><u>Podmienky akceptovania výkonu:</u> Výkon vykazuje reumatológ, pediatričný reumatológ</p> <p>Výkon 504 v spomenutých odbornostiach nebude akceptovaný.</p> <p><b>Kombinácia s vybranými výkonmi:</b> Výkon možno vykazovať samostatne alebo v kombinácii s výkonom č. 62 alebo výkonom č. 63.</p> <p><b>Frekvencia:</b> 4 krát za 12 mesiacov na poistenca v súčte s výkonom č. 1B08082</p>	300	0,03466
1B05011	<p><b>Edukácia pri zistení diabetes mellitus.</b> Výkon zahŕňa nasledovné činnosti: <b>Edukácia pri novodiagnostikovanom diabetes mellitus</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> </ul>	420	0,03466

	<ul style="list-style-type: none"> <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 alebo injekčné preparáty.</li> </ul> <p><u>Podmienky úhrady výkonu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• výkon vykazuje <b>diabetológ, pediatrický endokrinológ</b></li> <li>• dĺžka trvania výkonu je minimálne 20 minút</li> <li>• možno akceptovať aj pri poruche glukózovej tolerancie dg R73.9 a pri gestačnom diabete dg O24*</li> </ul> <p><u>Maximálna frekvencia vykazovania výkonu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 krát za život poistenca</li> </ul> <p><u>Výkon nie je možné kombinovať s nasledovnými výkonmi:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o 10c, 10,1B05012, 510</li> </ul>		
1B05012	<p><b>Edukácia aplikácie inzulínu a iných injekčných antidiabetík.</b></p> <p><u>Výkon zahŕňa nasledovné činnosti:</u></p> <p><b>A) Edukácia aplikácie inzulínu a iných injekčných antidiabetík obsahuje:</b></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 komplikácii diabetu samovyšetrením rôznych častí tela, predovšetkým dolných končatín, moču, tlaku krvi a iné.</li> </ul> <p>alebo</p> <p><b>B) Pohovor s pacientom s DM pri plánovaní zásadnej zmeny liečby na injekčnú liečbu (GLP1, PCSK-9) obsahuje:</b></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 glykémii pri liečbe GLP-1 – obsluhu glukometra, časovanie meraní.</li> </ul>	420	0,03466

	<p><u>Podmienky úhrady výkonu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>výkon vykazuje <b>diabetológ, pediatrický endokrinológ</b></li> <li>dĺžka trvania výkonu je minimálne 20 minút</li> </ul> <p><u>Maximálna frekvencia vykazovania výkonu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>jeden krát pri nastavení na liečbu inzulínom a inými injekčnými antidiabetikami</li> </ul> <p><u>Výkon nie je možné kombinovať s nasledovnými výkonmi:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>10c, 10,1B05011, 510</li> </ul>		
1B05014	<p><b>Edukácia pri diabete v súvislosti s prevenciou chronických komplikácií diabetu a ochorení zapríčinených diabetom.</b></p> <p><u>Výkon zahŕňa nasledovné činnosti:</u></p> <p>A) Edukácia pacienta ohľadom akútnych a chronických komplikácií DM 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 transplantáčnej liečby, väčšej strate zraku až slepote, pri vzniknutej diabetickej nohe</li> </ul> <p>a/alebo</p> <p>B) Edukácia pacienta s diabeticou nohou obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>pri prevencii - edukáciu o starostlivosti o dolné končatiny pravidelným samovyšetrením 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>C) Edukácia pacienta s dyslipidémiou obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>poruchy metabolizmu tukov, diferenciácia familiárnych foriem dyslipidémie,</li> <li>súvislosť tukov s aterosklerózou a kardiovaskulárnymi ochoreniami, spôsoby a ciele liečby hyperlipoproteinémie podľa stratifikácie kardiovaskulárneho rizika</li> </ul> <p>a/alebo</p> <p>D) Edukácia pacienta s obezitou obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>edukáciu 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><u>Podmienky úhrady výkonu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>výkon vykazuje <b>diabetológ, pediatrický endokrinológ</b></li> <li>dĺžka trvania výkonu je minimálne 10 minút</li> </ul> <p><u>Maximálna frekvencia vykazovania výkonu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>raz za kalendárny štvrt'rok</li> </ul> <p><u>Výkon nie je možné kombinovať s nasledovnými výkonmi:</u></p>	270	0,03466



	10c, 1B05011, 1B05012.		
1B06025	<p><b>Pohovor o zmene liečby na liečbu inzulínovou pumpou.</b></p> <p><u>Charakteristika výkonu</u></p> <p>Poučenie a edukáciu pacienta o výhodách aj rizikách liečby inzulínovou pumpou vrátane názornej ukážky požívania v spolupráci s manažérom pre inzulínové pumpy.</p> <p><u>Podmienky úhrady výkonu</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>výkon vykazuje <b>diabetológ, pediatrický endokrinológ</b></li> <li>schválenie inzulínovej pumpy 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</li> <li>dĺžka trvania výkonu je minimálne 180 minút</li> <li>potrebný zápis v zdravotnej dokumentácii vrátane informovaného súhlasu pacienta</li> <li>výkon sa nemôže vykazovať v kombinácii s inými výkonmi</li> <li>vykázať možné len pri Dg.:E10.01, E10.11, E10.20, E10.21, E10.30, E10.31, E10.40, E10.41, E10.50, E10.51, E10.60, E10.61, E10.72 - 75, E10.80, E10.81, E10.90 - 95, E11.01,E11.11, E11.20, E11.21, E11.30, E11.31, E11.40, E11.41, E11.50, E11.51, E11.60, E11.61, E11.72 - 75, E11.80, E11.81, E11.90, E11.91, E13.01, E13.11, E13.20, E13.21, E13.30, E13.31, E13.40, E13.41, E13.50, E13.51, E13.60, E13.61, E13.72 - 75, E13.80, E13.81, E13.90, E13.91, O24.0, O24.1, O24.9</li> </ul> <p><b>Frekvencia vykazovania výkonu:</b>1 krát za život</p>	1200	0,0270
1A02009	<p><b>Kontinuálny monitoring glykémii.</b></p> <p><u>Podmienky úhrady výkonu</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>výkon vykazuje <b>diabetológ, pediatrický endokrinológ</b></li> <li>kontinuálne monitorovanie koncentrácie glukózy v intersticiálnej tekutine so zavedením senzoru</li> <li>prenesenie nameraných údajov a ich vyhodnotenie pre optimalizáciu liečby</li> <li>vykázanie výkonu je podmienené dôkladným zápisom a odôvodnením v zdravotnej dokumentácii</li> <li>vykázať možné len pri Dg.:E10.01, E10.11, E10.20, E10.21, E10.30, E10.31, E10.40, E10.41, E10.50, E10.51, E10.60, E10.61, E10.72 - 75, E10.80, E10.81, E10.90 - 95, E11.01,E11.11, E11.20, E11.21, E11.30, E11.31, E11.40, E11.41, E11.50, E11.51, E11.60, E11.61, E11.72 - 75, E11.80, E11.81, E11.90, E11.91, E13.01, E13.11, E13.20, E13.21, E13.30, E13.31, E13.40, E13.41, E13.50, E13.51, E13.60, E13.61, E13.72 - 75, E13.80, E13.81, E13.90, E13.91, O24.0, O24.1, O24.9</li> </ul> <p><b>Výkon sa nemôže kombinovať s výkonmi č.:</b> 60, 10, 10c, 66, 1B05011, 1B05012, 1B05025</p>	1000	0,0270
1A02012	<p><b>Nastavenie na inzulínovú pumpu.</b></p> <p><u>Podmienky úhrady výkonu</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>výkon vykazuje <b>diabetológ, pediatrický endokrinológ</b></li> <li>postupné nastavenie na liečbu inzulínovou pumpou</li> <li>stanovenie dávky bazálneho a bolusového inzulínu</li> <li>edukácia o zmenách dávok inzulínu</li> <li>nácvik technickej obsluhy pumpy</li> <li>vykázať možné len pri Dg.:E10.01, E10.11, E10.20, E10.21, E10.30, E10.31, E10.40, E10.41, E10.50, E10.51, E10.60, E10.61, E10.72 - 75, E10.80, E10.81, E10.90 - 95, E11.01,E11.11, E11.20, E11.21, E11.30, E11.31, E11.40, E11.41, E11.50, E11.51, E11.60, E11.61, E11.72 - 75,</li> </ul>	12000	0,0270

	<p>E11.80, E11.81, E11.90, E11.91, E13.01, E13.11, E13.20, E13.21, E13.30, E13.31, E13.40, E13.41, E13.50, E13.51, E13.60, E13.61, E13.72 – 75, E13.80, E13.81, E13.90, E13.91, O24.0, O24.1, O24.9</p> <p><b>Výkon sa nemôže kombinovať s výkonmi č.: 60, 62, 63, 65, 66, 1B05012, 1B05025</b></p> <p><b>Frekvencia vykazovania výkonu: 1 krát za 4 roky</b></p>		
1A03007	<p><b>Kontrolné diabetologické vyšetrenie pri liečbe inzulínovou pumpou</b></p> <p><u>Podmienky úhrady výkonu</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>výkon vykonáva <b>diabetológ, pediatrický endokrinológ</b></li> <li>obsluha a využívanie technických možností pumpy</li> <li>úprava dávok inzulínu</li> <li>identifikácia chýb na základe údajov z pamäti pumpy</li> <li>vykázat možné len pri Dg.:E10.01, E10.11, E10.20, E10.21, E10.30, E10.31, E10.40, E10.41, E10.50, E10.51, E10.60, E10.61, E10.72 - 75, E10.80, E10.81, E10.90 - 95, E11.01,E11.11, E11.20, E11.21, E11.30, E11.31, E11.40, E11.41, E11.50, E11.51, E11.60, E11.61, E11.72 - 75, E11.80, E11.81, E11.90, E11.91, E13.01, E13.11, E13.20, E13.21, E13.30, E13.31, E13.40, E13.41, E13.50, E13.51, E13.60, E13.61, E13.72 – 75, E13.80, E13.81, E13.90, E13.91, O24.0, O24.1, O24.9</li> </ul> <p><b>Výkon sa nemôže kombinovať s výkonmi č.: 60, 62, 63, 65, 66, 10, 10c, 1B05012, 1B05025</b></p> <p><b>Frekvencia vykazovania výkonu:</b> Najviac 3 krát po nastavení na inzulínovú pumpu alebo po každej výmene inzulínovej pumpy počas nasledujúcich 21 dní. Následne 6 krát ročne.</p>	1200	0,0270
4H00001	<p><b>Spirografické vyšetrenie na stanovenie expiračných a inspiračných parametrov</b> (vitálna kapacita, úsilný výdych za prvú sekundu, prietoky na rôznych úrovniach vitálnej kapacity) metódou krivky prietok - objem, vrátane grafickej registrácie.</p> <p><u>Podmienky akceptovania výkonu:</u> <b>Výkon môže vykazovať:</b>pneumológ, pediatrický pneumológ a fízeológ, imunológ a alergológ, pediatricky imunológ a alergológ.</p> <p>Výkon sa môže kombinovať s výkonom č. 65 v zmysle platných zmluvných podmienok</p> <p><b>Výkon sa nemôže vykazovať s výkonom č. 5765, 5766.</b></p>	1640	0,009159
4H00004	<p><b>Stanovenie difúznej kapacity pľúc jednodychovou metódou.</b></p> <p><u>Podmienky akceptovania výkonu:</u> <b>Výkon môže vykazovať:</b>pneumológ pediatrický pneumológ a fízeológ</p> <p><b>Výkon sa nemôže vykazovať s výkonom č. 5772.</b></p>	2400	0,009159
4H00005	<p><b>Stanovenie difúznej kapacity pľúc metódou rovnovážneho stavu.</b></p> <p><u>Podmienky akceptovania výkonu:</u> <b>Výkon môže vykazovať:</b>pneumológ, pediatricky pneumológ a fízeológ</p> <p><b>Výkon sa nemôže vykazovať s výkonom č.5773.</b></p>	1750	0,009159
-	<b>Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ okrem vybraných výkonov) z časti FYZIATRIA BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA.</b>	-	0,010260
516	<p><b>Vybrané výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) z časti FYZIATRIA BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA.</b></p>	180	0,016402
518		350	
523a		145	
530		180	
531		220	
540		180	
541		350	
542		300	

509a		220	
512		130	
513		250	
514a		450	
522		290	
532		300	
533a		450	
-	<b>Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) z časti OSTEODENZITOMETRIA.</b>	-	0,005311

*Poistovňa uhradí zdravotné výkony s kódom: 11a, 1b, 1c, 70 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. a to pri súčasnom zohľadnení špecifík dištančného spôsobu poskytovania zdravotnej starostlivosti. Telefonický rozhovor alebo videohovor alebo iná elektronická komunikácia medzi poistencom a zdravotníckym pracovníkom s diagnostikou a/alebo terapiou poistenca. Zdravotné výkony musia byť zaznamenané v zdravotnej dokumentácii a eZdravie a nie je ich možné vzájomne kombinovať a ani kombinovať s inými výkonmi.*

## 1.2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

Cena za výkon		
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Cena za výkon v €
250x	<p><b>Odber venóznej krvi za účelom vyšetrenia laboratórnych parametrov.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Výkon sa vykonáva samostatne maximálne 1x denne u poistenca na príslušnej ambulancii alebo na mieste určenom na odber krvi.</li> <li>V cene sú zahrnuté všetky náklady spojené s odberom vrátane odoslania krvi do laboratória.</li> <li>Výkon 250x nahrádza výkon pod kódom č. 250a a č. 250b.</li> </ul>	5,00
5153C	<p><b>Punkcia alebo biopsia prostaty pod USG kontrolou</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Výkon môže vykonávať rádiológ s certifikátom s certifikovanou pracovnou činnosťou intervenčná rádiológia, urológ so špecializáciou v špecializačnom odbore urológia I. stupňa s certifikátom v certifikovanej pracovnej činnosti intervenčná ultrasonografia v urológii.</li> <li>Výkon sa môže kombinovať s výkonmi 62, 63, 5304</li> </ul>	150,00
1A02013	<p><b>Laboratórne vyšetrenie glykovaného hemoglobínu na mieste poskytovania zdravotnej starostlivosti (metódou Point of Care Testing - PoCT s vyhodnotením pomocou prístroja).</b></p> <p>Odber vzorky kapilárnej krvi a kvantitatívne vyšetrenie hladiny glykovaného hemoglobínu (HbA1c) metódou PoCT s prístrojovým vyhodnotením pre účely ambulantného sledovania diabetu, jeho liečby a kompenzácie.</p> <p>Podmienkou akceptácie je príslušné prístrojové vybavenie ambulancie akceptované poisťovňou (doklad o nadobudnutí prístroja, prehlásenie o zhode, zaškolenie).</p> <p>Zdravotný výkon vykonáva diabetológ, pediatričný endokrinológ.</p> <p><b>Frekvencia výkonu: 3 krát za kalendárny rok</b></p>	6,20
H0003	<p><b>Iniciálne vyšetrenie poistenca s chronickým ochorením.</b></p> <p>Kompletná anamnéza vyšetrenie hormonálnej osi asociovanej s poruchou, orgánových systémov ovplyvnených ochorením, vyhodnotenie laboratórnych, prípadne iných pomocných vyšetrení, diagnostický záver, liečebný plán, prípadne zaradenie do dispenzárnej starostlivosti, odoslanie na ďalšie laboratórne, prístrojové alebo odborné vyšetrenia - vypísanie žiadaniek, vypísanie lekárskeho predpisov, prípadne poukazov, vypísanie lekárskej správy.</p> <p><u>Podmienky akceptovania výkonu:</u></p> <p><b>Endokrinológia</b> (odbornosť 064, 153)</p> <p>Výkon vykonáva endokrinológ, pediatričný endokrinológ ako komplexné vyšetrenie s vystavením zdravotného záznamu a odoslaním do e-zdravia pri prvovýšetrení pacienta, u ktorého doposiaľ nebolo diagnostikované endokrinologické ochorenie alebo pri prevzatí pacienta do zdravotnej starostlivosti od iného endokrinológa.</p> <p><u>Výkon sa môže vykonať</u> pri dg: sekundárna hypertenzia I15* (I15.2; I15.8; I15.9), sekundárna osteoporóza M80*; M81*; M82*, ochorenia hypofýzy E22*; E23*; E24.0,</p>	27,00

	<p>sterilita - mužská neplodnosť N46; E29; ženská neplodnosť N97, E28, ochorenia nadobličiek E27*, primárna hyperparatyreóza E21.0 a terciárna hyperparatyreóza (pri dlhšie trvajúcej sekundárnej hyperparatyreóze) – E21.1, nezhubný nádor D35.0-D35.3, nádor s iným správaním D44.0-D44.4, neuroendokrinné tumory C25.4; C75, karcinóm štítnej žľazy C73.</p> <p><b>Frekvencia vykazovania výkonu:</b> 1 x za život na URČ u jedného PZS.  <b>Výkon sa nemôže vykazovať</b> s výkonmi 10, 15b, 15c, 60, 66, 603a.</p> <p>Vyšetrenie trvá najmenej 30 minút).</p> <p><b>Diabetológia:</b> (odbornosť 050)</p> <p>Výkon vykazuje diabetológ, ako komplexné vyšetrenie s vystavením zdravotného záznamu a odoslaním do E-zdravia pri prvovýšetrení pacienta, u ktorého doposiaľ neboli diagnostikované nižšie uvedené ochorenia alebo pri prevzatí pacienta do zdravotnej starostlivosti od iného diabetológa.</p> <p>Súčasťou výkonu je elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie.</p> <p>Podmienkou akceptácie je príslušné prístrojové vybavenie ambulancie akceptované poisťovňou (doklad o nadobudnutí prístroja, prehlásenie o zhode, zaškolenie).</p> <p>Výkon je možné vykazať pri diagnózach E10.* diabetes mellitus typ 1, E11.* diabetes mellitus typ 2, E12*diabetes mellitus súvisiaci s podvýživou, E13* iný bližšie určený diabetes mellitus, E14* nešpecifikovaný diabetes mellitus, E16.* ostatné poruchy vylučovania podžalúdkovej žľazy, O24* diabetes mellitus v gravidite, E78* porucha metabolizmu tukov, E79* porucha metabolizmu purínu a pyrimidínu, E66* obezita, R73* zvýšená hladina glukózy v krvi.</p> <p>Výkon je možné kombinovať s výkonmi H0006 Stratifikácia kardiovaskulárneho rizika a/alebo s výkonom H0008 Stanovenie indexu ABI oscilometrickou metódou v prípade, že výkony neboli za posledných 12 mesiacov vykázané v ambulancii všeobecného lekára.</p> <p><b>Frekvencia vykazovania výkonu:</b> 1 x za život na URČ u jedného PZS.  <b>Výkon sa nemôže vykazovať</b> s výkonmi 10, 15b, 15c, 60, 66, 603a, 5702.</p> <p><b>Dermatovenerológia:</b>(odbornosť 018)</p> <p>Výkon vykazuje dermatovenerológ ako komplexné vyšetrenie s vystavením zdravotného záznamu a odoslaním do E-zdravia pri prvovýšetrení pacienta, u ktorého doposiaľ nebolo diagnostikované dermatovenerologické ochorenie alebo pri prevzatí pacienta do zdravotnej starostlivosti od iného dermatovenerológa. Výkon je možné vykazať pri diagnózach: Syphilis A50 - A53, Autoimunitné ochorenia L10*, L12*, L13.0, L63*, L80, L90, L93.0, L93.1, L93.2, M32*, L94.0, L94.1, L95*, Genodermatózy L20*, L40*, L41*, L85, Q80*, Q81*, Zhubné nádory kože C43*, C44*, C46.0, C46.1, D03*, D04*, Dermatomyozitída M33*, Leukoplakie N90.4, Vaskulitídy L95.8, L95.9,</p> <p>Vykazuje sa 1 x za život pri prijatí do dispenzárnej starostlivosti u jedného PZS.</p> <p>Výkon sa nemôže vykazovať s výkonmi 10, 15b, 60, 66.</p>	
H0006	<p><b>Stratifikácia kardiovaskulárneho rizika.</b></p> <p>Podmienky akceptovania výkonu:</p> <p><b>Diabetológia:</b> (odbornosť 050)</p> <p>Stanovenie stratifikácie kardiovaskulárneho rizika systémom SCORE u poistencov nad 40 rokov podľa aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ SR.</p> <p>Podmienkou úhrady výkonu H0006 je vykázanie pripočítateľnej položky „dosiahnuté skóre“ v dávke 751a platného dátového rozhrania podľa Metodického usmernenia ÚDZS, ktorá je v uvedených vybraných položkách vyplnená nasledovne: v položke č. 13 – PRIPOČÍTATEĽNÁ POLOŽKA – uvedie dosiahnuté skóre v tvare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ SKOR01 tj nízke riziko</li> <li>▪ SKOR02 ,tj stredné riziko</li> <li>▪ SKOR03, tj vysoké riziko</li> <li>▪ SKOR04 tj veľmi vysoké riziko</li> <li>▪ SKOR05 tj. Extrémne vysoké riziko</li> </ul> <p>príčom na 5. a 6. mieste položky je vyjadrenie dosiahnutého skóre.</p> <p><b>Výkon sa akceptuje</b> 1x za 12 mesiacov pri výkone H0003 v prípade, že za posledných 12 mesiacov nebol vykázaný v ambulancii všeobecného lekára.</p>	5,65

H0008	<p><b>Meranie a vyhodnotenie indexu ABI oscilometrickou metódou s pulznou vlnou na štyroch končatinách pri včasnej diagnostike ischemickej choroby dolných končatin.</b></p> <p><u>Podmienky akceptovania výkonu:</u></p> <p><b>Diabetológia:</b> (odbornosť 050)</p> <p>1. U symptomatických poistencov pod 50 rokov, s podozrením na ischemickú chorobu dolných končatin (ICHDK). Indikácia k výkonu je zaznamenaná v zdravotnej dokumentácii, vrátane výsledku a ďalšej diferenciálnej diagnostiky a terapeutického plánu.</p> <p>2. U asymptomatických poistencov nad 50 rokov s minimálne jedným rizikovým faktorom (artériová hypertenzia) abnormálne EKG, diabetes mellitus, obezita s BMI nad 30, fajčiari, porucha metabolizmu lipidov, pacienti s postihnutím koronárnych alebo cerebrálnych artérií, a pod.),</p> <p>3. U všetkých poistencov nad 60 rokov.</p> <p><u>Podmienkou akceptácie</u> je príslušné prístrojové vybavenie ambulancie akceptované poisťovňou (doklad o nadobudnutí prístroja, prehlásenie o zhode, zaškolenie). Výkon sa akceptuje 1x za 12 mesiacov pri výkone H0003 v prípade, že za posledných 12 mesiacov nebol vykázaný v ambulancii všeobecného lekára.</p>	6,78
4L03003	<p><b>Cystoskopia flexibilným cystoskopom - endoskopické vyšetrenie močového mechúra optickým flexibilným cystoskopom.</b></p> <p><u>Výkon môžu vykázať nasledovné odbornosti:</u> urológ 012, onkourológ 322, pediatričný urológ 109, gynekologický urológ 312</p> <p><u>Výkon je možné vykazovať pri nasledovných dg:</u> *R31, N21.-, N22.-, N30.1, N30.2, N30.8, N30.9, N32.-, N33.-, N39.4-, C67.-, C76.3, D41.4</p> <p>Možná kombinácia s výkonmi 62,63</p> <p><u>Povinné technické vybavenie:</u> flexibilný optický cystoskop</p>	94,00
4L03004	<p><b>Cystoskopia flexibilným cystoskopom -endoskopické vyšetrenie močového mechúra digitálnym flexibilným cystoskopom.</b></p> <p><u>Výkon môžu vykázať nasledovné odbornosti:</u> urológ 012, onkourológ 322, pediatričný urológ 109, gynekologický urológ 312</p> <p><u>Výkon je možné vykazovať pri nasledovných dg:</u> *R31, N21.-, N22.-, N30.1, N30.2, N30.8, N30.9, N32.-, N33.-, N39.4-, C67.-, C76.3, D41.4</p> <p>Možná kombinácia s výkonmi 62,63</p> <p><u>Povinné technické vybavenie:</u> flexibilný digitálny cystoskop</p>	94,00

### 1.3. Individuálna zložka úhrady – Individuálna pripočítateľná položka

Základ pre výpočet ceny IPP		
Katégoria IPP	Kód zdravotného výkonu, ku ktorému je možné IPP vykázať	Základ pre výpočet ceny IPP v €
IPP1	60, 62, 63, 60R, 503, 504, 505, 1A01033, 1A02060, 1A03044	2,44
IPP2	1544A, 1594, 1240, 820, 822, 825	3,92
IPP3	3286, 3288, 3306	6,64
IPP4	3335, 3337, 867, 869, 3351, 3364, 841, 842, 845	6,64
Charakteristika a pravidlá vykazovania vybraných IPP		
K výslednej cene IPP4 sa automaticky pripočítavajú 3,00 €.		

### 1.4. Hodnotiace parametre

Časť - Špecializovaná ambulantná starostlivosť				
Zameranie	Parameter	Kritérium splnenia	Váha	Plnenie
Poistenc	Celkové náklady na ošetrovaného poistenca	Hodnota parametra je pod hranicou horného pásma definovanou výpočtom v príslušnej referenčnej skupine ambulancií.	40%	Reálne plnenie poskytovateľa
	Frekvencia návštev na ošetrovaného poistenca		10%	

	Podiel prvovýšetrení	Hodnota parametra je nad hranicou dolného pásma definovanou výpočtom v príslušnej referenčnej skupine ambulancií.	10%	
Elektronizácia	eNávrhy	Poskytovateľ vystavuje žiadosť o schválenie vybraných liekov, zdravotníckych pomôcok alebo kúpeľnej liečby formou eNávrhu.	10%	Reálne plnenie poskytovateľa
	eZdravie	Poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vedie zdravotnú dokumentáciu v súlade s ustanovením § 19 a nasl. Zákona č. 576/2004 Z. z. a súčasne zasiela údaje zo zdravotnej dokumentácie elektronickou formou do elektronickej zdravotnej knižky (EZK) v rozsahu § 5 Zákona č. 153/2013 Z. z.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
Dostupnosť	Ordinačný čas	Stanovenie týždenného čistého ordinačného času v rozsahu aspoň 30 hodín pre každú ambulanciu.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa

#### 1.4.1. Doplňujúce informácie k Hodnotiacim parametrom

##### Celkové náklady na ošetrovaného poistenca

Priemerné celkové náklady na priamo poskytnutú zdravotnú starostlivosť vrátane SVLZ, preskripcie liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín a indukovanej špecializovanej ambulantnej starostlivosti na jedného ošetrovaného poistenca. Do výpočtu nie je zahrnutá preventívna zdravotná starostlivosť a zdravotná starostlivosť podľa definovaných výnimiek.

Hodnotené obdobie: dva po sebe nasledujúce štvrťroky.

##### Frekvencia návštev na ošetrovaného poistenca

Celkový priemerný počet návštev na jedného ošetrovaného poistenca v hodnotenom období. V prípade, že poistenec bol vyšetrený na tej istej ambulancii v priebehu jedného dňa, považuje sa vyšetrenie za jednu návštevu. Za ošetrovaného poistenca sa považuje unikátne rodné číslo (URČ), t.j. ak ten istý poistenec navštívil ambulanciu v hodnotenom období viac krát, považuje sa za jedného ošetrovaného poistenca.

Hodnotené obdobie: štyri po sebe nasledujúce štvrťroky.

##### Podiel prvovýšetrení

Podiel prvovýšetrených pacientov na celkovom počte ošetrovaných pacientov v hodnotenom období. Za prvovýšetreného pacienta sa považuje pacient, ktorý nenavštívil ambulanciu hodnoteného poskytovateľa v rovnakej odbornosti za uplynulých 12 mesiacov pred posudzovaným vyšetrením.

Hodnotené obdobie: dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky.

#### 1.5. Bonifikácia

Poisťovňa automaticky zaradi poskytovateľa do systému bonifikácie, pričom hlavný parameter pre vyhodnocovanie sú náklady na lieky.

**Náklady na lieky** – lieky zo zoznamu kategorizovaných liekov, ktorých spôsob úhrady je definovaný ako „A“, tzv. A-lieky. Do porovnania vstupujú A-lieky podané na špecializovaných pracoviskách (ambulantná starostlivosť, ústavná starostlivosť) v rámci zariadení na poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktoré poisťovňa v príslušnom hodnotenom období akceptovala a uhradila.

Hodnotené obdobie: kalendárny rok, t. j. k 31.12. príslušného kalendárneho roka

##### Proces vyhodnotenia:

I. etapa - vyhodnotenie na úrovni PZS		
Referenčná hodnota	Hodnotené obdobie	Podmienka bonifikácie
Náklady na A-lieky k 31.12.predchádzajúceho roka	Náklady na A-lieky k 31.12.príslušného roka	minimálna úroveň zníženia nákladov je 10%*

\*zníženie nákladov v porovnaní s nákladmi predchádzajúceho roka

Ak je výsledkom porovnania nákladov u PZS úspora v hodnotenom období, poisťovňa pristúpi k vyhodnoteniu v II. etape.

II. etapa - vyhodnotenie na úrovni SR	
Referenčná hodnota	Hodnotené obdobie
Náklady na A-lieky k 31.12.predchádzajúceho roka	Náklady na A-lieky k 31.12.príslušného roka
Náklady na URČ (A-lieky za predchádzajúci rok)	Náklady na URČ (A-lieky za príslušný rok)

Poisťovňa si vyhradzuje právo nepristúpiť k bonifikácii PZS, v prípade ak:

- znížená spotreba nie je pomerná k zmene spotreby na URČ,
- znížená spotreba konkrétnych ATC sa prejaví zvýšením u iných PZS,
- odmietnutie liečby u PZS, pričom v referenčnom období bola táto liečba u PZS dostupná,
- zmenou situácie na trhu – pokles ceny liekov na trhu (úspora u PZS z dôvodu zníženia ceny liekov na trhu nebude u PZS pri vyhodnotení akceptovaná).

Poisťovňa pristúpi k bonifikácii PZS, ktorý dosiahol zníženie nákladov na A-lieky, vo výške **30% dosiahnutej úspory**

**Príloha č. 1o  
k Zmluve č. 10NSP1000222**

**Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti**

**Časť A. Ústavná zdravotná starostlivosť**

**Čl. I Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (ceny)**

**1. DRG relevantné odbornosti**

Ústavná zdravotná starostlivosť poskytnutá poistencovi na oddelení s odbornosťou, ktoré je v zmysle usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „ÚDZS“) zaradené do vykazovania a úhrad podľa SK-DRG systému (ďalej len „DRG relevantné odbornosti“).

Úhrada za ústavnú zdravotnú starostlivosť na DRG relevantných odbornostiach je uvedená v prílohe č. 2o – Rozsah zdravotnej starostlivosti.

**1.1. Základné pojmy**

**Hospitalizačný prípad** je zdravotná starostlivosť poskytnutá pacientovi počas hospitalizácie u poskytovateľa na oddeleniach s DRG relevantnou odbornosťou podľa metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou platného v čase prijatia pacienta na hospitalizáciu, od dátumu jeho prijatia na hospitalizáciu až do dátumu prepustenia z hospitalizácie (ďalej len „Hospitalizačný prípad“). Ak poskytovateľ prevádzkuje viacero zdravotníckych zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, považuje sa Hospitalizačný prípad za ukončený prepustením pacienta z ústavného zdravotníckeho zariadenia.

**Poskytovateľom prevádzkujúcim viaceré ústavné zdravotnícke zariadenia** sa pre účely klasifikačného systému DRG rozumie:

- a. Univerzitná nemocnica Bratislava, IČO: 31813861
  - Univerzitná nemocnica Bratislava – ANTOLSKÁ
  - Univerzitná nemocnica Bratislava – RUŽINOVSKÁ
  - Univerzitná nemocnica Bratislava – MICKIEWICZOVA
  - Univerzitná nemocnica Bratislava – LIMBOVÁ
- b. Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s., IČO: 35971126
  - Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s. – Pod Krásnou hôrkou - DKC
  - Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s. – Pod Krásnou hôrkou
- d. Univerzitná nemocnica - Nemocnica svätého Michala, a. s., IČO: 44570783
  - Univerzitná nemocnica - Nemocnica svätého Michala, a. s. – Bratislava
  - Univerzitná nemocnica - Nemocnica svätého Michala, a. s. – Košice

**Definičná príručka** obsahuje detailný popis slovenského klasifikačného systému DRG (ďalej aj ako „klasifikačný systém“) s uvedením grafického znázornenia všetkých zaraďovacích algoritmov, ako aj k nim prislúchajúcim logických výrazov a tabuliek.

**Pravidlá kódovania** sú pravidlá kódovania chorôb a zdravotných výkonov, ktoré sa poskytovateľ zaväzuje dodržiavať. Ustanovuje výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky zo 17. decembra 2015 č. 09467/2015.

**Základná sadzba** je suma v absolútnej hodnote, ktorá je uhrádzaná podľa klasifikačného systému za jednotlivý Hospitalizačný prípad s relatívnou váhou 1,0. Výška základnej sadzby je stanovená Centrom pre klasifikačný systém vo výške zverejnenej na webovej stránke <http://www.cksdrg.sk>.

**Relatívna váha** je hodnota uvedená pri príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupine v katalógu prípadových paušálov platného ku dňu prijatia poistenca do ústavného zdravotníckeho zariadenia. Je relatívnym vyjadrením priemerných nákladov na hospitalizačný prípad príslušnej DRG skupiny

**Katalóg prípadových paušálov** je zoznam jednotlivých DRG skupín, ktorý obsahuje relatívne váhy a ďalšie údaje relevantné pre DRG zúčtovanie, ako napr. ošetrovacie doby a jej hraničné hodnoty pre jednotlivé DRG skupiny, znižovania a zvyšovania relatívnej váhy a prípadne ďalšie pripočítateľné položky.

**Efektívna relatívna váha** sa určuje z relatívnej váhy pri príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupine v závislosti od toho, či dĺžka Hospitalizačného prípadu je mimo intervalu ošetrovacej doby v zmysle katalógu prípadových paušálov platného ku dňu prijatia poistenca do ústavného zdravotníckeho zariadenia.



**Grouper** je softvérový nástroj (počítačový program), ktorý zabezpečuje zaradenie Hospitalizačného prípadu do konkrétnej DRG skupiny.

**Ošetrovacía doba** je počet dní pobytu pacienta (medicínsky odôvodneného v zdravotnej dokumentácii) v jednom ústavnom zdravotníckom zariadení (nemocnici) na DRG relevantných oddeleniach, pričom sa do celkového počtu ošetrovacích dní nezapočíta deň prepustenia alebo prekladu pacienta. Do ošetrovacej doby sa nezapočítavajú dni na priepustke.

## **1.2. Podmienky akceptácie a úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti na DRG relevantných odbornostiach**

- 1.2.1.** Úhrada za Hospitalizačný prípad je daná súčinom základnej sadzby a efektívnej relatívnej váhy v súlade s platnými dokumentmi vydanými Centrom pre klasifikačný systém v znení platnom v čase prijatia poistenca do zdravotníckeho zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti: Definičná príručka, Katalóg prípadových paušálov, Pravidlá kódovania, Kalkulačná príručka ako aj ďalšie nevyhnutne súvisiace dokumenty vydané Centrom pre klasifikačný systém.
- 1.2.2.** Úhrada za Hospitalizačný prípad u poskytovateľa zahŕňa úhradu za akceptovanú komplexnú zdravotnú starostlivosť (vrátane nákladov na lieky, zdravotnicke pomôcky, dietetické potraviny a špeciálny zdravotnícky materiál, tkanivá a bunky poskytované pri transplantáciách, materské mlieko, transfúzne lieky), ak z medicínskeho hľadiska tieto mali byť podané poistencovi počas trvania Hospitalizačného prípadu:
- poskytnutú pacientovi poskytovateľom zdravotnej starostlivosti počas Hospitalizačného prípadu,
  - poskytnutú pacientovi iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti počas Hospitalizačného prípadu na základe žiadanky alebo výmenného lístka vystaveného poskytovateľom,
  - poskytnutú aj po ukončení Hospitalizačného prípadu, ak žiadanka alebo výmenný lístok na poskytnutú zdravotnú starostlivosť boli vystavené počas Hospitalizačného prípadu.
- 1.2.3.** Úhrada za Hospitalizačný prípad nezahŕňa úhradu za:
- poskytnutú zdravotnú starostlivosť na základe žiadanky alebo výmenného lístka, ak neboli vystavené počas Hospitalizačného prípadu,
  - pripočítateľné položky zverejnené v Katalógu prípadových paušálov,
  - komplexnú zdravotnú starostlivosť v ambulancii záchrannej zdravotnej služby pri preprave novorodencov a detí,
  - dopravnú službu (DS),
  - vrtníkovú záchrannú zdravotnú službu (VZZS),
  - záchrannú zdravotnú službu (ZS)
  - lieky, zdravotnicke pomôcky a dietetické potraviny predpísané v deň prepustenia pacienta zo zdravotníckeho zariadenia v ambulancii poskytovateľa alebo iného poskytovateľa, ak z medicínskeho hľadiska tieto lieky, zdravotnicke pomôcky a dietetické potraviny nemali byť podané poistencovi ešte počas trvania Hospitalizačného prípadu,
- 1.2.4.** Úhrada za komplexnú zdravotnú starostlivosť na základe žiadanky vystavenej poskytovateľom alebo iným poskytovateľom v deň prijatia a v deň prepustenia z hospitalizácie, ako aj kedykoľvek počas hospitalizácie, bez ID Hospitalizačného prípadu, bude automaticky započítaná do úhrady za Hospitalizačný prípad, pokiaľ poskytovateľ nepreukáže, že zdravotná starostlivosť nesúvisí s Hospitalizačným prípadom. V prípade, ak na žiadanke nebude uvedený dátum vystavenia, zdravotná poisťovňa zdravotnú starostlivosť neuhradí a požiada poskytovateľa alebo iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o jeho doplnenie.
- 1.2.5.** Na základe verejného zdravotného poistenia sa plne alebo čiastočne uhrádzajú lieky zaradené v zozname kategorizovaných liekov poskytované v rámci ústavnej starostlivosti, ktoré sú použité v súlade s indikačnými obmedzeniami a obmedzeniami úhrady zdravotnej poisťovne na jej predchádzajúci súhlas.
- 1.2.6.** Poskytovateľ za zaväzuje vykázať mesačne všetky hromadné dávky poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti (typ ZS 60\*) na jednej faktúre, ktorej súčasťou budú aj opravné a aditívne dávky poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti z predchádzajúcich období. V prípade, ak sa jedná o dávky za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v predchádzajúcom kalendárnom roku, poskytovateľ je oprávnený vykázať hromadné dávky na samostatnej faktúre.
- 1.2.7.** Poskytovateľ zaradený v systéme vykazovania poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa DRG, vykazuje ústavnú zdravotnú starostlivosť za všetkých poistencov EÚ (okrem poistencov SR) ošetrovaných v príslušnom mesiaci v jednej samostatnej faktúre v súlade s platným metodickým usmernením Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.
- 1.2.8.** Poskytovateľ zaradený v systéme vykazovania poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa DRG vykazuje pripočítateľné položky k hospitalizačným prípadom podľa dokumentu „Pripočítateľné položky DRG“ platný pre aktuálny kalendárny rok, ktorý je zverejnený na webovom sídle poisťovne ([www.vszp.sk](http://www.vszp.sk)). V prípade, že pripočítateľné položky nebudú poisťovni vykázané spôsobom podľa predchádzajúcej vety, poisťovňou akceptované nebudú. V prípade podania liekov, ktoré obstarala poisťovňa centrálnym nákupom, poskytovateľ vykazuje pripočítateľnú položku s nulovou cenou.
- 1.2.9.** Pripočítateľné položky s typom úhrady B sú hradené, ak sa na úhrade a cene týchto pripočítateľných položiek Poisťovňa a Poskytovateľ dohodli. Ak cena pre úhradu nebola pevne stanovená je Poskytovateľ oprávnený Poisťovňu vopred písomne požiadať o jej dohodnutie. Postup je uvedený v bode 2.2.12.
- 1.2.10.** Zmluvné strany sa dohodli, v prípade, že pripočítateľná položka, ktorej pevná cena nie je stanovená v Katalógu prípadových paušálov a ani v dokumente „Pripočítateľné položky DRG“ platnom pre aktuálny kalendárny rok (ďalej len „dokument“), ktorý je zverejnený na webovom sídle poisťovne ([www.vszp.sk](http://www.vszp.sk)), je poskytovateľ oprávnený poisťovňu vopred písomne požiadať o jej dohodnutie. V prípade, ak zo strany poskytovateľa ide o použitie

pripočítateľnej položky, ktorá nemá stanovenú alebo dohodnutú cenu v súvislosti s poskytnutím neodkladnej zdravotnej starostlivosti, poskytovateľ môže poisťovňu požiadať o dohodnutie ceny pripočítateľnej položky aj dodatočne, najneskôr však do päť pracovných dní od poskytnutia tejto neodkladnej zdravotnej starostlivosti. V žiadosti je poskytovateľ povinný predložiť doklady (nadobúdacie doklady) preukazujúce nadobúdajúcu cenu pripočítateľnej položky – poisťovňa je v prípade potreby oprávnená vyžiadať si od poskytovateľa aj ďalšie relevantné doklady. Poisťovňa žiadosť poskytovateľa posúdi a v prípade, že jej vyhovie, túto skutočnosť poskytovateľovi písomne oznámi. Cena danej pripočítateľnej položky sa tým považuje za dohodnutú. Poisťovňa následne takto dohodnutú cenu pripočítateľnej položky platnú pre všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti zverejní v dokumente, pričom zverejnená cena je odo dňa jej zverejnenia, resp. odo dňa uvedeného v dokumente. Poisťovňa si vyhradzuje právo na prehodnotenie dohodnutej ceny pripočítateľnej položky najmä v prípade, kedy nadobudne vedomosť o nižšej nadobúdajúcej cene danej pripočítateľnej položky ako je uvedená v dokumente.

- 1.2.11. V prípade hospitalizácie, ktorej doba presiahne 6 po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov a stav pacienta nedovoľuje jeho prepustenie do domácej starostlivosti, poskytovateľ je povinný pred uplynutím 6. mesiaca hospitalizácie pacienta poisťovňu požiadať o schválenie úhrady zdravotnej starostlivosti cenou ošetrovacieho dňa. V prípade schválenia úhrady cenou ošetrovacieho dňa poskytovateľ Hospitalizačný prípad ukončí posledným dňom 6. mesiaca a od prvého dňa 7. mesiaca bude ústavná zdravotná starostlivosť v prípade tohto pacienta uhrádzaná formou ceny ošetrovacieho dňa. Cena ošetrovacieho dňa bude zo strany poisťovne určená až po posúdení náročnosti zdravotnej starostlivosti.
- 1.2.12. V prípade, ak Hospitalizačný prípad bol klasifikovaný do diagnosticko-terapeutickej skupiny, ktorá je v platnom katalógu prípadových paušálov uvedená bez relatívnej váhy, pri vybraných kódoch DRG sa použije relatívna váha uvedená v nasledovnej tabuľke:

DRG	Segment	Popis	Relatívne váhy (RV)	Stredná hodnota ošetrovacej doba	Zníženie RV pri OD kratšej ako dolná hranica		Zvýšenie RV pri OD dlhšej ako horná hranica		Zníženie RV pri externom preložení
					Dolná hranica ošetrovacej doby	Relatívne váhy / deň	Horná hranica ošetrovacej doby	Relatívne váhy / deň	Relatívne váhy / deň
A01A	O	Transplantácia pečene s UPV > 179 hodín	32,8630	58,0	19	1,4374	75	0,5605	
A02Z	O	Transplantácia obličky a pankreasu	10,4953	26,8	9	0,8452	44	0,2952	
A03A	O	Transplantácia pľúc s UPV > 179 hodín	46,7956	72,5	24	1,6789	90	0,5557	
A03B	O	Transplantácia pľúc bez UPV > 179 hodín	14,5104	27,0	9	1,2523	44	0,4174	
A63Z	M	Evaluačná hospitalizácia pred transplantáciou pľúc alebo srdca-pľúc	2,6212	14,1	5	0,4381	25	0,1784	0,1454
A64Z	M	Evaluačná hospitalizácia pred transplantáciou pečene alebo obličky-pankreasu	1,9840	11,0	4	0,4444	22	0,1618	0,1483
A66Z	M	Evaluačná hospitalizácia pred inými transplantáciami orgánov	1,2058	5,2	2	0,4955	13	0,1918	0,1607
B02A	O	Komplexná kraniotómia alebo operácia chrbtice s rádioterapiou, viac ako 8 ožiarení pri určitých nádoroch nervového systému	8,8902	50,4	17	0,4319	67	0,1798	
B44A	I	Komplexná včasná rehabilitačná geriatrická liečba pri určitých funkčných obmedzeniach, ťažké motorické funkčné obmedzenia, s neurologickou komplexnou liečbou akútnej CMP	3,7425	29,5			44	0,0882	0,1219
B44B	I	Komplexná včasná rehabilitačná geriatrická liečba pri určitých funkčných obmedzeniach, ťažké motorické funkčné obmedzenia, bez neurologickej komplexnej liečby akútnej CMP	2,3876	22,5			35	0,0735	0,1005
B44C	I	Komplexná včasná rehabilitačná geriatrická liečba pri určitých funkčných obmedzeniach, bez ťažkého motorického funkčného obmedzenia, s neurologickou komplexnou liečbou akútnej CMP	2,8718	25,1			36	0,0797	0,1095
B44D	I	Komplexná včasná rehabilitačná geriatrická liečba pri určitých funkčných obmedzeniach, bez ťažkého motorického funkčného obmedzenia, bez neurologickej komplexnej liečby akútnej CMP	1,8254	20,8			32	0,0609	0,0831
C10A	O	Výkony na okohybných svaloch so zvýšenou náročnosťou	0,8397	2,9	2	0,2544	4	0,0948	0,1003
D39Z	O	Iné výkony na nose	0,5224	3,5	2	0,1730	6	0,0668	0,0744
D60A	M	Zhubné nádory ucha, nosa, úst a krku, viac ako 1 ošetrovací deň, s veľmi ťažkými alebo ťažkými CC, s endobronchiálnou kryobiopsiou a/alebo rigidnou endoskopiou	0,9515	5,7			14	0,1383	0,0991

E08A	O	Rádioterapia pri ochoreniach a poruchách dýchacích orgánov s OP výkonom alebo s UPV > 24 hodín	4,4779	28,4	9	0,4040	45	0,1278	
K04B	O	Veľké výkony pri obezite bez komplexného výkonu	2,1806	5,2	2	0,3294	8	0,0882	0,1058
L42A	I	Extrakorporálna litotripsia pri močových kameňoch s auxiliárnymi opatreniami alebo pri para-/tetraplégií	0,8504	4,6	2	0,3394	9	0,1075	0,1261
L73Z	M	Ochrvnutie močového mechúra, viac ako jeden ošetrovací deň	0,7211	4,9			11	0,0995	0,1181
M38Z	O	Komplikovaná konštelácia s operačným výkonom pri ochoreniach a poruchách mužských pohlavných orgánov	5,1232	16,7	6	0,6011	31	0,2162	0,2040
N01A	O	Panvová eviscerácia u ženy a radikálna vulvektómia alebo určitá lymfadenektómia s veľmi ťažkými CC, s komplexným výkonom alebo komplikujúca konštelácia	7,1749	24,3	8	0,5154	39	0,2204	0,1629
N01B	O	Panvová eviscerácia u ženy a radikálna vulvektómia alebo určitá lymfadenektómia s veľmi ťažkými CC, bez komplexného výkonu, bez komplikujúcej konštelácie s multiviscerálnym výkonom	6,1311	18,9	6	0,5568	32	0,1240	0,1683
R60A	M	Akútna myeloická leukémia s vysoko komplexnou chemoterapiou	11,0094	49,9	17	0,6407	67	0,2183	0,2140
U40Z	I	Komplexná včasná rehabilitačná geriatrická liečba pri psychických poruchách	1,6835	19,6			29	0,0595	0,0808
V40Z	I	Kvalifikovaná odvykacia kúra	0,9598	10,9			15	0,0612	0,0800
Z44Z	I	Multimodálna liečba bolesti pri faktoroch, ktoré ovplyvňujú zdravotný stav, a iné využitie zdravotných služieb	1,3633	13,7			22	0,0693	0,0922
Z64A	M	Iné faktory, ktoré ovplyvňujú zdravotný stav a následná starostlivosť po ukončenej liečbe s komplexnou rádiodiagnostikou	1,2639	2,4	2	0,6319	4	0,3685	0,3716
		Ostatné DRG skupiny bez určenej relatívnej váhy	1,0164						

### 1.3. Ustanovenia o revíznej činnosti

- 1.3.1. Ak poisťovňa kontrolou zdravotnej starostlivosti uhrádzanej podľa klasifikačného systému zistí, že poskytovateľ porušil pravidlá kódovania podľa dokumentov vydaných Centrom pre klasifikačný systém v znení platnom v čase prijatia poisťenca do zdravotníckeho zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti, Hospitalizačný prípad bude poisťovňou zamietnutý. Poskytovateľ si však môže vykázať Hospitalizačný prípad opätovne v súlade s pravidlami kódovania.
- 1.3.2. V prípade rozdielných názorov zmluvných strán na správnosť kódovania majú možnosť požiadať Centrum pre klasifikačný systém – Odbornú pracovnú skupinu pre sporné situácie v SK-DRG o overenie správnosti kódovania hospitalizačného prípadu.
- 1.3.3. Po vykonaní kontroly v jednotlivých prípadoch sa postupuje podľa bodu 7.9. zmluvy; postupom podľa Všeobecných zmluvných podmienok v platnom znení je poisťovňa zároveň oprávnená uplatniť si u poskytovateľa zmluvnú pokutu vo výške súčiny základnej sadzby s rozdielom medzi evidovanou relatívnou váhou za zdravotnú starostlivosť jednotlivého prípadu vykázaného poskytovateľom a relatívnou váhou za zdravotnú starostlivosť správne vykázaného hospitalizačného prípadu podľa zistení kontroly poisťovne.
- 1.3.4. Poskytovateľ je povinný poskytovať zdravotnú starostlivosť správne a vykazovať ju na úhradu zdravotnej poisťovni tak, aby nedochádzalo k zvýšeniu finančnej náročnosti Hospitalizačného prípadu. Poisťovňa bude akceptovať kontinuálne poskytovanú zdravotnú starostlivosť, ktorá je adekvátna aktuálnemu zdravotnému stavu poisťenca.
- 1.3.5. Po ukončení Hospitalizačného prípadu je poskytovateľ povinný vyhotoviť prepúšťaciu správu (táto zásada platí aj pri preklade pacienta na iné oddelenie), ktorá okrem komplexného hodnotenia zdravotného stavu poisťenca a súhrnu výkonov poskytnutej zdravotnej starostlivosti musí obsahovať aj:
- zoznam liekov, ktoré poskytovateľ podal poisťencovi počas hospitalizácie,
  - zoznam liekov a zdravotníckych pomôcok, ktoré poskytovateľ odporúča predpisovať poisťencovi po ukončení hospitalizácie,
  - mená a kódy lekárov - špecialistov, ktorí odporúčali predpísanie liekov za podmienky dodržania preskripčných a indikačných obmedzení podľa písmena b) tohto bodu,
  - medicínske zdôvodnenie prekladu na iné oddelenie, resp. do iného zdravotníckeho zariadenia,
  - ID, dátum a čas začiatku Hospitalizačného prípadu,
  - ID, dátum a čas začiatku a ukončenia Hospitalizačného prípadu, ak Hospitalizačný prípad bol ukončený.
- 1.3.6. Poskytovateľ je povinný na žiadosť poisťovne umožniť nahliadnutie do evidencie nozokomiálnych nákaz na jednotlivých oddeleniach v zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, prehľadov sledovania rezistencie

jednotlivých mikrobiálnych kmeňov, ústavných liekových formulárov, spotreby antibiotík resp. iných liekov, zaradenia poistencov do klinického výskumu.

**Príloha č. 2j**  
**k Zmluve č. 10NSP1000222**

**Rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti**

**A. Rozsah zdravotnej starostlivosti** – je vecný rozsah a rozsah úhrady poskytovanej zdravotnej starostlivosti, plne alebo čiastočne hradenej na základe verejného zdravotného poistenia.

**I. VECNÝ ROZSAH PREDMETU ZMLUVY**

Vecný rozsah predmetu zmluvy je určený druhom poskytovanej zdravotnej starostlivosti v tom špecializačnom odbore, v ktorom je poskytovateľ oprávnený poskytovať zdravotnú starostlivosť na základe platného rozhodnutia príslušného orgánu, a na ktorom sa zmluvné strany dohodli nasledovne:

<b>Druh zdravotníckeho zariadenia:</b>				
<b>Miesto prevádzky:</b> Štefánikova 812/2, 915 01 Nové Mesto nad Váhom				
<b>Druh a forma zdravotnej starostlivosti podľa Čl. 2 Zmluvy "Predmet zmluvy"</b>				
<b>Ambulantná zdravotná starostlivosť</b>				
<b>1.</b>	Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky	<b>druh</b>	<b>odbornosť ambulancií / (časť kódov poskytovateľa "yzz" )</b>	<b>typ ZS</b>
		Zobrazovacie	023/(503, 505, 508)	400
		FBLR	027/(501)	400
		CT - počítačová tomografia	576/(501)	420

<b>Druh zdravotníckeho zariadenia:</b>				
<b>Miesto prevádzky:</b> Ulica kpt. Nálepku 854/11, 915 01 Nové Mesto nad Váhom				
<b>Druh a forma zdravotnej starostlivosti podľa Čl. 2 Zmluvy "Predmet zmluvy"</b>				
<b>Ambulantná zdravotná starostlivosť</b>				
<b>2.</b>	Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky	<b>druh</b>	<b>odbornosť ambulancií / (časť kódov poskytovateľa "yzz" )</b>	<b>typ ZS</b>
		Zobrazovacie - osteodenzitometria	023/(507)	400

<b>Miesto prevádzky:</b> Dibrovova 860/8, 915 01 Nové Mesto nad Váhom				
<b>Druh a forma zdravotnej starostlivosti podľa Čl. 2 Zmluvy "Predmet zmluvy"</b>				
<b>3. ambulantná zdravotná starostlivosť</b>				
	Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky	<b>druh</b>	<b>odbornosť ambulancií / (časť kódov poskytovateľa "yzz" )</b>	<b>typ ZS</b>
		laboratórne	024/(501)	400
			031/(501)	

\* uvádza sa časť kódu poskytovateľa „yzz“ (tvar kódu poskytovateľa p99999sppyzz), kde „y“ je subkód označujúci druh odborného útvaru a „zz“ označuje poradové číslo rovnakého druhu odborného útvaru rovnakého odborného zamerania v zmysle platného Metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

## II. MAXIMÁLNY ROZSAH ÚHRADY ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Maximálny rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti nehradenej prospektívnym rozpočtom pre vybrané typy zdravotnej starostlivosti je uvedený v tejto časti prílohy.

### Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky – úhrada zdravotnej starostlivosti formou degresu – zmluvný rozsah

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	zmluvný rozsah v €
400, 420	Laboratórne, zobrazovacie, počítačová tomografia - mesačný zmluvný rozsah	88 792,00
400, 420	Laboratórne, zobrazovacie, počítačová tomografia, - zmluvný rozsah od 1.4. 2024 do 30.6.2024	266 376,00
400, 420	Laboratórne, zobrazovacie, počítačová tomografia - polročný zmluvný rozsah	532 752,00

Pokiaľ poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť (v type ZS 400, 420, 421) vo výške presahujú zmluvný rozsah na kalendárny polrok, poisťovňa ju poskytovateľovi uhradí nasledovným spôsobom: úhrada bude realizovaná vo výške 35% zo sumy presahujúcej zmluvný rozsah na kalendárny polrok, maximálne však vo výške 35% zo sumy vypočítanej ako 10% zmluvného rozsahu na kalendárny polrok. V tomto prípade sa postup podľa Čl. 7 bod 7.3 nepoužije.

## III. ÚHRADA NAD MAXIMÁLNY ROZSAH ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Pri zdravotnej starostlivosti hradenej prospektívnym rozpočtom sa nad rámec maximálneho rozsahu úhrady zdravotnej starostlivosti uhrádza:

1. Výkony zdravotnej starostlivosti poskytovanej poisťovňou iných členských štátov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska, cudzincom zo štátov, s ktorými má SR uzavreté medzištátne dohody, bezdomovcom a poisťovňou podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Pri zdravotnej starostlivosti nehradenej prospektívnym rozpočtom sa nad rámec maximálneho rozsahu úhrady zdravotnej starostlivosti uhrádza:

1. Kapitácia.
2. Preventívne zdravotné výkony a ostatné zdravotné výkony vo všeobecnej ambulantnej starostlivosti uvedené v tabuľke „Cena bodu“ a „Cena za výkon“.
3. Ambulantná zdravotná starostlivosť – lieky (A, AS);
4. Individuálne pripočítateľné položky;
5. Preventívne zdravotné výkony a zdravotné výkony, ktoré sú súčasťou preventívnej prehliadky v špecializovanej ambulantnej starostlivosti; výkony s Dg. Q35-Q37 v odbore čelustná ortopédia poskytovaná poisťovňou s rúžštepom pery a rúžštepom podnebia – podmienkou uznania výkonov je predloženie potvrdenia o evidencii poistenca v príslušnom špecializovanom pracovisku;
6. Výkony č. 4M04004 a 4M04007 ako súčasť skriningu rakoviny krčka maternice
7. Zubno-lekárske výkony vrátane stomatoprotetiky;
8. Preventívne zdravotné výkony v stomatológii č. D02, D02a a D06. Poisťovňa neuhrádza zdravotné výkony v základnom prevedení v súvislosti so zubným kazom u poistenca, ktorý v predchádzajúcom kalendárnom roku neabsolvoval preventívnu prehliadku;
9. Zdravotné výkony v stomatológii č. D01 a D05
10. Expektačné lôžka;
11. Paušálna platba na urgentný príjem; zdravotné výkony poskytnuté na urgentnom prijme.
12. Paušálna platba na APS; zdravotné výkony poskytnuté na APS.
13. Výkony ADOS č. 3439, 3440 a 3441
14. Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky – výkony č. 5303, 5305 a 5308 s Dg.Z01.4 ako súčasť preventívnej prehliadky; výkony č. 1301 a 1301a až 1301e s Dg. Z01.6, Z80.3 a Z87.7 ako súčasť skriningu karcinómu prsníka.
15. Výkony RTG, USG a mamografie, resp. výkony rádiologickej diagnostiky v častiach skelet, vnútorné orgány, skiaskopia, osteodenzitometria a ultrazvuk – USG a k tomu prislúchajúce PACS a snímky v súlade s platným katalógom zdravotných výkonov.
16. Výkony poskytované v odbornosti fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia
17. Výkony dialýz; odporúčaný maximálny počet chronických dialýz poskytovaných jednému poistencovi zaradenému do dlhodobého dialyzačného programu (v súlade s koncepciou odboru) sú tri dialýzy týždenne, prekročenie uvedeného počtu musí byť osobitne zdôvodnené v zdravotnej dokumentácii.
18. Výkony LSPP, ZZS, VZZS, prevoz typu APS, LSPP, LSPR, RLP, RZP, MIJ, LPP, LPS, DZSZ, RZP „S“.
19. Lieky, okrem liekov pri mimotelovej eliminačnej liečbe a liekov podávaných v stacionároch s výnimkou psychiatrického stacionára, so symbolom úhrady „A“ zaradené do zoznamu liekov podľa osobitného predpisu, pokiaľ tieto budú preukázateľne nadobudnuté v súlade so všeobecne záväznými predpismi, v súlade so zákonom 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, v súlade so zákonom č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach v znení neskorších predpisov, zákonom č. 147/2001 Z. z. o reklame v znení neskorších predpisov, zákonom č. 18/1996 Z. z. o cenách v znení neskorších predpisov, zákonom č. 431/2002 Z. z. o účtovníctve v znení neskorších predpisov a súvisiacich predpisoch a vykázané v súlade s platným Metodickým usmernením Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou lieky so symbolom úhrady „A“ zaradené do zoznamu liekov podľa osobitného predpisu. Tento bod sa neuplatňuje pre typ zdravotnej starostlivosti 420 – počítačová tomografia a typ zdravotnej starostlivosti 421 –

magnetická rezonancia. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností platí, že úhrada podľa prvej vety tohto bodu je pre typ 420 – počítačová tomografia a 421 – magnetická rezonancia zahrnutá do výpočtu úhrady za zdravotnú starostlivosť poskytnutú v zúčtovacom období podľa Prílohy č. 2j zmluvy - Maximálny rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti".

20. Výkony zdravotnej starostlivosti poskytovanej poistencom iných členských štátov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska, cudzincom zo štátov, s ktorými má SR uzavreté medzištátne dohody, bezdomovcom a poistencom podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.
21. Výkony IVF 1932a, 1192b, 1192c.

