



P81753 35606347 4004OPLK001513 34 0322

**Dodatok č. 34
k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti
č. 4004OPLK001513**

**Článok 1
Zmluvné strany**

Union zdravotná poisťovňa, a. s.

zastúpená: Ing. Elena Májeková, riaditeľka sekcie zdravotného poistenia
so sídlom: Karadžičova 10, 814 53 Bratislava
IČO: 36 284 831
DIČ: 2022152517
IBAN: SK37 8180 0000 0070 0025 6518
označenie registra: Okresný súd Bratislava I, oddiel: Sa, vložka číslo: 3832/B
právna forma: akciová spoločnosť
kód Union zdravotnej poisťovne, a. s.: 27
(ďalej len „zdravotná poisťovňa“)

a

Mestská poliklinika

zastúpený: Ing. Miroslava Križanová, riaditeľka Mestskej polikliniky
so sídlom: SNP 2, 94218 Šurany
IČO: 35606347
identifikátor poskytovateľa (prvých šesť znakov kódu poskytovateľa): P81753
(ďalej len "poskytovateľ" alebo spoločne aj „zmluvné strany“)

Zmluvné strany uzatvárajú tento dodatok č. 34 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti č. 4004OPLK001513 (ďalej v texte aj ako „zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti“):

**Článok 2
Predmet dodatku**

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

1. V písm. f) bodu 4.6. článku IV zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa na začiatku písmena dopĺňajú slová „ak nie je v prílohe č. 2 k tejto zmluve dohodnuté inak,“.
2. V bode 6.1. článku VI zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa dopĺňa nová veta, ktorá znie nasledovne: „Zdravotná poisťovňa môže vykonávať kontrolnú činnosť aj ako kontrolu na diaľku podľa príslušných ustanovení zákona č. 581/2004 Z. z. a podľa bodov 6.4. písm. c), 6.5. až 6.12. tohto článku.“.
3. Bod 7.1. článku VII zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa mení a znie nasledovne: „V prípade, že zdravotná poisťovňa na základe vykonanej kontroly (článok VI zmluvy) zistí, že poskytovateľ vykázal zdravotnej poisťovní výkon v rozpore so zmluvou a/alebo všeobecne záväznými právnymi predpismi a/alebo vykázal výkon, ktorého poskytnutie v celom rozsahu alebo v určitej jeho časti nepreukázal, a zdravotná poisťovňa takýto výkon poskytovateľovi uhradila (ďalej len „neoprávnená úhrada“), poskytovateľ sa zaväzuje, že zdravotnej poisťovni vráti takúto neoprávnenú úhradu alebo jej časť za podmienok podľa bodu 7.2. a 7.4. tohto článku.“.
4. Bod 9.3. článku IX zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa mení a znie nasledovne: „9.3. Zmluva sa uzatvára na dobu neurčitú s výnimkou prílohy č. 2 k tejto zmluve, ktorá je účinná do 30.06.2023.“.
5. Príloha č. 2 – Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s výnimkou Časti - Finančný rozsah pre ŠAS sa nahrádza novým znením, ktoré tvorí neoddeliteľnú prílohu tohto dodatku.

6. Príloha č. 2 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, Časť - Finančný rozsah pre ŠAS sa za obdobie od 01.01.2022 do 31.12.2022 nepoužije.

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

Článok 3 **Spoločné a záverečné ustanovenia**

1. Tento dodatok je neoddeliteľnou súčasťou zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Tento dodatok je vyhotovený vo dvoch rovnopisoch, z ktorých sa každý považuje za originál. Každá zo zmluvných strán obdrží po jednom vyhotovení dodatku.

2. Súhlas s obsahom dodatku vyjadria zástupcovia zmluvných strán svojím podpisom na poslednej strane tohto dodatku.

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

V Bratislave dňa 21.03.2022

Union zdravotná poisťovňa, a.s

Mestská poliklinika

Príloha č. 2
k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah

Časť – Všeobecné ustanovenia

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

- a) Zdravotná poisťovňa uhrádza všetky medicínsky indikované, zdravotnej poisťovni vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony podľa podmienok vyplývajúcich zo zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.
- b) Ak je ako spôsob úhrady určená „cena bodu“, výška úhrady za zdravotný výkon sa určí ako súčin počtu bodov podľa „Zoznamu výkonov a ich bodové hodnoty k zdravotným výkonom uvedeným v časti A“ (ďalej len „zoznam výkonov“) uvedeným v prílohe č. 4 časť C opatrenia MZ SR č. 07045/2003 – OAP z 30. decembra 2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov, s výnimkou zdravotných výkonov, pre ktoré je v tejto prílohe určené iné bodové ohodnotenie, a príslušnej (výslednej) ceny bodu dohodnutej v tejto prílohe pre daný výkon; ak dôjde k zrušeniu právneho predpisu uvedeného v tomto pismene, použije sa na účely určenia bodovej hodnoty posledné platné a účinné znenie tohto právneho predpisu, ak nebude dohodnuté inak.
- c) Ak je ako spôsob úhrady určená „cena výkonu“, príslušná cena za výkon dohodnutá v tejto prílohe predstavuje výšku úhrady za výkon.
- d) Ak je úhrada za zdravotný výkon zahrnutá v úhrade za iný zdravotný výkon alebo v kapitácii, takýto zdravotný výkon sa osobitne neuhrádza a vykazuje sa na úhradu do zdravotnej poisťovne s nulovou výškou úhrady.
- e) Úhrada za zdravotný výkon zahŕňa náklady na všetku zdravotnú starostlivosť poskytnutú v rámci zdravotného výkonu, ak nie je dojednané inak.
- f) Zdravotný výkon, ktorý nemá v zozname výkonov určenú bodovú hodnotu, môže zdravotná poisťovňa uhradiť poskytovateľovi len s jej predchádzajúcim súhlasom a to najviac vo výške preukázateľných nákladov spojených s jeho poskytnutím poistencovi.

2. Ak je ako spôsob úhrady zdravotnej starostlivosti určená kapitácia, zdravotná poisťovňa ju uhrádza za nasledovných podmienok:

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

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

Časť - Všeobecná ambulantná starostlivosť pre dospelých

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

Špecifikácia podmienok úhrady	Kapitácia v €
poistenec vo veku od 18 rokov do 50 rokov života vrátane	2,72
poistenec vo veku od 51 rokov do 60 rokov života vrátane	3,12
poistenec vo veku od 61 rokov do 80 rokov života vrátane	4,60
poistenec vo veku od 81 rokov života	5,04

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

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

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
159b	Vyказuje sa - s kódom choroby Z00.1, Z00.0 alebo Z52.0 u darcov krvi, - s výkonom 160, - aj u poistencov vo veku od 19 do 39 rokov vrátane, ak výkon doteraz alebo v uplynulom roku poskytnutý nebol.	0,065
3671	Vyказuje sa - s kódom choroby Z00.1, Z00.0 alebo Z52.0 u darcov krvi - s výkonom 160	0,065
252b	pri očkovaní proti chrípke sa vyказuje s kódom choroby Z25.1 pri povinnom očkovaní proti diftérii a tetanu sa vyказuje s kódom choroby Z00.0 alebo Z23.5 pri očkovaní proti vírusovej hepatitíde typu A sa vyказuje s kódom choroby Z20.5 alebo Z24.6 pri očkovaní proti vírusovej hepatitíde typu B sa vyказuje s kódom choroby Z20.5 alebo Z24.6 pri očkovaní proti vírusovej hepatitíde typu A + B sa vyказuje s kódom choroby Z20.5 alebo Z24.6 pri očkovaní proti meningokokovej meningitíde sa vyказuje s kódom choroby Z20.8 pri očkovaní proti kliešťovej encefalitíde sa vyказuje s kódom choroby Z24.1 pri očkovaní proti pneumokokom sa vyказuje s kódom Z23.8 v zmysle indikačných obmedzení pri očkovaní proti osýpkam sa vyказuje s kódom choroby Z27.4, Z27.8, Z27.3, Z27.1, Z24.4	0,08
25 26 29	Výkon 25 je možné vykázat' aj: - s výkonom 160 u imobilných poistencov alebo z dôvodu iného závažného dlhodobého zdravotného postihnutia poistenca, - s výkonom 252b, ak ide o vykonanie očkovania na základe rozhodnutia regionálneho úradu verejného zdravotníctva alebo Úradu verejného zdravotníctva SR u poistencov, ktorí dlhodobo odmietajú dostaviť sa do ambulancie poskytovateľa za účelom vykonania očkovania. O uvedených skutočnostiach vykoná poskytovateľ záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca	0,03
4;5;6;30	Výkony sa vyказujú nasledovne: - výkon 4 s výkonom 25 alebo 26 - výkon 5 s výkonom 26 a s výkonom 30 - výkon 6 s výkonom 26 alebo 29 a s výkonom 30 - výkon 30 s výkonom 26 alebo 29	0,015
40	Zotrúvanie poskytovateľa pri poistencovi mimo ambulancie cez deň (za každú začatú polhodinu), najmä v súvislosti s potrebou jeho zotrúvania do príchodu záchranej zdravotnej služby zabezpečujúcej prevoz poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti; vyžaduje sa odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii poistenca.	0,015
41	Zotrúvanie poskytovateľa pri poistencovi mimo ambulancie v noci medzi 20.00 a 7.00 hodinou (za každú začatú polhodinu), najmä v súvislosti s potrebou jeho zotrúvania do príchodu záchranej zdravotnej služby zabezpečujúcej prevoz poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti; vyžaduje sa odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii poistenca	0,015
5702*	Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie aspoň s 10 QRS komplexami, ak ho poskytovateľ sám vykoná a vyhodnotí.	0,00861
5300*	USG vyšetrenie v ambulancii VLD – hornej časti brucha	0,00924
5301*	USG vyšetrenie v ambulancii VLD – jedného orgánu alebo orgánového systému	

4571a	C - reaktívny proteín, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil (380 bodov).	0,0132
-	Vybrané výkony za podmienok uvedených v dokumente „Usmernenie k vykazovaniu výkonov telemedicíny“ zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne. V prípade zmeny uvedeného dokumentu zdravotná poisťovňa elektronickou poštou o tom informuje poskytovateľa najneskôr 7 dní pred plánovaným dňom účinnosti takejto zmeny, ak zdravotná poisťovňa disponuje mailovým kontaktom poskytovateľa.	0,026
-	Výkony (okrem SVLZ výkonov) neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanému poistencovi	0,03
-	SVLZ výkony neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanému poistencovi	0,00861
-	Výkony (okrem SVLZ výkonov) zdravotnej starostlivosti poskytnuté poistencovi EÚ s výnimkou výkonov, pre ktoré je v tejto časti prílohy určená iná cena bodu alebo cena výkonu	0,03
-	SVLZ výkony zdravotnej starostlivosti poskytnuté poistencovi EÚ s výnimkou výkonov, pre ktoré je v tejto časti prílohy určená iná cena bodu alebo cena výkonu	0,00861

* Výkon sa uhrádza na základe splnenia povinnosti poskytovateľa podľa bodu 4.6. písm. f) tejto zmluvy, prípadne aj po preukázaní ďalších podmienok úhrady výkonu. Zdravotnou poisťovňou schválený zdravotný výkon podľa predchádzajúcej vety, s uvedením kódu odbornosti ambulantnej zdravotnej starostlivosti a kódu zdravotného výkonu tvoria prílohu č. 3, ktorá tvorí neoddeliteľnú súčasť tejto zmluvy. Pri výkone 5300 a 5301 sa vyžaduje zdokladovanie certifikátu o spôsobilosti vykonávať dané vyšetrenia vydaného na to oprávnenou slovenskou vzdelávacou ustanovitzhou alebo zdokladovanie certifikátu uznaného Ministerstvom zdravotníctva SR. Pre účely uhrádzania výkonov 5702, 5702Z, 5715, H0007, H0008 a 629b podľa príslušných zmluvných podmienok nie je potrebné, aby poskytovateľ žiadal zdravotnú poisťovňu o zazmluvnenie uvedených výkonov v zmysle bodu 4.6. písm. f) zmluvy a ani aby boli dané výkony uvedené v prílohe č. 3 k zmluve. Pre účely vykonávania, vykazovania a uhrádzania výkonov 5702, 5702Z, 5715, H0007, H0008 a 629b je poskytovateľ povinný disponovať dokladom o vlastníctve alebo prenájme prístroja s platným certifikátom (vyhlásením o zhode), zaškolením výrobcom alebo distribútorom prístroja a na vyžiadanie zdravotnej poisťovne tieto doklady predložiť v origináli k nahliadnutiu zdravotnej poisťovni alebo vo forme kópie ich doručiť zdravotnej poisťovni.

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

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena výkonu v €
60	Komplexné vyšetrenie poistenca pri prevzatí dospeléj osoby do zdravotnej starostlivosti ako prvotné komplexné vyšetrenie s vystavením zdravotného záznamu. Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok: – Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z. – Poskytovateľ poskytne poistencovi komplexné vyšetrenie (kompletná anamnéza, vyšetrenie všetkých orgánových systémov, založenie zdravotnej dokumentácie a stanovenie diagnostického záveru a diagnostického a liečebného plánu) v termíne do 60 dní od podpísania dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. – Kontrola povinného očkovania poistenca. Kontrola poslednej preventívnej prehliadky poistenca.	4,50
60b	Základné vyšetrenie zahŕňa potrebné odbery krvi, zhodnotenie laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení a zaradenie pacienta do rizikovej skupiny ASA podľa Odborného usmernenia MZ SR č. 12826/2014 – SZ o vykonávaní ambulantných vyšetrení u dospelých pred plánovanými zdravotnými výkonmi s potrebou anesteziologickej starostlivosti zo dňa 11.6.2014 v platnom znení. Ak ďalej nie je uvedené inak, výkon možno vykazovať iba raz v rámci jednej operácie, výkon sa vykazuje s kódom choroby, pre ktorú je poistenec plánovaný na operáciu. Zdravotná poisťovňa akceptuje vykávanie výkonu aj opakovane pre účely toho istého operačného zákroku, ak je predoperačné vyšetrenie opakované z dôvodu zrušenia operačného zákroku a z dôvodu uplynutia platnosti predoperačného vyšetrenia podľa klasifikácie ASA. V prípade odoslania poistenca na vykonanie predoperačného vyšetrenia k lekárovi špecializovanej zdravotnej starostlivosti, zdravotná poisťovňa poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súvislosti s predoperačným vyšetrením uhrádza v rámci kapitačnej platby za poistenca.	16,00
159a	Vykazuje sa - pri pozitívnom výsledku s kódom choroby Z00.0 alebo Z12.1 - u poistencov vo veku nad 40 rokov raz za dva roky a u poistencov s pozitívnou rodinnou anamnézou karcinómu hrubého čreva a konečníka	9,68
159z	Vykazuje sa - pri negatívnom výsledku s kódom choroby Z00.0 alebo Z12.1 - u poistencov vo veku nad 40 rokov raz za dva roky a u poistencov s pozitívnou rodinnou anamnézou karcinómu hrubého čreva a konečníka	9,68
159x	Vykazuje sa - pri neznámom / znehodnotenom teste s kódom choroby Z00.0 alebo Z12.1 - u poistencov vo veku nad 40 rokov raz za dva roky a u poistencov s pozitívnou rodinnou anamnézou karcinómu hrubého čreva a konečníka	9,68
160	Vykazuje sa	23,73

	- s kódom choroby Z00.0 alebo Z52.0 u darcov krvi, s výkonom 5702 (výkon je hrazený osobitne) u poistencov, ktorí dovŕšili 40 rokov veku, ak ho poskytovateľ sám urobil a vyhodnotil	
163	Obsahom zdravotného výkonu je realizácia testu na zistenie rizika kognitívneho deficitu, ktorý/ktorého - sa môže vykonať u poistencov vo veku nad 50 rokov maximálne raz dva roky v rámci preventívnej prehliadky, alebo v prípade záujmu poistenca, - sa vykazuje s diagnózami v závislosti od výsledku testu: <ul style="list-style-type: none"> • negatívny výsledok testu: Z00.0 (všeobecné lekárske vyšetrenie) • pozitívny výsledok testu: Z03.2 (pozorovanie pri podozrení na duševnú poruchu a poruchu správania), - výstupom je celkové dosiahnuté skóre, - po vypínení zostáva súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca. Výsledok testu všeobecný lekár oznámi poistencovi, poskytne mu informácie a zabezpečí jeho ďalší manažment (napr. odporúčenie odborného vyšetrenia u špecialistu).	6,00
250D	Delegovaný odber biologického materiálu na základe písomnej žiadosti ŠAS pri návšteve poistenca v ambulancii VLD. Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok: <ul style="list-style-type: none"> - Poskytovateľ dodržiava postup, ktorý ustanovuje Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o postupe objednávaní, vykonávaní a kontroly laboratórných a zobrazovacích vyšetrení zo dňa 10.06.2014 číslo 02032/2014-SZ v platnom znení, - poskytovateľ dodržiava podmienky zdravotnej indikácie v zmysle účelného, efektívneho a hospodárneho nakladania s prostriedkami verejných zdrojov. 	1,05
629b*	Skríningový antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou Obsahová náplň výkonu: Skríningový, rýchly antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou zahŕňa odber biologického materiálu na stanovenie antigénov SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou pomocou prístroja na odčítanie výsledku reakcie, vrátane použitia osobných ochranných pracovných prostriedkov a dezinfekcie. Zdravotný výkon vykonáva lekár alebo sestra, sestra špecialistka alebo iný zdravotnícky pracovník. Vyhodnotenie je súčasťou zdravotného výkonu. Výkon: <ul style="list-style-type: none"> - je indikovaný na základe klinickej (nie výlučne epidemiologickej) indikácie ošetrojúceho lekára, - uhrádza sa u symptomatického pacienta s klinickými príznakmi respiračného syndrómu, - vykazuje sa diagnózou U07.1 alebo U07.2, - sa uhrádza u jedného poistenca maximálne 2x za 30 dní, - bol zrealizovaný za pomoci certifikovaného antigénového testu, - sa vykazuje s diagnózou U07.1. alebo U07.2. Odber pre účely výkonu sa vykonáva s použitím osobitných ochranných pracovných prostriedkov: <ul style="list-style-type: none"> - respirátor FFP2-3, respirátor musí byť prekrytý rúškom, ak má výdychový ventil, - ochranný plastický tvárový štít alebo okuliare, - jednorazové rukavice. Zároveň sú splnené aj tieto podmienky: <ul style="list-style-type: none"> - zrealizuje sa dezinfekcia bezprostredného priestoru po odbere pre účely daných výkonov; - poskytovateľ v prípade pozitívne testovaného poistenca zabezpečil ďalší manažment starostlivosti o pacienta, Výkon 629b nie je možné vzájomne kombinovať s výkonom 629a pri jednom vyšetrení pacienta.	10,20
1540	Výplach zvukovodu (jedno ucho). Výkon sa uhrádza dva krát ročne u jedného poistenca.	1,00
5702Z*	Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie aspoň s 10 QRS komplexami ako súčasť predoperačného vyšetrenia podľa Odborného usmernenia MZ SR č. 12826/2014 – SZ o vykonávaní ambulantných vyšetrení u dospelých pred plánovanými zdravotnými výkonmi s potrebou anestéziologickej starostlivosti zo dňa 11.6.2014 v platnom znení; vykazuje sa s výkonom 60b. Zdravotná poisťovňa akceptuje vykávanie výkonu aj opakovane pre účely toho istého operačného zákroku, ak je predoperačné EKG opakované z dôvodu zrušenia operačného zákroku a z dôvodu uplynutia platnosti predoperačného vyšetrenia podľa klasifikácie ASA.	4,74
5715*	24 hodinové monitorovanie tlaku krvi" pre diagnostiku a liečbu artériovej hypertenzie u dospelých pacientov v ambulancii všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti (ďalej aj ako „výkon AMTK v ambulancii VLD“) v súlade s Odborným usmernením MZ SR č. Z52182-2014 - IZP na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s artériovou hypertenziou zo dňa: 1. 12. 2014 v platnom znení. Výkon AMTK v ambulancii VLD pre účel tejto prílohy zahŕňa meranie a vyhodnotenie tohto výkonu na	16,50

	<p>základe Klinických indikácií pre meranie tlaku krvi mimo ambulancie na diagnostické účely podľa Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s arteriou hypertenziou, pokiaľ vyšetrenie nemožno nahradiť domácim monitorovaním tlaku krvi.</p> <p>Výkon sa uhrádza, ak:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pri realizácii výkonu AMTK v ambulancii VLD boli dodržané podmienky indikácie a štandardné terapeutické postupy, - indikácia poskytnutia výkonu zodpovedá klinickému stavu a odporúčaniam podľa Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s arteriou hypertenziou. - kontrola vyšetrením maximálne v dvojročnom intervale podľa zdravotného stavu poistenca; v prípade nutnosti častejšej kontroly písomné zdôvodnenie PZS, - v uplynulom období 2 rokov nebol výkon vykonaný v ambulancii špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti príslušného špecializačného odboru, <p>je zabezpečené správne vedenie a archivovanie zdravotnej dokumentácie pacienta vrátane písomného záznamu, vyhodnotenia vyšetrenia a diagnostického záveru.</p>	
H0003	<p>Iniciálne vyšetrenie poistenca s arteriou hypertenziou, dyslipidémiou a/alebo obezitou</p> <p>Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok: Diferenciálna diagnostika artériovej hypertenzie, dyslipidémie alebo obezity v zmysle príslušných odborných usmernení MZ SR na poskytovanie ambulantnej starostlivosti dospelým poistencom s arteriou hypertenziou, dyslipidémiou a/alebo obezitou. Ak ide o poistenca, ktorý má len izolovanú obezitu (t.j. nemá arteriou hypertenziu a/alebo dyslipidémiu), podmienkou úhrady je aj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • BMI: 30 – 34,99 (obezita I. stupňa) alebo 35 – 39,99 (obezita II. stupňa) alebo nad 40 (obezita III. stupňa) • a súčasne prítomný marker vysokého rizika vzniku metabolických a obehových komplikácií spojených s obezitou na základe distribúcie tuku - obvod pásu v cm: muži nad 102 cm, ženy nad 88 cm <p>Vykázanie výkonu jedenkrát za kalendárny rok po stanovení diagnostického záveru a diagnostického a liečebného plánu zdravotnej poisťovni nad rámec kapitácie s príslušnou diagnózou zistenou pri vyšetrení.</p> <p>Za iniciálne vyšetrenie sa považuje stav, keď poistenec v bezprostredne predchádzajúcich 24 mesiacoch nebol sledovaný ani liečený pre arteriou hypertenziu, dyslipidémiu a/alebo obezitu.</p> <p>V cene výkonu je zahrnuté komplexné vyšetrenie poistenca, vyhodnotenie laboratórných, doplnkových a pomocných vyšetrení, odporúčenie ďalšej diagnostiky a liečby a stanovenie ďalšieho postupu v zmysle príslušných odborných usmernení MZ SR na poskytovanie ambulantnej starostlivosti dospelým poistencom s arteriou hypertenziou, dyslipidémiou a/alebo obezitou.</p> <p>V prípade hodnotenia laboratórných alebo zobrazovacích vyšetrení pri iniciálnom vyšetrení poisťovňa akceptuje aj vyšetrenia, ktoré neboli realizované bezprostredne v čase vyšetrenia a dátum ich realizácie nie je starší ako 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 signifikantne zmenené. V tomto prípade je poskytovateľ povinný zaznamenať alebo založiť do zdravotnej dokumentácie všetky výsledky tak, aby bolo zrejmé dátum ich realizácie a výsledok jednotlivých parametrov a jeho vyhodnotenie v rámci diferenciálnej diagnostiky alebo liečebného plánu.</p> <p>V prípade 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 v príslušnom odbornom usmernení MZ SR, pokiaľ budú zaznamenané v zdravotnej dokumentácii.</p> <p>Pokiaľ vyšetrenia a ich výsledky neboli realizované alebo neboli v rozmedzí fyziologických hodnôt, tak je potrebné ich vyšetriť a výsledok zaznamenať do zdravotnej dokumentácie poistenca. V opačnom prípade výkon H0003 nebude akceptovaný.</p> <p>Pokiaľ je potrebné, vzhľadom k zdravotnému stavu poistenca vykonať ďalšie doplňujúce vyšetrenia potrebné k diagnostike a liečbe poistenca s arteriou hypertenziou, dyslipidémiou a/alebo obezitou nad rámec odborného usmernenia MZSR, ošetrojúci lekár zdôvodní ich vykonanie a výsledky zaznamená do zdravotnej dokumentácie poistenca.</p>	12,00
H0004	<p>Kontrolné vyšetrenie poistenca s arteriou hypertenziou, dyslipidémiou a/alebo obezitou</p> <p>Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok:</p>	12,00

	<p>Vykázanie výkonu s príslušnou korektnou diagnózou: artériová hypertenzia, dyslipidémia a/alebo obezita trikrát za kalendárny rok. V prípade vyššej frekvencie návštev je ďalšia poskytnutá zdravotná starostlivosť uhrádzaná cenou kapitácie.</p> <p>Ak ide o poistenca, ktorý má len izolovanú obezitu (t.j. nemá artériovú hypertenziu a/alebo dyslipidémiu), podmienkou úhrady je aj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • BMI: <ul style="list-style-type: none"> 30 – 34,99 (obezita I. stupňa) alebo 35 – 39,99 (obezita II. stupňa) alebo nad 40 (obezita III. stupňa) • a súčasne prítomný marker vysokého rizika vzniku metabolických a obehových komplikácií spojených s obezitou na základe distribúcie tuku - obvod pásu v cm: muži nad 102 cm, ženy nad 88 cm <p>Za kontrolné vyšetrenie sa považuje stav, keď poistenec má diagnostikovanú artériovú hypertenziu, dyslipidémiu a/alebo obezitu a je v starostlivosti všeobecného lekára a zároveň nie je pre dané diagnózy dispenzarizovaný alebo liečený u lekára - špecialistu, okrem pomocného alebo konziliárneho vyšetrenia u lekára špecialistu alebo iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti za účelom konzultácie alebo vykonania zobrazovacieho vyšetrenia. V prípade konfliktu (neuznania výkonu) zdravotná poisťovňa na základe reklamácie poskytovateľom zdravotnej starostlivosti vyúčtovania preverí text výmenného lístka a obsah požiadavky všeobecného lekára na poskytnutie zdravotnej starostlivosti v ambulancii lekára - špecialistu.</p> <p>V cene výkonu je zahrnuté komplexné vyšetrenie poistenca, vyhodnotenie výsledkov všetkých dostupných vyšetrení, odporúčenie ďalšej liečby a stanovenie ďalšieho postupu v zmysle odborného usmernenia MZ SR na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým poistencom s artériovou hypertenziou, dyslipidémiou a/alebo obezitou v zmysle príslušného odborného usmernenia MZ SR.</p> <p>Pokiaľ vyšetrenia a ich výsledky neboli realizované alebo neboli v rozmedzí fyziologických hodnôt, tak je potrebné ich vyšetrit' a výsledok zaznamenať do zdravotnej dokumentácie poistenca. V opačnom prípade výkon H0004 nebude akceptovaný.</p> <p>Pokiaľ je potrebné vykonať ďalšie doplňujúce vyšetrenia potrebné k diagnostike a liečbe poistenca s artériovou hypertenziou, dyslipidémiou a/alebo obezitou alebo liečbou nad rámec odborného usmernenia MZ SR, ošetrujúci lekár ich urobí sám, zdôvodní ich vykonanie a výsledky do zdravotnej dokumentácie poistenca.</p> <p>V prípade hodnotenia laboratórnych alebo zobrazovacích vyšetrení pri kontrolnom vyšetrení poisťovňa akceptuje aj vyšetrenia, ktoré neboli realizované bezprostredne v čase vyšetrenia a dátum ich realizácie nie je starší ako 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 poskytovateľ povinný zaznamenať alebo založiť do zdravotnej dokumentácie všetky výsledky tak, aby bolo zrejmé dátum ich realizácie a výsledok jednotlivých parametrov a jeho vyhodnotenie v rámci diferenciálnej diagnostiky alebo liečebného plánu.</p> <p>V prípade laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení realizovaných iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti alebo realizovaných za účelom iných potrebných vyšetrení, ktorých výsledok nie starší ako 3 mesiace (90 dní) bol vo fyziologickom rozmedzí, poisťovňa ich bude akceptovať za podmienky, že neprekročili časový interval odporúčený v príslušnom odbornom usmernení MZ SR, pokiaľ budú zaznamenané v zdravotnej dokumentácii.</p>	
<p>H0006</p>	<p>Stratifikácia kardiovaskulárneho rizika</p> <p>Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok:</p> <ul style="list-style-type: none"> - poskytovateľ vykonáva u poistencov nad 40 rokov stratifikáciu kardiovaskulárneho rizika systémom SCORE v súlade s Odborným usmernením Ministerstva zdravotníctva SR č. Z52182-2014 - IZP na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s artériovou hypertenziou zo dňa 1. 12. 2014 v platnom znení a v súlade s Odborným usmernením Ministerstva zdravotníctva SR č. Z51948-2015-IZP na poskytovanie zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s dyslipidémiou v ambulantnej zdravotnej starostlivosti zo dňa: 27. 11. 2015 v platnom znení, - maximálne jedenkrát za kalendárny rok u jedného poistenca, - ak je vykázaný pri preventívnej prehliadke minimálne s jedným rizikovým faktorom, napr. artériovou hypertenziou, dyslipidémiou, obezitou, fajčením, diabetes mellitus, a s kódom diagnózy, pre ktorú bola stratifikácia kardiovaskulárneho rizika u poistenca vykonaná, alebo ak je vykázaný pri starostlivosti o pacienta s artériovou hypertenziou a/alebo dyslipidémiou (výkon č. H0003/H0004) a súčasne poistenec nie je dispenzarizovaný u iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti pre dané ochorenie, - ak je s výkonom v dávke 751a Dátové rozhranie - Vykazovanie výkonov v ambulantnej zdravotnej starostlivosti určenom príslušným metodickým usmernením Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, v položke č. 13 – PRIPOČITATEĽNÁ POLOŽKA v závislosti od rizika alebo dosiahnutého skóre vykázaná pripočítateľná položka v tvare: <ul style="list-style-type: none"> • SKOR01 pri nízkom riziku alebo SCORE <1%, 	<p>5,00</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • SKOR02 pri strednom riziku alebo SCORE $\geq 1\% < 5\%$, • SKOR03 pri vysokom riziku alebo SCORE $\geq 5\%$ a $< 10\%$, • SKOR04 pri veľmi vysokom riziku alebo SCORE $\geq 10\%$; <p>pričom na 5. a 6. mieste položky je vyjadrenie dosiahnutého skóre,</p> <ul style="list-style-type: none"> - pri novozistenej fibrilácii predsiení stanovenie rizika CMP podľa príslušného odborného usmernenia MZSR; v tomto prípade sa výkon vykazuje s dg. I48.9 a podmienkou je aj vyhotovenie a vyhodnotenie 12-zvodového EKG záznamu s minimálne s 10QRS komplexami, - poskytovateľ súhlasí, aby zdravotná poisťovňa analyzovala údaje o dosiahnutom skóre jeho kapitáčného kmeňa pre účely benchmarku poskytovateľov zdravotnej starostlivosti; o výsledkoch takejto analýzy zdravotná poisťovňa môže oboznámiť poskytovateľa. 	
H0007*	<p>Meranie INR z kapilárnej krvi všeobecným lekárom pre dospelých (ďalej aj ako „vyšetrenie INR VLD“) sa uhrádza, ak poskytovateľ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - je držiteľom certifikátu o absolvovaní certifikačného školenia na Lekárskej fakulte Slovenskej zdravotníckej univerzity (LF SZU) alebo predloží písomné čestné vyhlásenie, že sa oboznámil a bude dodržiavať postupy antikoagulačnej liečby zverejnené na webovom sídle zdravotnej poisťovne, - je účastníkom povinného externého hodnotenia kvality akreditovaným prevádzkovateľom EHK so získaním osvedčenia o účasti a absolvovaní externého hodnotenia kvality v dvojročnom cykle, - je držiteľom Prehlásenia ES o zhode P.O.C.T. prístroja podľa smernice IVD; technická špecifikácia prístroja je v zhode s ISO 17593 a ISO 22870 a metrologická nadväznosť merania je v súlade s WHO, - dodržiava indikácie a štandardné terapeutické postupy pri výkone zdravotného výkonu, - správne vedie a archivuje zdravotnú dokumentáciu vrátane písomného záznamu o posúdení rizika krvácania a určenia rizika tromboembolizmu pri nastavovaní pacienta na antikoagulačnú liečbu, - vedie dokumentáciu údržby P.O.C.T. prístroja v predpísanom režime. - je povinný v polročných intervaloch vyhodnotiť a v dokumentácii zaznamenať hodnotu TTR. V prípade dvoch za sebou nasledujúcich neuspokojivých hodnôt TTR je poskytovateľ povinný odoslať pacienta na ďalší manažment antikoagulačnej liečby na pracovisko ŠAS (hematológ, kardiológ, internista). <p>Výšetrenie INR VLD v ambulancii lekára nie je povolené vykázať, ak súčasne v ten istý deň bolo toto vyšetrenie indikované do laboratória. Maximálna frekvencia vyšetrení INR VLD v ambulancii lekára u jedného poistenca maximálne 16 / rok.</p>	5,20
H0008*	<p>Stanovenie indexu ABI oscilometrickou metódou Obsahom zdravotného výkonu je meranie a vyhodnotenie indexu ABI oscilometrickou metódou na štyroch končatinách pri včasnej diagnóze ischemickej choroby dolných končatín (ICHDK). Výkon sa uhrádza:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. u symptomatických pacientov s podozrením na ICHDK, 2. u asymptomatických pacientov nad 50 rokov s minimálne jedným rizikovým faktorom (arteriálna hypertenzia, abnormálne EKG, diabetes mellitus, obezita s BMI nad 30, fajčiari, vysoká hladina celkového cholesterolu, porucha metabolizmu lipidov, pacienti a postihnutí koronárnymi alebo cerebrálnymi artériami, a pod.), 3. u všetkých poistencov nad 60 rokov. <p>V prípadoch definovaných pod bodom 2 a 3 zdravotná poisťovňa akceptuje a osobitne nad rámec kapitácie uhrádza výkon 1x za 2 kalendárne roky pri vykázaní preventívnej prehliadky.</p> <p>Výkon nebude akceptovaný a uhradený, ak dané vyšetrenie bolo vykonané v špecializovanej ambulantnej starostlivosti alebo ak je poistenec dispenzarizovaný u poskytovateľa špecializovanej ambulantnej starostlivosti kvôli ICHDK.</p>	6,00
FOB	<p>Uhrádza sa nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok: Vykazuje sa ako príspevateľná položka k výkonom 159a, 159z, 159x jedenkrát za dva kalendárne roky u kapitovaných poistencov vo veku 40 – 70 rokov života. Poskytovateľ pacienta preukázateľne pozval na vyšetrenie (SMS, mail, list), pričom kópiu pozvánky formou SMS, mailu alebo listu založil do zdravotnej dokumentácie pacienta. V prípade pozitívnosti výsledku vyšetrenia FOB (TOKS) poskytovateľ poučil pacienta o možnosti vykonania kolonoskopického vyšetrenia u zmluvných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorých zoznam vedie zdravotná poisťovňa na svojom webovom sídle. Súhlas a porozumenie s obsahom poučenia pacient potvrdí svojim podpisom v zdravotnej dokumentácii podľa príslušného ustanovenia zákona č. 576/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov.</p>	2,00
EDU	Uhrádza sa nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok:	2,00

	<p>Vyказuje sa ako pripočítateľná položka jedenkrát za kalendárny rok k výkonu H0003 a trikrát za kalendárny rok k výkonu H0004. V prípade vyššej frekvencie je ďalšia poskytnutá zdravotná starostlivosť uhrádzaná cenou kapitácie.</p> <p>Za edukáciu pacienta s arteriálnou hypertenziou, dyslipidémiou a/alebo obezitou pri poučení o úprave životného štýlu a/alebo farmakoterapie sa považuje jeho poučenie sestrou alebo lekárom.</p> <p>Konkrétny obsah edukácie určuje dokument, ktorý je uverejnený na webovom sídle poisťovne. Podpísaním tohto dokumentu pacient potvrdí poučenie sestrou alebo lekárom a následne pacientom popísaný dokument poskytovateľ založí do zdravotnej dokumentácie pacienta.</p>	
--	---	--

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

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

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

		Max. bonus spolu:	1,36 €
Oblasť	Názov ukazovateľa	Špecifikácia ukazovateľa	Bonus (€)
Prevenícia	Preventívne prehliadky	Splnené, ak % vykonaných kompletných preventívnych prehliadok (PP) u kapítovaných poisťencov, ktorí ju mali absolvovať v hodnotenom období, bolo minimálne 21 %; v tomto prípade je priznaný bonus vo výške 0,05 €. Ak podmienka podľa predchádzajúcej vety nie je splnená, avšak % vykonaných nekompletných PP u kapítovaných poisťencov, ktorí ju mali absolvovať v hodnotenom období, bolo minimálne 21 %, je priznaný bonus vo výške 0,02 €. Definícia kompletnej a nekompletnej PP je uvedená v písmene e) tohto bodu tejto časti prílohy.	0,05 (max.)
	Racionálna farmakoterapia	Splnené, ak minimálne u 10% pacientov, ktorým bol elektronicky vystavený lekárske predpis alebo lekárske poukaz, bol v deň jeho vystavenia zobrazená aj elektronická lieková knižka.	0,02
Kvalita	Náročnosť kmeňa	Ukazovateľ hodnotí náročnosť kmeňa poskytovateľa s využitím indexov rizika používaných v preozdrovaní poisťného na verejné zdravotné poistenie podľa zákona č. 580/2004 Z. z. (demografické, farmaceuticko-nákladové a viacročné nákladové skupiny) v poslednom mesiaci hodnoteného obdobia. Porovnáva náročnosť kmeňa poskytovateľa so všetkými poskytovateľmi v danej odbornosti k poslednému mesiacu hodnoteného obdobia, na základe čoho sa vytvorí rebríček hodnotených poskytovateľov. Pásma pre stanovenie bonusu: dolných 25% poskytovateľov = bonus 0,04 €, stredné pásmo poskytovateľov = bonus 0,08 €, horných 25% poskytovateľov = bonus 0,16 €.	0,16 (max.)
	"Gatekeeping"	Splnené, ak % ošetrovaných kapítovaných poisťencov odoslaných do ambulancie špecializovanej ambulantnej starostlivosti neprekročí 25% alebo je v rozmedzí od 25% (vrátane) do 30% alebo je v rozmedzí od 30% (vrátane) do 35%. Pásma pre stanovenie bonusu: do 25% = bonus 0,75 €; od 25% (vrátane) do 30% = bonus 0,15 €; od 30% (vrátane) do 35% = bonus 0,05 €	0,75 (max.)
Elektronické služby	eObjednávanie	Ukazovateľ je splnený, ak poskytovateľ zverejní aspoň 1 termín za kalendárny mesiac (= 6 termínov za hodnotené obdobie) v jednom z online objednávkových systémov spĺňajúcich kritériá zverejnených na webovom sídle zdravotnej poisťovne. Pre účely vyhodnocovania ukazovateľa eObjednávanie poskytovateľ súhlasí, aby jeho dodávateľ online objednávkového systému poskytoval zdravotnej poisťovni údaje o využívaní tohto systému poskytovateľom v rozsahu nevyhnutnom na vyhodnotenie ukazovateľa eObjednávanie.	0,06
Dostupnosť	Počet kapítovaných poisťencov	V závislosti od počtu kapítovaných poisťencov u poskytovateľa k poslednému dňu hodnoteného obdobia sa výška bonusu za tento ukazovateľ určí podľa podmienok v zmysle písmena f) tohto bodu tejto časti zmluvy; výška bonusu je min. 0,01 € a max. 0,32 €.	0,32 (max.)

e) Na účely hodnotenia ukazovateľa s názvom „Preventívne prehliadky“ ide o kompletnú PP vtedy, keď okrem samotného výkonu PP bola u daného poistenca indikovaná a realizovaná aj súvisiaca diagnostika v intervale +/- 90 dní odo dňa vykonania PP. Pod súvisiacou diagnostikou sa rozumejú súvisiace zdravotné výkony označené symbolom „x“ v tabuľke tohto písmena. Hodnotený poskytovateľ vykazuje súvisiaci výkon len vtedy, ak ho sám realizoval. Ak súvisiaci výkon realizoval iný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, vykáže ho tento poskytovateľ zdravotnej starostlivosti. Pri vyhodnocovaní sa prihliada na to, či na rodné číslo daného poistenca, ktorý podstúpil PP, bol súvisiaci výkon vykázaný a uznaný. PP, ktorá nespĺňa podmienky tohto písmena, je nekompletná PP.

Kód výkonu	poistenec od 18 do 40 rokov	poistenec od 40 rokov (vrátane)
3679 alebo 3679a	X	X
3671	X	X
3784 alebo 3782 alebo 3783	X	X
5702 alebo 603a + 15c		X
3692	X	X

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

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

Časť - Všeobecná ambulantná starostlivosť pre deti a dorast (vrátane dorastu)

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

Špecifikácia podmienok úhrady	Kapitácia v €
poistenec do 1 roka veku	8,24
poistenec od 1 do 2 rokov veku vrátane	6,48
poistenec od 3 do 5 rokov veku vrátane	6,24
poistenec od 6 do 14 rokov veku vrátane	4,31
poistenec od 15 do 18 rokov veku vrátane	2,72
poistenec od 19 do 28 rokov vrátane	2,72

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

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

Kód výkonu	Cena bodu v €
142	0,099
143, 143a, 144, 145, 145a, 146, 146a, 146b, 146c, 148, 148a, 148b, 148c, 149, 149a, 149b, 149c, 149d, 149f, 950, 953 (pri vykázaní s kódom choroby Z00.1) Výkon 950 je možné vykazať v kombinácii s výkonom s 143, 143a, 144, 145, 145a, 146, 146a, 146b, 146c.	0,065
143, 143a, 144, 145, 145a, 146, 146a, 146b, 146c, 148 (pri vykázaní s kódom choroby P07.00, P07.01, P07.02, P07.10, P07.11 podľa pôrodnej hmotnosti novorodenca)	0,0715

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

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
159b	Vyказuje sa - s kódom choroby Z00.1 - s výkonom 149 alebo 149d - aj u poistencov v 13. roku veku	0,065
951	Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie v rámci kontrolných vyšetrení (mimo preventívnych prehliadok) u dojčaťa do dovŕšenia 1. roku, ktoré malo suspektný nález pri výkone 950.	0,065
952	Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie v rámci kontrolných vyšetrení (mimo preventívnych prehliadok) u batohaťa od dovŕšenia 1. roku (vrátane) do dovŕšenia 3. roku, ktoré malo suspektný nález pri výkone 950.	0,065
3671	V prípade zrealizovania vyšetrenia v ambulancii sa výkon vyказuje: - s výkonom 149 alebo 149d a s kódom choroby Z00.1, Z00.0 alebo Z52.0 u darcov krvi alebo - u poistencov s podozrením na diabetes mellitus, poruchy metabolizmu glukózy, iné akútne stavy alebo metabolické ochorenia.	0,065
252a	pri očkovaní proti rotavírusom sa vyказuje s kódom choroby Z25.8 alebo Z26.8	0,0800
252b	pri očkovaní proti chrípke sa vyказuje s kódom choroby Z25.1	
	pri povinnom očkovaní vrátane povinného očkovania proti diftérii a tetanu a povinného očkovania proti pneumokokom sa vyказuje s kódom choroby Z23.8 alebo Z27.4 alebo Z27.8 alebo Z00.1,	
	pri odporúčanom (u poistencov nad 15 rokov) očkovaní proti pneumokokom sa vyказuje s kódom choroby Z23.8	
	pri očkovaní proti vírusovej hepatitíde typu A sa vyказuje s kódom choroby Z20.5 alebo Z24.6	
	pri očkovaní proti vírusovej hepatitíde typu A + B sa vyказuje s kódom choroby Z24.6	
	pri očkovaní proti meningokokovej meningitíde sa vyказuje s kódom choroby Z20.8 alebo Z23.8	
	pri očkovaní proti varicelle sa vyказuje s kódom choroby Z26.8.	

	pri očkovaní proti kliešťovej encefalitíde sa vykazuje s kódom choroby Z24.1	
	pri očkovaní proti HPV u dievčat a chlapcov od 13. roku do 15. roku života, vykazuje sa s kódom choroby Z25.8	
	pri očkovaní proti osýpkam sa vykazuje s kódom Z27.4, Z27.8, Z27.3, Z27.1 alebo Z24.4	
25 26 29	Výkon 25 je možné vykazať aj: - s výkonmi preventívnych prehliadok u imobilných poistencov alebo z dôvodu iného závažného dlhodobého zdravotného postihnutia poistenca, - s výkonom 252b, ak ide o vykonanie očkovania na základe rozhodnutia regionálneho úradu verejného zdravotníctva alebo Úradu verejného zdravotníctva SR u poistencov, ktorí dlhodobo odmietajú dostaviť sa do ambulancie poskytovateľa za účelom vykonania očkovania. O uvedených skutočnostiach vykoná poskytovateľ záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca	0,03
4;5;6;30	Výkony sa vykazujú nasledovne: - výkon 4 s výkonom 25 alebo 26 - výkon 5 s výkonom 26 a s výkonom 30 - výkon 6 s výkonom 26 alebo 29 a s výkonom 30 - výkon 30 s výkonom 26 alebo 29	0,015
40	Zotrvávanie poskytovateľa pri poistencovi mimo ambulancie cez deň (za každú začatú polhodinu), najmä v súvislosti s potrebou jeho zotrvania do príchodu záchranej zdravotnej služby zabezpečujúcej prevoz poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti; vyžaduje sa odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii poistenca.	0,015
41	Zotrvávanie poskytovateľa pri poistencovi mimo ambulancie v noci medzi 20.00 a 7.00 hodinou (za každú začatú polhodinu), najmä v súvislosti s potrebou jeho zotrvania do príchodu záchranej zdravotnej služby zabezpečujúcej prevoz poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti; vyžaduje sa odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii poistenca	0,015
5702*	Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie aspoň s 10 QRS komplexami, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil.	0,00861
4571a	C - reaktívny proteín, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil (380 bodov)	0,0132
-	Výkony (okrem SVLZ výkonov) neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanému poistencovi	0,03
-	SVLZ výkony neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanému poistencovi	0,00861
-	Výkony (okrem SVLZ výkonov) zdravotnej starostlivosti poskytnuté poistencovi EÚ s výnimkou výkonov, pre ktoré je v tejto časti prílohy určená iná cena bodu alebo cena výkonu	0,03
-	SVLZ výkony zdravotnej starostlivosti poskytnuté poistencovi EÚ s výnimkou výkonov, pre ktoré je v tejto časti prílohy určená iná cena bodu alebo cena výkonu	0,00861
-	Vybrané výkony za podmienok uvedených v dokumente „Usmernenie k vykazovaniu výkonov telemedicíny“ zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne.	0,026

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

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

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena výkonu v €
160	Vykazuje sa - s kódom choroby Z00.1, Z00.0 alebo Z52.0 u darcov krvi	23,73
60	Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie - pri prevzatí poistenca do zdravotnej starostlivosti - maximálne jedenkrát u jedného poistenca	4,50
60b	Základné vyšetrenie zahŕňa potrebné odbery krvi, zhodnotenie laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení a zaradenie pacienta do rizikovej skupiny ASA. Ak ďalej nie je uvedené inak, výkon možno vykazovať iba raz v rámci jednej operácie, výkon sa vykazuje s kódom choroby, pre ktorú je poistenec plánovaný na operáciu. Zdravotná poisťovňa akceptuje vykázanie výkonu aj opakovane pre účely toho istého operačného zákroku, ak je predoperačné vyšetrenie opakované z dôvodu zrušenia operačného zákroku a z dôvodu uplynutia platnosti predoperačného vyšetrenia podľa klasifikácie ASA. V prípade odoslania poistenca na vykonanie predoperačného vyšetrenia k lekárovi špecializovanej zdravotnej starostlivosti, zdravotná poisťovňa poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súvislosti s predoperačným vyšetrením uhrádza v rámci kapitačnej platby za poistenca.	16,00
67	U detí do detí do dňa ich 10.narodenín (vrátane tohto dňa) pri sťaženom výkone:	4,10

	očkovanie alebo odber krvi. V ostatných prípadoch je úhrada za tento výkon zahrnutá v kapitácii. Výkon je možné kombinovať aj s výkonmi 252a a 250D.	
5702Z*	Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie aspoň s 10 QRS komplexami ako súčasť predoperačného vyšetrenia; vykazuje sa s výkonom 60b. Zdravotná poisťovňa akceptuje vykázanie výkonu aj opakovane pre účely toho istého operačného zákroku, ak je predoperačné EKG opakované z dôvodu zrušenia operačného zákroku a z dôvodu uplynutia platnosti predoperačného vyšetrenia podľa klasifikácie ASA.	4,74
1544a*	Otoskopické vyšetrenie jednostranne	4,40
629b*	<p>Skriningový antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou</p> <p>Obsahová náplň výkonu:</p> <p>Skriningový, rýchly antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou zahŕňa odber biologického materiálu na stanovenie antigénov SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou pomocou prístroja na odčítanie výsledku reakcie, vrátane použitia osobných ochranných pracovných prostriedkov a dezinfekcie. Zdravotný výkon vykonáva lekár alebo sestra, sestra špecialistka alebo iný zdravotnícky pracovník. Vyhodnotenie je súčasťou zdravotného výkonu.</p> <p>Výkon:</p> <ul style="list-style-type: none"> - je indikovaný na základe klinickej (nie výlučne epidemiologickej) indikácie ošetrojúceho lekára, - uhrádza sa u symptomatického pacienta s klinickými príznakmi respiračného syndrómu, - vykazuje sa diagnózou U07.1 alebo U07.2, - sa uhrádza u jedného poistenca maximálne 2x za 30 dní, - bol zrealizovaný za pomoci certifikovaného antigénového testu, - sa vykazuje s diagnózou U07.1. alebo U07.2. <p>Odber pre účely výkonu sa vykonáva s použitím osobitných ochranných pracovných prostriedkov:</p> <ul style="list-style-type: none"> - respirátor FFP2-3, respirátor musí byť prekrytý rúškom, ak má výdychový ventil, - ochranný plastický tvárový štít alebo okuliare, - jednorazové rukavice. <p>Zároveň sú splnené aj tieto podmienky:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zrealizuje sa dezinfekcia bezprostredného priestoru po odbere pre účely daných výkonov; - poskytovateľ v prípade pozitívne testovaného poistenca zabezpečil ďalší manažment starostlivosti o pacienta, <p>Výkon 629b nie je možné vzájomne kombinovať s výkonom 629a pri jednom vyšetrení pacienta.</p>	10,20
10	<p>Starostlivosť o poistenca s obezitou, artériovou hypertenziou a/alebo dyslipidémiou</p> <p>Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie</p> <ul style="list-style-type: none"> - u poistenca, ktorý má aspoň jedno z nasledujúcich ochorení alebo ich kombináciu: <ul style="list-style-type: none"> • obezita • dyslipidémia • hypertenzia (d ďalej jednotlivo aj ako „dané ochorenie“ alebo spoločne ako „dané ochorenia“) - ak ide o poistenca, ktorý má len izolovanú obezitu (t.j. nemá artériovú hypertenziu a/alebo dyslipidémiu), podmienkou úhrady je aj BMI nad 90 percentil pre daný vek poistenca (štandardné hodnoty BMI u detí sú stanovené Odborným usmernením Ministerstva zdravotníctva SR č. 13278-OZS-2011 o diagnostike a liečbe obezity u detí) - ak poistenec nie je dispenzarizovaný a/alebo liečený u iného poskytovateľa pre dané ochorenia (okrem jednorazového vyšetrenia u poskytovateľa špecializovanej ambulantnej starostlivosti za účelom konzultácie alebo vykonania zobrazovacieho vyšetrenia), - ak je vykázany s príslušnou diagnózou, - maximálne trikrát za kalendárny rok u jedného poistenca; v prípade potreby vyššej frekvencie vyšetrení je úhrada za ďalšiu zdravotnú starostlivosť zahrnutá v kapitácii, - ak poskytovateľ postupuje v súlade s príslušnými platnými odbornými usmerneniami pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti vydanými Ministerstvom zdravotníctva SR podľa príslušného ustanovenia zákona č. 576/2004 Z. z. (ak existujú), - ak poskytovateľ vykonáva príslušné zápisy v súvislosti s liečbou daného ochorenia do zdravotnej dokumentácie. <p>V cene výkonu je zahrnuté komplexné poskytovanie zdravotnej starostlivosti v súvislosti s daným ochorením, najmä</p> <ul style="list-style-type: none"> - iníciaľne a/alebo kontrolné vyšetrenie poistenca, - odbery na laboratórne vyšetrenia a/alebo vyhodnotenie dostupných výsledkov vyšetrení poistenca, 	11,00

	<ul style="list-style-type: none"> - ďalšia zdravotná starostlivosť v zmysle príslušných odborných usmernení vydaných Ministerstvom zdravotníctva SR (ak existujú). <p>Pre účely úhrady tohto výkonu nad rámec kapitácie zároveň platí:</p> <ul style="list-style-type: none"> - o iniciálne vyšetrenie ide v prípade, keď poistenec, nebol v posledných 24 mesiacoch liečený, diagnostikovaný alebo dispenzarizovaný pre dané ochorenie u iného poskytovateľa, - kontrolné vyšetrenie je každé ďalšie vyšetrenie po iniciálnom vyšetrení, - pri hodnotení laboratórných a iných výsledkov vyšetrení zdravotná poisťovňa akceptuje vyšetrenia, ktoré neboli realizované neskôr ako 3 mesiace pred dňom realizácie iniciálneho alebo kontrolného vyšetrenia, <p>poskytovateľ vykonáva aj priebežný selektívny skrining hypertenzie ako aj selektívny skrining dyslipidémie u poistencov v prípade pozitívnej rodinnej anamnézy,</p>	
250D	<p>Delegovaný odber biologického materiálu na základe písomnej žiadosti ŠAS pri návšteve poistenca v ambulancii VLD.</p> <p>Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poskytovateľ dodržiava postup, ktorý ustanovuje Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o postupe objednávaní, vykonávaní a kontroly laboratórných a zobrazovacích vyšetrení zo dňa 10.06.2014 číslo 02032/2014-SZ v platnom znení, <p>poskytovateľ dodržiava podmienky zdravotnej indikácie v zmysle účelného, efektívneho a hospodárneho nakladania s prostriedkami verejných zdrojov.</p>	1,05

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

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

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

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

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

d) Ukazovatele a bonusy, ktoré sa uplatňujú u poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti sú uvedené v nasledovnej tabuľke:

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

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

Podmienky	hranica od	hranica do	bonus
<p>V závislosti od celkového počtu kapítovaných poistencov (za všetky zdravotné poisťovne) u poskytovateľa k poslednému dňu hodnoteného obdobia (podľa údajov poskytnutých zo strany Národného centra zdravotníckych informácií) sa určí výška bonusu, ktorého podmienkou priznania sú aj nasledovné kritéria:</p> <p>1. celkový úväzok sestier v pracovno-právnom vzťahu s poskytovateľom je min 2,00 sesterského miesta,</p> <p>2. poskytovateľ má v rámci priestorov svojho zdravotníckeho zariadenia zabezpečenú druhú miestnosť pre prácu sestry.</p> <p>Splnenie kritérií poskytovateľ preukazuje na výzvu zdravotnej poisťovne.</p> <p>Zdravotná poisťovňa ukazovateľ „Počet kapítovaných poistencov“ prvýkrát vyhodnotí k 01.04.2022.</p>	1	1099	0,00
	1100	1179	0,10
	1180	1259	0,20
	1260	1339	0,30
	1340	1419	0,40
	1420	1499	0,50
	1500		0,60

Časť - Špecializovaná ambulantná starostlivosť v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodníctvo

1. Kapitácia sa uhrádza nasledovne:

Špecifikácia podmienok úhrady	Kapitácia v €
poistenky po dovŕšení 15-teho roku veku	1,63

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

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

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
100	Vykazuje sa - s kódom choroby Z34.0 alebo Z34.8 - ak nie je súčasťou iného výkonu	0,0583
102	Vykazuje sa - po potvrdení gravidity pri prvej návšteve - s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4	0,0583
103 ¹	Vykazuje sa - od druhého mesiaca tehotenstva 1x/za 28 dní (max. 7x u jednej poistenky počas tehotenstva), ak ďalej nie je uvedené inak, - 1x/týždenne v posledných 6 týždňoch tehotenstva (max. 6x u jednej poistenky počas posledných 6 týždňov tehotenstva) - 2x/týždenne po vypočítanom termíne pôrodu (max. 2x u jednej poistenky počas 1 týždňa po vypočítanom termíne pôrodu) - s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4	0,0583
105	Vykazuje sa - 1x v súvislosti so šestonedelím - s kódom choroby Z39.2	0,0583
157	vykazuje sa - 1x/kalendárny rok u ženy vo veku od 18 rokov veku alebo od prvého tehotenstva - s kódom choroby Z01.4 alebo Z12.4	0,0583
297	Výkon sa uhrádza: - u poistenky vo veku od 18 do 64 rokov - raz za kalendárny rok - ak bol vykázaný s kódom choroby: <ul style="list-style-type: none"> • Z01.4 v prípade oportúnneho skríningu rakoviny krčka maternice • Z12.4 v prípade populačného skríningu rakoviny krčka maternice 	0,0352
-	Výkony SVLZ (vrátane prístrojových) okrem 108, 118, 5303, 5305 a 5308 akceptovaných ako preventívne prístrojové výkony	0,0082
108*	Výkon 108 sa akceptuje ako preventívny prístrojový výkon najviac štyri razy počas tehotenstva. Vykazuje sa súčasne s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z34.9, Z35.2 alebo Z35.4	0,0583
118*	Výkon 118 sa akceptuje ako preventívny prístrojový výkon raz týždenne počas obdobia posledných štyroch týždňov gravidity (maximálne 6x). Vykazuje sa súčasne s výkonom 103 a s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4	0,0266
252b	- pri očkovaní proti chrípke sa vykazuje s kódom choroby Z25.1 - pri očkovaní proti čiernemu kašľu s kódom choroby Z23.7 - pri očkovaní proti HPV u dievčat v 16 roku života, vykazuje sa s kódom choroby Z25.8 Zdravotná poisťovňa výkon neuhradí, ak už bol u daného poistenca v danom kalendárnom roku uhradený u iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.	0,0583
1070	Vykazuje sa - s výkonom 157 - s kódom choroby Z01.4 alebo Z12.4	0,0583
5303*	Výkony 5303 a 5305 sa akceptujú ako preventívne výkony raz za dvanásť mesiacov, vykazujú sa v nadväznosti na výkon 157 a s kódom choroby Z01.4 alebo Z12.4. Výkony 5303 a 5305 sa nevykazujú naraz v rámci vykonania jednej preventívnej prehliadky (výkon 157). Výkony 5303 a 5305 sa akceptujú k úhrade aj bez naviazania na vykonanie preventívnej prehliadky (výkon 157); v tomto prípade sa uhrádzajú cenou bodu za výkony	0,0200
5305*		0,0200

¹ Pri rizikovom tehotenstve sa vykazuje uvedená prehliadka pod kódom zdravotného výkonu č. 63; zdravotný výkon č. 63 sa neuhrádza ako preventívna prehliadka nad rámec kapitácie

	SVLZ, ktoré nie sú preventívne prístrojové výkony.	
5308*	Výkon 5308 sa akceptuje ako preventívny výkon raz za dva roky v intervaloch a vekovom rozmedzí stanovených v skríningu. Vykazuje sa súčasne s výkonom 157 a kódom choroby Z01.4 alebo Z12.4	0,008535
5809*	Vykazuje sa s výkonom 108 a s kódom choroby Z34.0,Z34.8,Z35.2 a Z35.4 Výkon 5809 sa vykonáva 1x počas tehotenstva.	0,0266
-	Výkony (okrem SVLZ výkonov) neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanej poisťovne	0,03
-	SVLZ výkony neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanej poisťovne	0,00861
-	Výkony (okrem SVLZ výkonov) zdravotnej starostlivosti poskytnuté poisťovne EÚ s výnimkou výkonov, pre ktoré je v tejto časti prílohy určená iná cena bodu	0,03
-	SVLZ výkony zdravotnej starostlivosti poskytnuté poisťovne EÚ s výnimkou výkonov, pre ktoré je v tejto časti prílohy určená iná cena bodu	0,00861
-	Vybrané výkony za podmienok uvedených v dokumente „Usmernenie k vykazovaniu výkonov telemedicíny“ zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne.	0,026

*Výkon sa uhrádza na základe splnenia povinnosti poskytovateľa podľa bodu 4.6. písm. f) tejto zmlúvy, prípadne aj po preukázaní ďalších podmienok úhrady výkonu. Zdravotnou poisťovňou schválený zdravotný výkon podľa predchádzajúcej vety, s uvedením kódu odbornosti ambulantnej zdravotnej starostlivosti a kódu zdravotného výkonu tvoria prílohu č. 3, ktorá tvorí neoddeliteľnú súčasť tejto zmlúvy. V prípade, že poskytovateľ nie je oprávnený výkony SVLZ prístrojové vykonávať, lebo nespĺňa podmienky podľa tejto vysvetlivky, zdravotná poisťovňa uhradí tieto výkony tomu poskytovateľovi, ktorý tieto podmienky spĺňa, ktorý je zároveň jej zmluvným poskytovateľom a ktorý bol písomne oznámený zdravotnej poisťovni poskytovateľom. V prípade, že u poskytovateľa vykonáva SVLZ prístrojové vyšetrenia lekár inej odbornosti ako je gynekológia a pôrodnictvo (napr. rádiológ), poskytovateľ vykazuje vykonané výkony lekárom inej odbornosti podľa tohto bodu pod kódom lekára, ktorý vyšetrenia vykoná. Podmienkou vykazovania podľa tohto bodu je zároveň oprávnenie na vykonávanie činnosti podľa tohto bodu v písm. f) povolení poskytovateľa pre príslušnú odbornosť.

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

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

	Max. bonus spolu:	0,39	
Oblasť	Názov ukazovateľa	Špecifikácia ukazovateľa	Bonus (€)
Prevenícia	Preventívne prehliadky	Splnené, ak % vykonaných preventívnych prehliadok (PP) u kapitovaných poisťencov, ktorí ju mali absolvovať v hodnotenom období, bolo minimálne 40 %.	0,03
	Mamografie	Splnené, ak % vykonaných mamografických vyšetrení u kapitovaných poisťencov, ktoré ju mali absolvovať v hodnotenom období, bolo minimálne 15 %.	0,02
Elektronické služby	eObjednávanie	Ukazovateľ je splnený, ak poskytovateľ zverejní aspoň 1 termín za kalendárny mesiac (= 6 termínov za hodnotené obdobie) v jednom z online objednávkových systémov spĺňajúcich kritériá zverejnených na webovom sídle zdravotnej poisťovne. Pre účely vyhodnocovania ukazovateľa eObjednávanie poskytovateľ súhlasí, aby jeho dodávateľ online objednávkového systému poskytoval zdravotnej poisťovni údaje o využívaní tohto systému poskytovateľom v rozsahu nevyhnutnom na vyhodnotenie ukazovateľa eObjednávanie.	0,06
Dostupnosť	Úväzok lekára	Ukazovateľ je splnený, ak v čase hodnotenia tohto ukazovateľa úväzok evidovaný na jedného lekára so špecializáciou gynekológia a pôrodnictvo u daného poskytovateľa je minimálne 0,75 lekárskeho miesta.	0,02
	Počet kapitovaných poisťencov	V závislosti od počtu kapitovaných poisťencov u poskytovateľa k poslednému dňu hodnoteného obdobia sa výška bonusu za tento ukazovateľ určí podľa podmienok v zmysle v písmene e) tohto bodu tejto časti zmlúvy; výška bonusu je min. 0,01 € a max. 0,26 €.	0,26 (max.)

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

	pásma pre stanovenie príslušnej hodnoty bonusu						
počet kapitovaných u poskytovateľa (vrátane)	od 1	od 201	od 401	od 701	od 1001	od 1501	od 2001
Výška bonusu za ukazovateľ Dostupnosť	0,02	0,03	0,05	0,08	0,10	0,15	0,26

Časť - Špecializovaná ambulantná starostlivosť v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo, reprodukčná medicína, materno-fetálna medicína, ultrazvuk v gynekológii a pôrodnictve, mamológia a v certifikovanej pracovnej činnosti mamodiagnostika v gynekológii

1. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
-	Výkony špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo	0,0265
-	Výkony SVLZ (vrátane prístrojových) okrem 108, 118, 5303, 5305 a 5308 akceptovaných ako preventívne prístrojové výkony	0,0082
108	Výkon 108 sa akceptuje ako preventívny prístrojový výkon najviac štyri razy počas tehotenstva. Vykazuje sa súčasne s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z34.9, Z35.2 alebo Z35.4	0,0583
118*	Výkon 118 sa akceptuje ako preventívny prístrojový výkon raz týždenne počas obdobia posledných štyroch týždňov gravidity (maximálne 6x). Vykazuje sa súčasne s výkonom 103 a s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4	0,0266
1070	Vykazuje sa - s výkonom 157 - s kódom choroby Z01.4 alebo Z12.4	0,0583
5303*	Výkony 5303 a 5305 sa akceptujú ako preventívne výkony raz za dvanásť mesiacov, vykazujú sa v nadväznosti na výkon 157 a s kódom choroby Z01.4 alebo Z12.4. Výkony 5303 a 5305 sa nevykazujú naraz v rámci vykonania jednej preventívnej prehliadky (výkon 157). Výkony 5303 a 5305 sa akceptujú k úhrade aj bez naviazania na vykonanie preventívnej prehliadky (výkon 157); v tomto prípade sa uhrádzajú cenou bodu za výkony SVLZ, ktoré nie sú preventívne prístrojové výkony.	0,0200
5305*		0,0200
5308*	Výkon 5308 sa akceptuje ako preventívny výkon raz za dva roky v intervaloch a vekovom rozmedzí stanovených v skriningu. Vykazuje sa súčasne s výkonom 157 a kódom choroby Z01.4 alebo Z12.4.	0,008535
5809*	Vykazuje sa s výkonom 108 a s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 a Z35.4 Výkon 5809 sa vykonáva 1x počas tehotenstva.	0,0266
-	Výkony (okrem SVLZ výkonov) neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanej poisťovne	0,03
-	SVLZ výkony neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanej poisťovne	0,00861
-	Výkony (okrem SVLZ výkonov) zdravotnej starostlivosti poskytnuté poisťovne EÚ s výnimkou výkonov, pre ktoré je v tejto časti prílohy určená iná cena bodu	0,03
-	SVLZ výkony zdravotnej starostlivosti poskytnuté poisťovne EÚ s výnimkou výkonov, pre ktoré je v tejto časti prílohy určená iná cena bodu	0,00861
-	Vybrané výkony za podmienok uvedených v dokumente „Usmernenie k vykazovaniu výkonov telemedicíny“ zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne.	0,026

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

Časť - Špecializovaná ambulantná starostlivosť

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

Špecifikácia výkonov a podmienok úhrady	Základná cena bodu v €	Max. cena bodu v €
Výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti (ďalej aj ako „ŠAS“) s výnimkou iných výkonov ŠAS špecifikovaných v tejto tabuľke.	0,0265*	0,030*
Výkony s kódmi 60, 62, 63, 200, 2100, 2101, 2106	0,0295*	0,033*
Výkon s kódom 15d sa ohodnocuje 150 bodmi. Výkon popisu RTG natívnej snímky vykonaný lekárom špecialistom v súvislosti s uskutočneným zdravotným výkonom Akceptuje sa u odborností ŠAS s kódmi: 001, 003, 007, 156, 010, 011, 012, 013, 014, 027, 045, 049, 107, 108, 109, 114, 145, 155. Zápis o vykonaní výkonu lekár založí do zdravotnej dokumentácie, ktorá bude spolu s popisom RTG vyšetrenia v prípade požiadania predložená revíznemu lekárovi zdravotnej poisťovne. Zdravotná poisťovňa uhradí pri jednom rodnom čísle v jednom dni iba jeden výkon 15d; platí aj v prípade kontrolného vyšetrenia, ak je v jednom dni potrebné.	0,02	-
Vybrané výkony za podmienok uvedených v dokumente „Usmernenie k vykazovaniu výkonov telemedicíny“ zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne.	0,035	-

*V tejto tabuľke je uvedená minimálna a maximálna cena bodu za výkony ŠAS. Konkrétna výška ceny bodu závisí od bonusov k cene bodu za výkony ŠAS priznaných poskytovateľovi za podmienok stanovených v tejto časti prílohy; v roku 2022 bude hodnotenému poskytovateľovi priznaný bonus minimálne vo výške 0,0025 €.

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

Špecifikácia výkonov	Cena bodu v €
Výkony SVLZ poskytnuté na ambulancii ŠAS, s výnimkou iných SVLZ výkonov špecifikovaných v tejto tabuľke.	0,00861
Výkony s kódmi 5153a*, 5153b*, 5333* a výkony* z kapitoly „IV. ULTRAZVUK – USG“ v Katalógu zdravotných výkonov vydaného nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z. v platnom znení	0,00924
Výkony s kódmi 5330*, 5331*, 5332*	0,0055
Výkony s kódmi 5766*, 5769*, 5770*, 5771*, 5772*, 5793*, 5794*, 5795*	0,01892
Výkon C - reaktívny proteín s kódom 4571a*, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil (380 bodov)	0,0132

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

3. Príslušnou cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné výkony ŠAS:

Kód výkonu	Počet bodov	Špecifikácia podmienok úhrady
60	420	Cena výkonu sa určí ako súčin počtu bodov podľa tejto tabuľky a (výslednej) ceny bodu za výkony ŠAS s bonusom priznaným pre príslušný kalendárny polrok podľa tejto časti prílohy. Výkony sa vykazujú v prípadoch určených Katalógom zdravotných výkonov. Nad rámec Katalógu zdravotných výkonov je možné výkony 65, 66, 67 vykazovať aj u detí do dňa ich 10.narodenín (vrátane tohto dňa).
62	270	
63	210	
65	200	
66	320	
67	200	

4. Cenou výkonu sa uhrádzajú nasledovné výkony:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena za výkon v €
629b*	<p>Skriningový antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou</p> <p>Obsahová náplň výkonu: Skriningový, rýchly antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou zahŕňa odber biologického materiálu na stanovenie antigénov SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou pomocou prístroja na odčítanie výsledku reakcie, vrátane použitia osobných ochranných pracovných prostriedkov a dezinfekcie. Zdravotný výkon vykonáva lekár alebo sestra, sestra špecialistka alebo iný zdravotnícky pracovník. Vyhodnotenie je súčasťou zdravotného výkonu.</p> <p>Výkon:</p> <ul style="list-style-type: none"> - je indikovaný na základe klinickej (nie výlučne epidemiologickej) indikácie ošetrujúceho lekára, - uhrádza sa u symptomatického pacienta s klinickými príznakmi respiračného syndrómu, - vykazuje sa diagnózou U07.1 alebo U07.2, - sa uhrádza u jedného poistenca maximálne 2x za 30 dní, - bol zrealizovaný za pomoci certifikovaného antigénového testu. <p>Odber pre účely výkonu sa vykonáva s použitím osobitných ochranných pracovných prostriedkov:</p> <ul style="list-style-type: none"> - respirátor FFP2-3 prekrytý rúškom, - ochranný plastikový tvárový štít alebo okuliare, - jednorazové rukavice. <p>Zároveň sú splnené aj tieto podmienky:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zrealizuje sa dezinfekcia bezprostredného priestoru po odbere pre účely daných výkonov; - poskytovateľ v prípade pozitívne testovaného poistenca zabezpečil ďalší manažment starostlivosti o pacienta, - výkony 629a a 629b nie je možné vzájomne kombinovať pri jednom vyšetrení pacienta. 	10,20
3860*	<p>Stanovenie D-diméru</p> <p>Uhrádza sa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pri potrebe rýchlej diagnostiky a terapie predovšetkým tromboembolickej choroby, t.j. hlboké žilovej trombózy a/alebo pľúcnej embólie, - s kódmi choroby: I26.-, I26.0, I26.9, I80.0-I83.9, I87.0-I88.-, - maximálne 1x denne u jedného poistenca. <p>Vyšetrenie nie je povolené vykázať, ak poskytovateľ v ten istý deň indikoval vykonanie daného vyšetrenia aj u iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.</p>	8,95
H0007*	<p>Meranie INR z kapilárnej krvi (ďalej aj ako „vyšetrenie INR“) sa uhrádza, ak poskytovateľ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - je držiteľom certifikátu o absolvovaní certifikačného školenia na Lekárskej fakulte Slovenskej zdravotníckej univerzity (LF SZU) alebo predloží písomné čestné vyhlásenie, že sa oboznámil a bude dodržiavať postupy antikoagulačnej liečby zverejnené na webovom sídle zdravotnej poisťovne, - je účastníkom povinného externého hodnotenia kvality akreditovaným prevádzkovateľom EHK so získaním osvedčenia o účasti a absolvovaní externého hodnotenia kvality v dvojročnom cykle, - je držiteľom Prehlásenia ES o zhode P.O.C.T. prístroja podľa smernice IVD; technická špecifikácia prístroja je v zhode s ISO 17593 a ISO 22870 a metrologická nadväznosť merania je v súlade s WHO, - dodržiava indikácie a štandardné terapeutické postupy pri výkone zdravotného výkonu, - správne vedie a archivuje zdravotnú dokumentáciu vrátane písomného záznamu o posúdení rizika krvácania a určenia rizika tromboembolizmu pri nastavovaní pacienta na antikoagulačnú liečbu, - vedie dokumentáciu údržby P.O.C.T. prístroja v predpísanom režime. - je povinný v polročných intervaloch vyhodnotiť a v dokumentácii zaznamenať hodnotu TTR. - Vyšetrenie INR nie je povolené vykázať, ak súčasne v ten istý deň bolo toto vyšetrenie indikované do laboratória. <p>Maximálna frekvencia vyšetrení INR u jedného poistenca maximálne 16 / rok.</p>	5,20
H0008*	<p>Obsahom zdravotného výkonu je stanovenie indexu ABI oscilometrickou metódou, meranie a vyhodnotenie indexu ABI na štyroch končatinách na zistenie zvýšeného rizika ischemickej choroby dolných končatín.</p> <p>Výkon sa uhrádza, ak:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bol poskytnutý poistencovi s minimálne jedným rizikovým faktorom - podozrenie na ischemickú chorobu dolných končatín, arteriálna hypertenzia, abnormálne EKG, diabetes 	6,00

	melitus, obezita, fajčenie, vysoká hladina celkového cholesterolu, porucha metabolizmu lipidov, - nebudú súčasne vykázané v ambulancii všeobecnej ambulantnej starostlivosti.	
--	--	--

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

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

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

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

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

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

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

e) Ukazovatele a bonusy, ktoré sa uplatňujú u poskytovateľov špecializovanej ambulantnej starostlivosti sú uvedené v nasledovnej tabuľke:

		Max. bonus spolu:	0,0035
Oblasť	Názov ukazovateľa	Špecifikácia ukazovateľa	Bonus (€)
Kvalita	Náročnosť pacientov	Ukazovateľ hodnotí náročnosť kmeňa PZS s využitím indexov rizika používaných v prerozdeľovacom mechanizme (demografické a viacročné nákladové skupiny). Porovnáva náročnosť kmeňa PZS so všetkými poskytovateľmi v danej odbornosti k poslednému mesiacu hodnoteného obdobia. Na základe čoho sa vytvorí rebríček hodnotených poskytovateľov. V závislosti od zaradenia jednotlivých odborností poskytovateľa do pásma je bonus nasledovný: 0,0004 € - dolných 25% poskytovateľov, 0,0007 € - stredné pásmo poskytovateľov, 0,0010 € - horných 25% poskytovateľov.	0,0010 (max.)
	Podiel nových pacientov	Ukazovateľ hodnotí podiel unikátnych nových interakcií v hodnotenom období z celkového počtu unikátnych interakcií v hodnotenom období. Na základe čoho sa vytvorí rebríček hodnotených poskytovateľov. V závislosti od zaradenia jednotlivých odborností poskytovateľa do pásma je bonus nasledovný: 0,0004 € - dolných 25% poskytovateľov, 0,0007 € - stredné pásmo poskytovateľov, 0,0010 € - horných 25% poskytovateľov. Definícia unikátnej interakcie a novej unikátnej interakcie je uvedená v písmene g) tohto bodu tejto časti prílohy.	0,0010 (max.)
	Návštevy	Splnené, ak je u poskytovateľa priemerný počet návštev na jedného jedinečného poistenca nižší ako priemerný počet návštev	0,0010

Elektronické služby	eObjednávanie	na jedného jedinečného poistenca v danej odbornosti Ukazovateľ je splnený, ak poskytovateľ zverejní aspoň 1 termín za kalendárny mesiac (= 6 termínov za hodnotené obdobie) v jednom z online objednávkových systémov spĺňajúcich kritériá zverejnených na webovom sídle zdravotnej poisťovne. Pre účely vyhodnocovania ukazovateľa eObjednávanie poskytovateľ súhlasí, aby jeho dodávateľ online objednávkového systému poskytoval zdravotnej poisťovni údaje o využívaní tohto systému poskytovateľom v rozsahu nevyhnutnom na vyhodnotenie ukazovateľa eObjednávanie.	0,0005
---------------------	---------------	---	--------

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

Časť - Špecializovaná ambulancná starostlivosť v špecializačných odboroch s uhrádzaním IPP

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

Špecifikácia výkonov a podmienok úhrady	Základná cena bodu v €	Max. cena bodu v €
Výkony špecializovanej ambulancnej starostlivosti (ďalej aj ako „ŠAS“) s výnimkou iných výkonov ŠAS špecifikovaných v tejto tabuľke.	0,0265*	0,030*
Výkony s kódmi 60, 62, 63	0,0295*	0,033*
<p>Cielené artrologické vyšetrenie Výkon s kódom 1A02072 zahŕňa nasledovné činnosti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vyšetrenie periférnych kĺbov - vyšetrenie ich tvaru, teploty, farby kože nad kĺbami, vyšetrenie zmien na koži a adnexách, hybnosti kĺbov a rozsahu pohybov, hodnotenie zvukových fenoménov, vyšetrenie funkčných porúch kĺbov, vyšetrenie úponov. • Vyšetrenie chrbtice - postavenie, palpačné vyšetrenie stavcov, stavcových výbežkov, paravertebrálnych svalov, hybnosti, deformít, postavenia lopatiek, panvy, gluteálneho svalstva, stuhlosti svalstva, vyšetrenie dýchacích exkurzií, vyšetrenie entezopatických zmien, vyšetrenie pohyblivosti jednotlivých úsekov chrbtice. <p>Podmienky úhrady výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • výkon zahŕňa fyzikálne vyšetrenie 68 kĺbov horných aj dolných končatín a chrbtice s dôkladným zápisom do zdravotnej dokumentácie, • výkon je možné vykazovať len pri dg. M02.*- M09*, M10*- M13*, M30*-M35*, M45*, M46.8*, M46.9*, • akceptuje sa u odborností ŠAS s kódmi: 045, 145, • výkon nie je možné kombinovať s inými výkonmi, • výkon sa ohodnocuje 1300 bodmi. <p>Maximálna frekvencia vykazovania výkonu: -frekvencia vykazovania 3 krát za 12 mesiacov,</p>	0,0265*	0,030*
<p>Výkon s kódom 15d sa ohodnocuje 150 bodmi. Výkon popisu RTG natívnej snímky vykonaný lekárom špecialistom v súvislosti s uskutočneným zdravotným výkonom Akceptuje sa u odborností ŠAS s kódmi: 001, 003, 007, 156, 010, 011, 012, 013, 014, 027, 045, 049, 107, 108, 109, 114, 145, 155. Zápis o vykonaní výkonu lekár založí do zdravotnej dokumentácie, ktorá bude spolu s popisom RTG vyšetrenia v prípade požiadania predložená revíznemu lekárovi zdravotnej poisťovne. Zdravotná poisťovňa uhradí pri jednom rodnom čísle v jednom dni iba jeden výkon 15d; platí aj v prípade kontrolného vyšetrenia, ak je v jednom dni potrebné.</p>	0,02	-
Vybrané výkony za podmienok uvedených v dokumente „ Usmernenie k vykazovaniu výkonov telemedicíny “ zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne.	0,035	-

*V tejto tabuľke je uvedená minimálna a maximálna cena bodu za výkony ŠAS. Konkrétna výška ceny bodu závisí od bonusov k cene bodu za výkony ŠAS priznaných poskytovateľovi za podmienok stanovených v tejto časti prílohy; v roku 2022 bude hodnotenému poskytovateľovi priznaný bonus minimálne vo výške 0,0025 €

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

Špecifikácia výkonov	Cena bodu v €
Výkony SVLZ poskytnuté na ambulancii ŠAS, s výnimkou iných SVLZ výkonov špecifikovaných v tejto tabuľke.	0,00861
Výkony s kódmi 5153a*, 5153b*, 5333* a výkony* z kapitoly „IV. ULTRAZVUK – USG“ v Katalógu zdravotných výkonov vydaného nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z. v platnom znení	0,00924
Výkony s kódmi 5330*, 5331*, 5332*	0,0055
Výkony s kódmi 5766*, 5769*, 5770*, 5771*, 5772*, 5793*, 5794*, 5795*	0,01892
Výkon C - reaktívny proteín s kódom 4571a*, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil (380 bodov)	0,0132

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

3. Príslušnou cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné výkony ŠAS:

Kód výkonu	Počet bodov	Špecifikácia podmienok úhrady
60	420	Cena výkonu sa určí ako súčin počtu bodov podľa tejto tabuľky a (výslednej) ceny bodu za výkony ŠAS s bonusom priznaným pre príslušný kalendárny polrok podľa tejto časti prílohy. Výkony sa vykazujú v prípadoch určených Katalógom zdravotných výkonov. Nad rámec Katalógu zdravotných výkonov je možné výkony 65, 66, 67 vykazovať aj u detí do dňa ich 10.narodenín (vrátane tohto dňa).
60r	480	
62	270	
63	210	
65	200	
66	320	
67	200	

4. Cenou výkonu sa uhrádzajú nasledovné výkony:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena za výkon v €
629b*	<p>Skríningový antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou Obsahová náplň výkonu: Skríningový, rýchly antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou zahŕňa odber biologického materiálu na stanovenie antigénov SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou pomocou prístroja na odčítanie výsledku reakcie, vrátane použitia osobných ochranných pracovných prostriedkov a dezinfekcie. Zdravotný výkon vykonáva lekár alebo sestra, sestra špecialistka alebo iný zdravotnícky pracovník. Vyhodnotenie je súčasťou zdravotného výkonu.</p> <p>Výkon:</p> <ul style="list-style-type: none"> - je indikovaný na základe klinickej (nie výlučne epidemiologickej) indikácie ošetrojúceho lekára, - uhrádza sa u symptomatického pacienta s klinickými príznakmi respiračného syndrómu, - vyžaduje sa diagnózou U07.1 alebo U07.2, - sa uhrádza u jedného poistenca maximálne 2x za 30 dní, - bol zrealizovaný za pomoci certifikovaného antigénového testu. <p>Odber pre účely výkonu sa vykonáva s použitím osobitných ochranných pracovných prostriedkov:</p> <ul style="list-style-type: none"> - respirátor FFP2-3 prekrytý rúškom, - ochranný plastikový tvárový štít alebo okuliare, - jednorazové rukavice. <p>Zároveň sú splnené aj tieto podmienky:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zrealizuje sa dezinfekcia bezprostredného priestoru po odbere pre účely daných výkonov; - poskytovateľ v prípade pozitívne testovaného poistenca zabezpečil ďalší manažment starostlivosti o pacienta, - výkony 629a a 629b nie je možné vzájomne kombinovať pri jednom vyšetrení pacienta. 	10,20
3860*	<p>Stanovenie D-diméru Uhrádza sa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pri potrebe rýchlej diagnostiky a terapie predovšetkým tromboembolickej choroby, t.j hlbokkej žilovej trombózy a/alebo pľúcnej embólie, - s kódmi choroby: I26.-, I26.0, I26.9, I80.0-I83.9, I87.0-I88.-, - maximálne 1x denne u jedného poistenca. <p>Vyšetrenie nie je povolené vykázať, ak poskytovateľ v ten istý deň indikoval vykonanie daného vyšetrenia aj u iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.</p>	8,95
H0007*	<p>Meranie INR z kapilárnej krvi (ďalej aj ako „vyšetrenie INR“) sa uhrádza, ak poskytovateľ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - je držiteľom certifikátu o absolvovaní certifikačného školenia na Lekárskej fakulte Slovenskej zdravotníckej univerzity (LF SZU) alebo predloží písomné čestné vyhlásenie, že sa oboznámil a bude dodržiavať postupy antikoagulačnej liečby zverejnené na webovom sídle zdravotnej poisťovne, - je účastníkom povinného externého hodnotenia kvality akreditovaným prevádzkovateľom EHK so získaním osvedčenia o účasti a absolvovaní externého hodnotenia kvality v dvojročnom cykle, - je držiteľom Prehlásenia ES o zhode P.O.C.T. prístroja podľa smernice IVD; technická špecifikácia prístroja je v zhode s ISO 17593 a ISO 22870 a metrologická nadväznosť merania je v súlade s WHO, 	5,20

	<ul style="list-style-type: none"> - dodržiava indikácie a štandardné terapeutické postupy pri výkone zdravotného výkonu, - správne vedie a archivuje zdravotnú dokumentáciu vrátane písomného záznamu o posúdení rizika krvácania a určenia rizika tromboembolizmu pri nastavovaní pacienta na antikoagulačnú liečbu, - vedie dokumentáciu údržby P.O.C.T. prístroja v predpísanom režime. - je povinný v polročných intervaloch vyhodnotiť a v dokumentácii zaznamenať hodnotu TTR. - Vyšetrenie INR nie je povolené vykázat', ak súčasne v ten istý deň bolo toto vyšetrenie indikované do laboratória. <p>Maximálna frekvencia vyšetrení u jedného poistenca maximálne 16 / rok.</p>	
H0008*	<p>Obsahom zdravotného výkonu je stanovenie indexu ABI oscilometrickou metódou, meranie a vyhodnotenie indexu ABI na štyroch končatinách na zistenie zvýšeného rizika ischemickej choroby dolných končatín.</p> <p>Výkon sa uhrádza, ak:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bol poskytnutý poistencovi s minimálne jedným rizikovým faktorom - podozrenie na ischemickú chorobu dolných končatín, arteriálna hypertenzia, abnormálne EKG, diabetes mellitus, obezita, fajčenie, vysoká hladina celkového cholesterolu, porucha metabolizmu lipidov, - nebude súčasne vykázaný v ambulancii všeobecnej ambulantnej starostlivosti. 	6,00

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

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

Kód IPP	Suma (€)	K výkonu s kódom	Akceptované u odbornosti ŠAS
IPP1	1,00	60	002; 018;
IPP2	0,60	62	002; 018;
IPP3	0,40	63	002; 018;
IPP4	3,68	60	001; 003, 004; 060; 064; 156
IPP5	2,63	62	001; 003, 004; 060; 064; 156
IPP6	1,89	63	001; 003, 004; 060; 064; 156
IPP7	0,65	60r	045; 145

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

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

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

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

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

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

e) Ukazovatele a bonusy, ktoré sa uplatňujú u poskytovateľov špecializovanej ambulantlych starostlivosti sú uvedené v nasledovnej tabuľke:

Max. bonus spolu:		0,0035	
Oblasť	Názov ukazovateľa	Špecifikácia ukazovateľa	Bonus (€)
Kvalita	Náročnosť pacientov	Ukazovateľ hodnotí náročnosť kmeňa PZS s využitím indexov rizika používaných v prerozdeľovacom mechanizme (demografické a viacročné nákladové skupiny). Porovnáva náročnosť kmeňa PZS so všetkými poskytovateľmi v danej odbornosti k poslednému mesiacu hodnoteného obdobia. Na základe čoho sa vytvorí rebríček hodnotených poskytovateľov. V závislosti od zaradenia jednotlivých odborností poskytovateľa do pásma je bonus nasledovný: 0,0004 € - dolných 25% poskytovateľov, 0,0007 € - stredné pásmo poskytovateľov, 0,0010 € - horných 25% poskytovateľov.	0,0010 (max.)
Dostupnosť	Podiel nových pacientov	Ukazovateľ hodnotí podiel unikátnych nových interakcií v hodnotenom období z celkového počtu unikátnych interakcií v hodnotenom období. Na základe čoho sa vytvorí rebríček hodnotených poskytovateľov. V závislosti od zaradenia jednotlivých odborností poskytovateľa do pásma je bonus nasledovný: 0,0004 € - dolných 25% poskytovateľov, 0,0007 € - stredné pásmo poskytovateľov, 0,0010 € - horných 25% poskytovateľov. Definícia unikátnej interakcie a novej unikátnej interakcie je uvedená v písmene g) tohto bodu tejto časti prílohy.	0,0010 (max.)
	Návštevy	Splnené, ak je u poskytovateľa priemerný počet návštev na jedného jedinečného poistenca nižší ako priemerný počet návštev na jedného jedinečného poistenca v danej odbornosti	0,0010
Elektronické služby	eObjednávanie	Ukazovateľ je splnený, ak poskytovateľ zverejní aspoň 1 termín za kalendárny mesiac (= 6 termínov za hodnotené obdobie) v jednom z online objednávkových systémov spĺňajúcich kritériá zverejnených na webovom sídle zdravotnej poisťovne. Pre účely vyhodnocovania ukazovateľa eObjednávanie poskytovateľ súhlasí, aby jeho dodávateľ online objednávkového systému poskytoval zdravotnej poisťovni údaje o využívaní tohto systému poskytovateľom v rozsahu nevyhnutnom na vyhodnotenie ukazovateľa eObjednávanie.	0,0005

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

Časť - Špecializovaná ambulantná starostlivosť v odbore psychiatria, medicína drogových závislostí, gerontopsychiatria, detská psychiatria, neuropsychiatria a psychiatrická sexuológia

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

Špecifikácia výkonov a podmienok úhrady	Základná cena bodu v €	Max. cena bodu v €
Výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti (ďalej aj ako „ŠAS“) s výnimkou iných výkonov ŠAS špecifikovaných v tejto tabuľke.	0,0265*	0,030*
Výkony s kódmi 820, 821, 822, 825, 841, 847, 867	0,0295*	0,033*
Vybrané výkony za podmienok uvedených v dokumente „Usmernenie k vykazovaniu výkonov telemedicíny“ zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne.	0,035	-

*V tejto tabuľke je uvedená minimálna a maximálna cena bodu za výkony ŠAS. Konkrétna výška ceny bodu závisí od bonusov k cene bodu za výkony ŠAS priznaných poskytovateľovi za podmienok stanovených v tejto časti prílohy; v roku 2022 bude hodnotenému poskytovateľovi priznaný bonus minimálne vo výške 0,0025 €

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

Špecifikácia výkonov	Cena bodu v €
Výkony SVLZ poskytnuté na ambulancii ŠAS, s výnimkou iných SVLZ výkonov špecifikovaných v tejto tabuľke.	0,00861

3. Príslušnou cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné výkony ŠAS:

Kód výkonu	Počet bodov	Špecifikácia podmienok úhrady
65	200	Výkon 65 je možné vykazovať s výkonom 820, 821, 822 a 825: a) u poistenca ťažko mobilného, imobilného, mentálne postihnutého, dementného, zrakovo alebo sluchovo postihnutého, b) u detí do dňa ich 10. narodenín (vrátane tohto dňa).
67	200	Výkon 67 je možné vykazovať u detí do dňa ich 10. narodenín (vrátane tohto dňa) pri výkone odber krvi, injekcie alebo infúzie.
163	200	Obsahom zdravotného výkonu je realizácia testu na zistenie rizika kognitívneho deficitu určeného zdravotnou poisťovňou, ktorý - sa môže vykonať u poistencov vo veku nad 50 rokov maximálne raz dva roky, - sa vyказuje s diagnózami v závislosti od výsledku testu: • negatívny výsledok testu: Z00.0 (všeobecné lekárske vyšetrenie) • pozitívny výsledok testu: Z03.2 (pozorovanie pri podozrení na duševnú poruchu a poruchu správania), - výstupom je celkové dosiahnuté skóre, - po vyplnení zostáva súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca. Výsledok testu lekár oznámi poistencovi, poskytne mu informácie a v prípade pozitívneho výsledku zabezpečí ďalší manažment zdravotnej starostlivosti o poistenca.

4. Cenou výkonu sa uhrádzajú nasledovné výkony:

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

	<ul style="list-style-type: none"> - vykazuje sa diagnózou U07.1 alebo U07.2, - sa uhrádza u jedného poistenca maximálne 2x za 30 dní, - bol zrealizovaný za pomoci certifikovaného antigénového testu. <p>Odber pre účely výkonu sa vykonáva s použitím osobitných ochranných pracovných prostriedkov:</p> <ul style="list-style-type: none"> - respirátor FFP2-3 prekrytý rúškom, - ochranný plastický tvárový štít alebo okuliare, - jednorazové rukavice. <p>Zároveň sú splnené aj tieto podmienky:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zrealizuje sa dezinfekcia bezprostredného priestoru po odbere pre účely daných výkonov; - poskytovateľ v prípade pozitívne testovaného poistenca zabezpečil ďalší manažment starostlivosti o pacienta, - výkony 629a a 629b nie je možné vzájomne kombinovať pri jednom vyšetrení pacienta. 	
--	---	--

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

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

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

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

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

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

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

e) Ukazovatele a bonusy, ktoré sa uplatňujú u poskytovateľov špecializovanej ambulantnej starostlivosti sú uvedené v nasledovnej tabuľke:

		Max. bonus spolu:	0,0035
Oblasť	Názov ukazovateľa	Špecifikácia ukazovateľa	Bonus (€)
Kvalita	Náročnosť pacientov	Ukazovateľ hodnotí náročnosť kmeňa PZS s využitím indexov rizika používaných v prerozdeľovacom mechanizme (demografické a viacročné nákladové skupiny). Porovnáva náročnosť kmeňa PZS so všetkými poskytovateľmi v danej odbornosti k poslednému mesiacu hodnoteného obdobia. Na základe čoho sa vytvorí rebríček hodnotených poskytovateľov. V závislosti od zaradenia jednotlivých odborností poskytovateľa do pásma je bonus nasledovný: 0,0004 € - dolných 25% poskytovateľov, 0,0007 € - stredné pásmo poskytovateľov, 0,0010 € - horných 25% poskytovateľov.	0,0010 (max.)
Dostupnosť	Podiel nových pacientov	Ukazovateľ hodnotí podiel unikátnych nových interakcií v hodnotenom období z celkového počtu unikátnych interakcií v hodnotenom období. Na základe čoho sa vytvorí rebríček hodnotených poskytovateľov. V závislosti od zaradenia jednotlivých odborností poskytovateľa do pásma je bonus nasledovný: 0,0004 € - dolných 25% poskytovateľov, 0,0007 € - stredné pásmo poskytovateľov,	0,0010 (max.)

		0,0010 € - horných 25% poskytovateľov. Definícia unikátnej interakcie a novej unikátnej interakcie je uvedená v písmene g) tohto bodu tejto časti prílohy.	
	Návštevy	Splnené, ak je u poskytovateľa priemerný počet návštev na jedného jedinečného poistenca nižší ako priemerný počet návštev na jedného jedinečného poistenca v danej odbornosti	0,0010
Elektronické služby	eObjednávanie	Ukazovateľ je splnený, ak poskytovateľ zverejní aspoň 1 termín za kalendárny mesiac (= 6 termínov za hodnotené obdobie) v jednom z online objednávkových systémov spĺňajúcich kritériá zverejnených na webovom sídle zdravotnej poisťovne. Pre účely vyhodnocovania ukazovateľa eObjednávanie poskytovateľ súhlasí, aby jeho dodávateľ online objednávkového systému poskytoval zdravotnej poisťovni údaje o využívaní tohto systému poskytovateľom v rozsahu nevyhnutnom na vyhodnotenie ukazovateľa eObjednávanie.	0,0005

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

Časť - Špecializovaná ambulantná starostlivosť v špecializačnom odbore gastroenterológia

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

Špecifikácia výkonov a podmienok úhrady	Základná cena bodu v €	Max. cena bodu v €
Výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti (ďalej aj ako „ŠAS“) s výnimkou iných výkonov ŠAS špecifikovaných v tejto tabuľke.	0,0265*	0,030*
Výkony s kódmi 60, 62, 63	0,0295*	0,033*
Vybrané výkony za podmienok uvedených v dokumente „Usmernenie k vykazovaniu výkonov telemedicíny“ zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne.	0,035	-

*V tejto tabuľke je uvedená minimálna a maximálna cena bodu za výkony ŠAS. Konkrétna výška ceny bodu závisí od bonusov k cene bodu za výkony ŠAS priznaných poskytovateľovi za podmienok stanovených v tejto časti prílohy; v roku 2022 bude hodnotenému poskytovateľovi priznaný bonus minimálne vo výške 0,0025 €

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

Špecifikácia výkonov	Cena bodu v €
Výkony SVLZ poskytnuté na ambulancii ŠAS, s výnimkou iných SVLZ výkonov špecifikovaných v tejto tabuľke.	0,00861
Výkony* z kapitoly „IV. ULTRAZVUK – USG“ v Katalógu zdravotných výkonov vydaného nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z. v platnom znení	0,00924
Výkon C - reaktívny proteín s kódom 4571a*, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil (380 bodov)	0,0132

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

3. Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0583 €** uhrádzajú zdravotné výkony preventívnej gastroenterologickej prehliadky podľa prílohy č. 2 k zákonu č. 577/2004 Z. z., v znení neskorších predpisov:

a) poskytovateľovi **zaradenému** do programu skriningu kolorektálneho karcinómu v zmysle Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva SR pre realizáciu programu skriningu kolorektálneho karcinómu²⁾, za podmienok podľa tejto tabuľky:

Kód výkonu	Vykazovanie / výsledok	Počet bodov / vyšetrenie	Vek / frekvencia
✓ 760sp 760pp	vykazuje sa v prípade pozitívneho nálezu s kódom choroby Z12.1	1 500	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov
✓ 760sn 760pn	vykazuje sa v prípade negatívneho nálezu s kódom choroby Z12.1		
✓ 763sp 763pp	vykazuje sa v prípade pozitívneho nálezu s kódom choroby Z12.1	3 000	
✓ 763sn 763pn	vykazuje sa v prípade negatívneho nálezu s kódom choroby Z12.1		

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

Kód výkonu	Vykazovanie	Vek / frekvencia	Počet bodov / vyšetrenie
763p	vykazuje sa s kódom choroby Z12.1	za podmienok a vo frekvencii podľa zákona č. 577/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov	3 000

4. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné výkony ŠAS:

Kód výkonu	Počet bodov	Špecifikácia podmienok úhrady
60 ✓	420	Cena výkonu sa určí ako súčin počtu bodov podľa tejto tabuľky a (výslednej) ceny bodu za výkony ŠAS s bonusom priznaným pre príslušný kalendárny polrok podľa tejto časti prílohy.
62 ✓	270	

²⁾ Zoznam endoskopických pracovísk a zoznam špecialistov oprávnených na výkon skriningu kolorektálneho karcinómu je zverejnený na www.health.gov.sk.

63	210	Výkony sa vykazujú v prípadoch určených Katalógom zdravotných výkonov Nad rámec Katalógu zdravotných výkonov je možné výkony 65, 66, 67 vykazovať aj u detí do dňa ich 10.narodenín (vrátane tohto dňa).
65	200	
66	320	
67	200	

5. Cenou výkonu sa uhrádzajú nasledovné výkony:

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

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

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

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

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

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

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

- d) Nevyhodnocuje sa ani u odbornosti s kódom 027 a odborností zazmluvnených u menej ako 10 ambulantných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Pri týchto odbornostiach u nehodnotených poskytovateľov špecializovanej ambulantnej starostlivosti je priznaný paušálny bonus k cene bodu vo výške 0,0025 €.
- e) Ukazovatele a bonusy, ktoré sa uplatňujú u poskytovateľov špecializovanej ambulantnej starostlivosti sú uvedené v nasledovnej tabuľke:

Oblasť	Názov ukazovateľa	Špecifikácia ukazovateľa	Bonus (€)
Max. bonus spolu:		0,0035	
Kvalita	Náročnosť pacientov	Ukazovateľ hodnotí náročnosť kmeňa PZS s využitím indexov rizika používaných v prerozdeľovacom mechanizme (demografické a viacročné nákladové skupiny). Porovnáva náročnosť kmeňa PZS so všetkými poskytovateľmi v danej odbornosti k poslednému mesiacu hodnoteného obdobia. Na základe čoho sa vytvorí rebríček hodnotených poskytovateľov. V závislosti od zaradenia jednotlivých odborností poskytovateľa do pásma je bonus nasledovný: 0,0004 € - dolných 25% poskytovateľov, 0,0007 € - stredné pásmo poskytovateľov, 0,0010 € - horných 25% poskytovateľov.	0,0010 (max.)
Dostupnosť	Podiel nových pacientov	Ukazovateľ hodnotí podiel unikátnych nových interakcií v hodnotenom období z celkového počtu unikátnych interakcií v hodnotenom období. Na základe čoho sa vytvorí rebríček hodnotených poskytovateľov. V závislosti od zaradenia jednotlivých odborností poskytovateľa do pásma je bonus nasledovný: 0,0004 € - dolných 25% poskytovateľov, 0,0007 € - stredné pásmo poskytovateľov, 0,0010 € - horných 25% poskytovateľov. Definícia unikátnej interakcie a novej unikátnej interakcie je uvedená v písmene g) tohto bodu tejto časti prílohy.	0,0010 (max.)
	Návštevy	Splnené, ak je u poskytovateľa priemerný počet návštev na jedného jedinečného poistenca nižší ako priemerný počet návštev na jedného jedinečného poistenca v danej odbornosti	0,0010
Elektronické služby	eObjednávanie	Ukazovateľ je splnený, ak poskytovateľ zverejní aspoň 1 termín za kalendárny mesiac (= 6 termínov za hodnotené obdobie) v jednom z online objednávkových systémov spĺňajúcich kritériá zverejnených na webovom sídle zdravotnej poisťovne. Pre účely vyhodnocovania ukazovateľa eObjednávanie poskytovateľ súhlasí, aby jeho dodávateľ online objednávkového systému poskytoval zdravotnej poisťovni údaje o využívaní tohto systému poskytovateľom v rozsahu nevyhnutnom na vyhodnotenie ukazovateľa eObjednávanie.	0,0005

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

Časť - Špecializovaná ambulantná starostlivosť v špecializačnom odbore diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy a pediatričná endokrinológia a diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy

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

Špecifikácia výkonov a podmienok úhrady	Základná cena bodu v €	Max. cena bodu v €
Výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti (ďalej aj ako „ŠAS“) s výnimkou iných výkonov ŠAS špecifikovaných v tejto tabuľke.	0,0265*	0,030*
Výkony s kódmi 60, 62, 63	0,0295*	0,033*
Vybrané výkony za podmienok uvedených v dokumente „Usmernenie k vykazovaniu výkonov telemedicíny“ zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne.	0,035	-

*V tejto tabuľke je uvedená minimálna a maximálna cena bodu za výkony ŠAS. Konkrétna výška ceny bodu závisí od bonusov k cene bodu za výkony ŠAS priznaných poskytovateľovi za podmienok stanovených v tejto časti prílohy; v roku 2022 bude hodnotenému poskytovateľovi priznaný bonus minimálne vo výške 0,0025 €

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

Špecifikácia výkonov	Cena bodu v €
Výkony SVLZ poskytnuté na ambulancii ŠAS, s výnimkou iných SVLZ výkonov špecifikovaných v tejto tabuľke.	0,00861
Výkony* z kapitoly „IV. ULTRAZVUK – USG“ v Katalógu zdravotných výkonov vydaného nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z. v platnom znení	0,00924
Výkon C - reaktívny proteín s kódom 4571a*, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil (380 bodov)	0,0132

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

3. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné výkony ŠAS:

Kód výkonu	Počet bodov	Špecifikácia podmienok úhrady
60	420	Cena výkonu sa určí ako súčin počtu bodov podľa tejto tabuľky a (výslednej) ceny bodu za výkony ŠAS s bonusom priznaným pre príslušným kalendárny polrok podľa tejto časti prílohy. Výkony sa vykazujú v prípadoch určených Katalógom zdravotných výkonov. Nad rámec Katalógu zdravotných výkonov je možné výkony 65, 66, 67 vykazovať aj u detí do dňa ich 10.narodenín (vrátane tohto dňa).
62	270	
63	210	
65	200	
66	320	
67	200	

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

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

Kód výkonu	Počet bodov	Špecifikácia podmienok úhrady
1B06025*	1200	<p>Pohovor pri plánovaní zásadnej zmeny liečby - prechod na liečbu inzulínovou pumpou</p> <p>Výkon zahŕňa nasledovné činnosti:</p> <ul style="list-style-type: none"> vysvetlenie vhodnosti takejto liečby, jej benefitov a možných rizík,

		<ul style="list-style-type: none"> základná edukácia o inzulínovej pumpe v spolupráci s odbornou spôsobilým pracovníkom - názorná ukážka obsluhy pumpy. <p>Podmienky úhrady výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> predchádzajúce schválenie inzulínovej pumpy zdravotnou poisťovňou, príprava na liečbu inzulínovou pumpou, vysvetlenie vhodnosti takejto liečby, stanovenie bazálneho a bolusového inzulínu, edukácia o zmenách dávok inzulínu a nácvik technickej obsluhy a dĺžka trvania výkonu je minimálne 180 minút. <p>Zdravotná poisťovňa neuhradí výkon v prípade pacientov s niektorým z nasledovných zdravotných stavov alebo niektorou z uvedených diagnóz:</p> <ul style="list-style-type: none"> pacient je dialyzovaný, pacient má diagnostikovanú ketoacidózu, pacient ma závažnú poruchu zraku, pacient má závažné psychiatrické ochorenie, pacient už bol nastavený na liečbu inzulínovou pumpou v rámci ústavnej zdravotnej starostlivosti, E10.21 a súčasne N18.5, E11.21 a súčasne N18.5, E10.11, E11.11, H53 – H54. <p>Maximálna frekvencia vykazovania výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 krát za život poistenca
1A02009*	1000	<p>Kontinuálny monitoring glykémii</p> <p>Výkon zahŕňa nasledovné činnosti:</p> <ul style="list-style-type: none"> Kontinuálne monitorovanie koncentrácie glukózy v intersticiálnej tekutine so zavedením senzoru, prenesenie nameraných údajov a ich vyhodnotenie pre optimalizáciu liečby.
1A02012*	12 000	<p>Nastavenie na liečbu inzulínovou pumpou</p> <p>Výkon zahŕňa nasledovné činnosti:</p> <ul style="list-style-type: none"> Postupné nastavenie na liečbu inzulínovou pumpou, stanovenie dávky bazálneho a bolusového inzulínu, edukácia o zmenách dávok inzulínu a nácvik technickej obsluhy pumpy. <p>Zdravotná poisťovňa neuhradí výkon v prípade pacientov s niektorým z nasledovných zdravotných stavov alebo niektorou z uvedených diagnóz:</p> <ul style="list-style-type: none"> pacient je dialyzovaný, pacient má diagnostikovanú ketoacidózu, pacient ma závažnú poruchu zraku, pacient má závažné psychiatrické ochorenie, pacient už bol nastavený na liečbu inzulínovou pumpou v rámci ústavnej zdravotnej starostlivosti, E10.21 a súčasne N18.5, E11.21 a súčasne N18.5, E10.11, E11.11, H53 – H54. <p>Maximálna frekvencia vykazovania výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 krát za 4 roky
1A03007*	1200	<p>Kontrolné diabetologické vyšetrenie pri liečbe inzulínovou pumpou</p> <p>Výkon zahŕňa nasledovné činnosti:</p> <ul style="list-style-type: none"> obsluha a využívanie technických možností pumpy, úprava dávok inzulínu, identifikácia chýb na základe analýzy údajov z pamäti pumpy. <p>Maximálna frekvencia vykazovania výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> Najviac 3 krát po nastavení na inzulínovú pumpu alebo po každej výmene inzulínovej pumpy počas nasledujúcich 21 dní. Následne 6 krát ročne.

*Výkon sa uhrádza u odbornosti diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy na základe splnenia povinností poskytovateľa podľa bodu 4.6. písm. f) tejto zmluvy, prípadne aj po preukázaní ďalších podmienok úhrady výkonu. Zdravotnou poisťovňou schválený zdravotný výkon podľa predchádzajúcej vety,

s uvedením kódu odbornosti ambulantnej zdravotnej starostlivosti a kódu zdravotného výkonu tvoria prílohu č. 3, ktorá tvorí neoddeliteľnú súčasť tejto zmluvy. U iných odborností ako je vnútorné lekárstvo, kardiológia a angiológia zdravotná poisťovňa po splnení podmienok v tomto bode môže výkon schváliť, ak poskytovateľ medicínsky zdôvodní žiadosť o zazmluvnenie výkonu.

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

- a) Edukáciu vykonáva lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy alebo pediatrika endokrinológia, diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy, prípadne v spolupráci s diabetologickou sestrou, asistentom výživy, diétnou sestrou, so stredoškolským vzdelaním v odbore asistent výživy.
- b) Poskytovateľ výkony vykazuje na úhradu do zdravotnej poisťovne spravidla s niektorým z nasledovných kódov chorôb: E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E65, E66, E78.
- c) Cena výkonov sa určí ako súčin príslušného počtu bodov podľa tabuľky tohto bodu a (výslednej) ceny bodu za výkony ŠAS s bonusom priznaným pre príslušným kalendárny polrok podľa tejto časti prílohy.
- d) **Poskytovateľ zaznamená vykonanú edukáciu formou dotazníka určeného zdravotnou poisťovňou, pričom dotazník predloží na podpis edukovanému poistencovi a založí ho do zdravotnej dokumentácie poistenca.**
- e) Sú splnené ostatné podmienky úhrady výkonov špecifikované v nasledovnej tabuľke:

Kód výkonu	Počet bodov	Špecifikácia podmienok úhrady
1B05011	420	<p>Edukácia pri zistení diabetes mellitus</p> <p>Výkon zahŕňa nasledovné činnosti:</p> <p>Edukácia pri novodiagnostikovanom diabetes mellitus obsahuje</p> <ul style="list-style-type: none"> • edukáciu o podstate ochorenia, poruche metabolizmu cukrov, tukov a bielkovín, • zostavenie individuálneho liečebného a výživového plánu pri zistení zásadnej zmeny zdravotného stavu, • edukáciu o základných diétnych chybách, o podstatných zmenách v stravovacích návykoch, • edukáciu o význame fyzického pohybu, nastavenie pre daného pacienta, odporúčané druhy a intenzita fyzickej aktivity, • edukáciu o liečbe v prípade, ak sa nasadí farmakologická liečba – perorálne antidiabetiká a/alebo injekčné preparáty. <p>Podmienky úhrady výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dĺžka trvania výkonu je minimálne 20 minút <p>Maximálna frekvencia vykazovania výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 krát za život poistenca <p>Výkon nie je možné kombinovať s nasledovnými výkonmi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10c • 1B05012 • 1B05013 • 1B05014
1B05012	420	<p>Edukácia aplikácie inzulínu a iných injekčných antidiabetík.</p> <p>Výkon zahŕňa nasledovné činnosti:</p> <p>A) Edukácia aplikácie inzulínu a iných injekčných antidiabetík obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • základné informácie pre pacienta o inzulíne, o jeho účinku, o jeho skladovaní, priebeh účinku ordinovaného inzulínu, likvidácii obalov liekov a inzulínových pier, striekačiek, ihlíc, • 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, • edukácia o hyperglykémii a ketoacidóze, o jej príznakoch a o postupe pri jej prejavochoch, • edukácia o dávkovaní inzulínu podľa konzumácie jedla s daným obsahom sacharidových jednotiek, • 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,

		<ul style="list-style-type: none"> • edukácia pacienta o úprave dávok inzulínu vo vzťahu k fyzickej aktivite, • nastavenie jednotiek inzulínu stanovením individuálnej citlivosti pacienta na inzulín, • usmernenie a cieleňá odborná inštruktáž k používaniu inzulínového pera a edukácia na aplikáciu inzulínu, • usmernenie a cieleňá odborná inštruktáž pri obsluhu glukometra, • edukácia o meraní glykémii glukometrom, timingu meraní, frekvencií meraní, zapisovaní hodnôt a zapisovaní jedál – poučiť v ktorých prípadoch je to potrebné, • edukácia o prevencii a znížení rizika komplikácií diabetu samovyšetrením rôznych častí tela, predovšetkým dolných končatín, moču, tlaku krvi a iné. <p>a/alebo</p> <p>B) Pohovor s pacientom s DM pri plánovaní zásadnej zmeny liečby na injekčnú liečbu (GLP1, PCSK-9) obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • edukáciu o postupe pri podávaní injekčnej liečby, skladovaní lieku, zmien miesta vpichov, • edukáciu o časovaní injekcií napr. pri vynechaní, dodržanie časových odstupov • edukácia o možných vedľajších účinkoch, kedy sa má pacient hlásiť u lekára, alebo liečbu ukončiť, • edukáciu o selfmonitoringu glykémii pri liečbe GLP-1 – obsluha glukometra, časovanie meraní. <p>Podmienky úhrady výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dĺžka trvania výkonu je minimálne 20 minút <p>Maximálna frekvencia vykazovania výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dvakrát za kalendárny rok <p>Výkon nie je možné kombinovať s nasledovnými výkonmi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10c • 1B05011 • 1B05013 • 1B05014
1B05013	270	<p>Edukácia pri diabete v súvislosti s prevenciou hypoglykémie</p> <p>Výkon zahŕňa nasledovné činnosti:</p> <p>Edukácia pacienta s opakovanými hypoglykémiami, s prekonanou ťažkou hypoglykémiou, s prekonanou ketoacidózou obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rozbor možnej príčiny prekonanej komplikácie a zacielenie edukácie na opakovanie ťažkej hypoglykémie alebo ketoacidózy, • zopakovanie postupov liečby hyperglykémie a ketoacidózy. • edukáciu 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. <p>Podmienky úhrady výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dĺžka trvania výkonu je minimálne 10 minút. <p>Maximálna frekvencia vykazovania výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • raz za kalendárny štvrtrok <p>Výkon nie je možné kombinovať s nasledovnými výkonmi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10c • 1B05012 • 1B05011 • 1B05014
1B05014	270	<p>Edukácia pri diabete v súvislosti s prevenciou chronických komplikácií diabetu a ochorení zapríčinených diabetom</p> <p>Výkon zahŕňa nasledovné činnosti:</p>

		<p>A) Edukácia pacienta ohľadom akútnych a chronických komplikácií DM obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • edukáciu o postupe pri akútnej hyperglykémii - vylúčenie ketoacidózy - fyzický pohyb, dopichovanie inzulínu s prevenciou kumulovania dávok inzulínu, • edukáciu pri novovzniknutej diabetickej retinopatii, neuropatii, nefropatii, makroangiopatii - to znamená pri makrovaskulárnych komplikáciách diabetu ako infarkt srdca, cievna mozgová príhoda, • edukáciu pri potrebe hemodialyzačnej alebo transplantáčnej liečby, väčšej strate zraku až slepote, pri vzniknutej diabetickej nohe. <p>a/alebo</p> <p>B) Edukácia pacienta s diabeticou nohou obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pri prevencii - edukáciu o starostlivosti o dolné končatiny pravidelným samo-vyšetrením aj s využitím príslušných pomôcok, správny výber obuvi, vložiek, zdravotná pedikúra, • Pri vzniku defektu: kedy je potrebné ošetrenie lekára pri vzniku defektu, edukácia o prísnej glykemickej kontrole. <p>a/alebo</p> <p>C) Edukácia pacienta s dyslipidémiou obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • poruchy metabolizmu tukov, diferenciácia familiárnych foriem dyslipidémie, • súvislosť tukov s aterosklerózou a kardiovaskulárnymi ochoreniami, • spôsoby a ciele liečby hyperlipoproteinémie podľa stratifikácie kardiovaskulárneho rizika. <p>a/alebo</p> <p>D) Edukácia pacienta s obezitou obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • edukáciu dôsledkoch obezity na dĺžku života a na zdravotný stav pacienta, • zdôraznenie prínosu zníženia telesnej hmotnosti na zdravie pacienta, • základná edukácia o znížení telesnej hmotnosti, rozpis a príprava individualizovaného rozpisu pre daného pacienta. <p>Podmienky úhrady výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dĺžka trvania výkonu je minimálne 10 minút. <p>Maximálna frekvencia vykazovania výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • raz za kalendárny štvrtrok <p>Výkon nie je možné kombinovať s nasledovnými výkonmi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10c • 1B05011 • 1B05012 • 1B05013
10c	180	<p>Iné formy edukácie diabetika</p> <p>Výkon zahŕňa najmä nasledovné činnosti:</p> <p>A) Edukácia pacienta pri opakovaných kontrolách na ambulancii u pacienta liečeného inzulínom obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • edukáciu ohľadom pružného dávkovania inzulínu a o úprave dávok inzulínu podľa jedál. <p>a/alebo</p> <p>B) Edukácia pri plánovanej gravidite a u gravidnej diabetickej pacientky obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • edukáciu o vzťahu diabetu a tehotenstva, • nastavenie cieľov kompenzácie pre obdobie počatia a gravidity u diabetičiek alebo pri gestačnom diabete,

	<ul style="list-style-type: none"> • fyziológia tehotenstva, riziká oscilácií glykémii a hypoglykémie, • edukáciu o hypoglykémii v tehotenstve <p>Podmienky úhrady výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dĺžka trvania výkonu je minimálne 10 minút. <p>Maximálna frekvencia vykazovania výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • raz za kalendárny štvrtrok <p>Výkon nie je možné kombinovať s nasledovnými výkonmi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1B05011 • 1B05012 • 1B05013 • 1B05014
--	--

6. Cenou výkonu sa uhrádza nasledovný výkon:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena za výkon v €
629b*	<p>Skríningový antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou</p> <p>Obsahová náplň výkonu: Skríningový, rýchly antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou zahŕňa odber biologického materiálu na stanovenie antigénov SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou pomocou prístroja na odčítanie výsledku reakcie, vrátane použitia osobných ochranných pracovných prostriedkov a dezinfekcie. Zdravotný výkon vykonáva lekár alebo sestra, sestra špecialistka alebo iný zdravotnícky pracovník. Vyhodnotenie je súčasťou zdravotného výkonu.</p> <p>Výkon:</p> <ul style="list-style-type: none"> - je indikovaný na základe klinickej (nie výlučne epidemiologickej) indikácie ošetrojúceho lekára, - uhrádza sa u symptomatického pacienta s klinickými príznakmi respiračného syndrómu, - vykazuje sa diagnózou U07.1 alebo U07.2, - sa uhrádza u jedného poistenca maximálne 2x za 30 dní, - bol zrealizovaný za pomoci certifikovaného antigénového testu. <p>Odber pre účely výkonu sa vykonáva s použitím osobitných ochranných pracovných prostriedkov:</p> <ul style="list-style-type: none"> - respirátor FFP2-3 prekrytý rúškom, - ochranný plastický tvárový štít alebo okuliare, - jednorazové rukavice. <p>Zároveň sú splnené aj tieto podmienky:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zrealizuje sa dezinfekcia bezprostredného priestoru po odbere pre účely daných výkonov; - poskytovateľ v prípade pozitívne testovaného poistenca zabezpečil ďalší manažment starostlivosti o pacienta, - výkony 629a a 629b nie je možné vzájomne kombinovať pri jednom vyšetrení pacienta. 	10,20
H0008*	<p>Obsahom zdravotného výkonu je stanovenie indexu ABI oscilometrickou metódou, meranie a vyhodnotenie indexu ABI na štyroch končatinách na zistenie zvýšeného rizika ischemickej choroby dolných končatín.</p> <p>Výkon sa uhrádza, ak:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bol poskytnutý poistencovi s minimálne jedným rizikovým faktorom - podozrenie na ischemickú chorobu dolných končatín, artériová hypertenzia, abnormálne EKG, diabetes mellitus, obezita, fajčenie, vysoká hladina celkového cholesterolu, porucha metabolizmu lipidov, - nebude súčasne vykázaný v ambulancii všeobecnej ambulantnej starostlivosti. 	6,00

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

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

v súvislosti s ktorou bol ŠZM použitý. Týmto nie je dotknutá výška doplatku poistenca na úhradu ŠZM.

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

- a) Zdravotná poisťovňa na základe údajov zo svojho informačného systému vyhodnotí, či poskytovateľ splnil ukazovatele podľa tabuľky tohto bodu v kalendárnom polroku, za ktorý sa vykonáva hodnotenie (ďalej len „hodnotenú obdobie“). Ukazovateľ je dojednaná podmienka, za splnenia ktorej zdravotná poisťovňa prizná bonus poskytovateľovi podľa tabuľky tohto bodu.
- b) Hodnotenú obdobie je kalendárny polrok, ktorý bezprostredne predchádza kalendárnemu polroku, v ktorom sa vykonáva hodnotenie, s výnimkou Ukazovateľa „Podiel nových pacientov“, kde hodnoteným obdobím je bezprostredne predchádzajúci kalendárny rok.
- c) Zdravotná poisťovňa uhrádza bonusy, pri ktorých poskytovateľ splnil ukazovatele v celom kalendárnemu polroku, ktorý bezprostredne nasleduje po kalendárnemu polroku, v ktorom zdravotná poisťovňa vykonala hodnotenie plnenia ukazovateľov. Zdravotná poisťovňa oznámi poskytovateľovi bonusy, pri ktorých splnil ukazovatele. Zdravotná poisťovňa môže na vybrané obdobie hodnoty priznaných bonusov navýšiť nad rámec hodnôt bonusov alebo priznať bonusy nad rámec podmienok ich priznania alebo pozmeniť hodnotenú obdobie podľa tohto bodu tejto časti, o čom informuje poskytovateľa.
- d) Nevyhodnocuje sa ani u odbornosti s kódom 027 a odborností zazmluvnených u menej ako 10 ambulantných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Pri týchto odbornostiach u nehodnotených poskytovateľov špecializovanej ambulantnej starostlivosti je priznaný paušálny bonus k cene bodu vo výške 0,0025 €.
- e) Ukazovatele a bonusy, ktoré sa uplatňujú u poskytovateľov špecializovanej ambulantnej starostlivosti sú uvedené v nasledovnej tabuľke:

Oblasť	Názov ukazovateľa	Specifikácia ukazovateľa	Bonus (€)
	Max. bonus spolu:	0,0035	
Kvalita	Náročnosť pacientov	Ukazovateľ hodnotí náročnosť kmeňa PZS s využitím indexov rizika používaných v prerozdeľovacom mechanizme (demografické a viacročné nákladové skupiny). Porovnáva náročnosť kmeňa PZS so všetkými poskytovateľmi v danej odbornosti k poslednému mesiacu hodnoteného obdobia. Na základe čoho sa vytvorí rebríček hodnotených poskytovateľov. V závislosti od zaradenia jednotlivých odborností poskytovateľa do pásma je bonus nasledovný: 0,0004 € - dolných 25% poskytovateľov, 0,0007 € - stredné pásmo poskytovateľov, 0,0010 € - horných 25% poskytovateľov.	0,0010 (max.)
Dostupnosť	Podiel nových pacientov	Ukazovateľ hodnotí podiel unikátnych nových interakcií v hodnotenom období z celkového počtu unikátnych interakcií v hodnotenom období. Na základe čoho sa vytvorí rebríček hodnotených poskytovateľov. V závislosti od zaradenia jednotlivých odborností poskytovateľa do pásma je bonus nasledovný: 0,0004 € - dolných 25% poskytovateľov, 0,0007 € - stredné pásmo poskytovateľov, 0,0010 € - horných 25% poskytovateľov. Definícia unikátnej interakcie a novej unikátnej interakcie je uvedená v písmene g) tohto bodu tejto časti prílohy.	0,0010 (max.)
	Návštevy	Splnené, ak je u poskytovateľa priemerný počet návštev na jedného jedinečného poistenca nižší ako priemerný počet návštev na jedného jedinečného poistenca v danej odbornosti	0,0010
Elektronické služby	eObjednávanie	Ukazovateľ je splnený, ak poskytovateľ zverejní aspoň 1 termín za kalendárny mesiac (= 6 termínov za hodnotenú obdobie) v jednom z online objednávkových systémov spĺňajúcich kritériá zverejnených na webovom sídle zdravotnej poisťovne. Pre účely vyhodnocovania ukazovateľa eObjednávanie poskytovateľ súhlasí, aby jeho dodávateľ online objednávkového systému poskytoval zdravotnej poisťovni údaje o využívaní tohto systému poskytovateľom v rozsahu nevyhnutnom na vyhodnotenie ukazovateľa eObjednávanie.	0,0005

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

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

1. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
<p>Výkony špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti v odbore zubné lekárstvo.</p> <p>Výkon V12 sa ohodnocuje 300 bodmi.</p> <p>Pre náročnosť ošetrovania poistencov s vrodenou vývojovou chybou čelustí a tváre sa výška úhrady zdravotného výkonu O06 do dosiahnutia šiesteho roku veku a výška úhrady zdravotných výkonov O21 až O37 bez obmedzenia veku, násobí koeficientom H 1,3.</p> <p>Zdravotné výkony preventívnych prehliadok D01, D02, D02a, D05 a D06 sa vykazujú s kódom choroby Z01.2.</p>	0,1062
<p>Vybrané výkony za podmienok uvedených v dokumente „Usmernenie k vykazovaniu výkonov telemedicíny“ zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne..</p>	0,035

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

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

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

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

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

Časť - Zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek

1. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

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

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

A) Zobrazovacie vyšetrovacie metódy

1. Cenou bodu v rozmedzí od 0,003400 € do 0,011100 € sa uhrádzajú výkony SVLZ v špecializačnom odbore rádiológia. Výška ceny bodu závisí od technických parametrov prístrojového vybavenia pracoviska a od splnenia kritérií uvedených v tabuľke tohto bodu:

Zobrazovacia modalita	Kritérium	Cenové úrovne podľa splnenia kritérií v €	Zmluvná cena bodu v €
osteodenzitometria	-	0,005500	X
Konvenčné RTG - okrem vybraných skiagrafických výkonov	-	0,008000	0,008000
Konvenčné RTG – vybrané skiagrafické výkony	RTG prístroj analógový	0,008700	P81753023502 0,011100
	RTG prístroj s nepriamou digitalizáciou a so systémom PACS	0,009500	
	RTG prístroj s priamou digitalizáciou a so systémom PACS	0,010000	
	RTG prístroj s priamou digitalizáciou, so systémom PACS a s vybavením na elektronické zdieľanie RTG snímok s iným poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti	0,011100	
ultrasonografia	-	0,007838	0,007838
mamografia	Poskytovateľ, ktorý poskytuje menej ako 3 000 vyšetrení za jeden kalendárny rok	0,008500	X
	Poskytovateľ, ktorý poskytuje minimálne 3 000 vyšetrení za jeden kalendárny rok	0,009200	
počítačová tomografia	CT prístroj do 16 MSCT	0,003515	X
	CT prístroj do 16 MSCT– 24 hodinová prevádzka	0,003705	
	CT prístroj 20 - 40 MSCT	0,003800	
	CT prístroj 20 - 40 MSCT– 24 hodinová prevádzka	0,003990	
	CT prístroj 64 MSCT a viac	0,004180	
	CT prístroj 64 MSCT a viac – 24 hodinová prevádzka	0,004300	
magnetická rezonancia	MR prístroj 0,2 T až 0,25 T pre vyšetrenie jedného orgánového systému - kĺbov	0,003400	X
	MR prístroj 0,25 T pre viac orgánovú diagnostiku MR prístroj 0,3 T - 1,0 T	0,003900	
	MR prístroj od 1,1 T do 2,9 T	0,004200	
	MR prístroj 3T a vyššie	0,005500	

2. V prípade, že poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zariadení SVLZ použije špeciálny zdravotnícky materiál (ďalej len „SZM“) uvedený v Zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov v zmysle zákona č. 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „Zoznam SZM“) a preskripcným obmedzením viazaný na špecializačný odbor rádiológia, zdravotná poisťovňa uhradí tento SZM ako pripočítateľnú položku k úhrade výkonu do výšky obstarávacej ceny SZM, najviac však do výšky príslušnej maximálnej úhrady zdravotnej poisťovne za SZM uvedenej v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne pri súčasnom dodržaní všetkých ostatných príslušných podmienok úhrady SZM, ak nie je dojednané inak. Ak je obstarávacia cena SZM vyššia ako maximálna úhrada zdravotnej poisťovne za SZM ako pripočítateľnej položky uvedenej v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne, je tento rozdiel zahrnutý do úhrady výkonu, v súvislosti s ktorým bol SZM použitý. Týmto bodom nie je dotknutá výška doplatku poistenca na úhradu SZM.

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

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

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

- Za vybrané skiagrafické výkony sa považujú nasledovné výkony s kódmi 5010, 5011, 5012, 5015, 5016, 5020, 5021, 5022, 5023, 5024, 5025, 5030, 5031, 5032, 5033, 5035, 5050, 5051, 5052, 5053, 5056, 5060, 5061, 5062, 5065, 5070, 5071, 5072, 5075, 5076, 5077, 5080, 5081, 5082, 5083, 5090, 5095.
- Za analógový RTG prístroj sa považuje taký RTG prístroj, ktorý nemá zabudovanú technológiu potrebnú na vytváranie a uchovávanie RTG snímok v digitálnej podobe.
- Za RTG prístroj s nepriamou digitalizáciou sa považuje taký prístroj, ktorý bol pôvodne výrobcom skonštruovaný ako analógový RTG prístroj a bol dodatočne príslušným spôsobom technologicky upravený pre účely uchovávania RTG snímok v digitálnej podobe.
- RTG prístroj s priamou digitalizáciou je taký RTG prístroj, ktorý bol výrobcom pôvodne skonštruovaný už so zabudovanou technológiou potrebnou pre vytváranie a uchovávanie RTG snímok v digitálnej podobe.
- Poskytovateľ plní kritérium elektronického zdieľania RTG snímok s inými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, ak má k dispozícii funkčné hardvérové a softvérové vybavenie umožňujúce bezpečné zdieľanie digitálnych RTG snímok poskytovateľa s inými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti prostredníctvom prepojenia softvérového vybavenia.
- Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti dodržiava Štandardný postup na vykonávanie lekárskeho ožiarenia - Skiagrafia a skiaskopia vydaný Ministerstvom zdravotníctva SR.
- Poskytovateľ je povinný v súlade s príslušnými všeobecne záväznými právnymi predpismi sledovať a zaznamenávať veľkosť ožiarenia poistenca.
- Poskytovateľ je povinný zabezpečiť, aby ním prevádzkovaný RTG prístroj bol podrobený pravidelnej skúške dlhodobej stability a skúške prevádzkovej stálosti v súlade s príslušnými všeobecne záväznými právnymi predpismi.
- Systém PACS poskytovateľa musí spĺňať príslušnú platnú technickú normu pre digitálne spracovanie obrazov a komunikáciu v medicíne.
- Poskytovateľ je povinný mať s dodávateľom RTG prístroja alebo s iným servisným pracoviskom uzatvorenú servisnú alebo revíziu zmluvu, v zmysle ktorej sa realizuje servisná kontrola alebo revízia RTG prístroja jedenkrát ročne.
- Ak poskytovateľ neplní čo i len jednu z podmienok podľa písm. g) až i) toho bodu, zdravotná poisťovňa môže uhradiť zdravotné výkony realizované zobrazovacou modalitou „Konvenčné RTG“ cenou bodu v cenovej úrovni zodpovedajúcej analógovému RTG prístroju a to za obdobie, kedy nebola plnená čo i len jedna z podmienok podľa písm. g) až i) toho bodu.

B) Fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia

1. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

Špecifikácia podmienok úhrady	Zmluvná cena bodu v €
Výkony SVLZ v špecializačných odboroch fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia a fyzioterapia (ďalej aj ako „FBLR“), s výnimkou výkonov uvedených v druhom riadku tejto tabuľky	0,009135
Výkony FBLR s kódmi 509a, 512, 513, 514a, 516, 518, 522, 523a, 530, 531, 532, 533a, 540, 541, 542	0,014454

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

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

Kód výkonu	Počet bodov	Názov výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Zmluvná cena bodu v €
3F00091	450	Respiračná fyzioterapia individuálna.	Výkony sa vykazujú s nasledovnými kódmi chorôb U08.0, U08.9, U09.0, U09.9. Evalvácia post-covidového pacienta sa vykazuje pod kódom výkonu 505. Poskytovateľ postupuje v súlade so Štandardným postupom - Odporúčania pre pľúcnu rehabilitáciu a respiračnú fyzioterapiu post COVID-19 pacientov	0,014454
3F00092	360	Respiračná fyzioterapia skupinová.		
3F00093	450	Respiračná fyzioterapia s inhaláciou kyslíka.		

Časť - Finančný rozsah pre zariadenie SVLZ

1. Zmluvné strany sa pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti v zariadeniach SVLZ podľa tejto prílohy dohodli na finančnom objeme vo výške **7 200 €** na kalendárny polrok od 1.1.2022 po dobu účinnosti prílohy č. 2 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa bodu 9.3. tejto zmluvy. Ustanovenia tejto časti prílohy sa vzťahujú na priamo hradené výkony pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ak sú predmetom tejto zmluvy.
2. Zmluvné strany sa dohodli na platnosti finančného objemu podľa bodu 1 tejto časti prílohy aj pre obdobie predĺženej účinnosti prílohy č. 2 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa bodu 9.4. zmluvy.
3. Do finančného objemu na kalendárne obdobie podľa bodu 1 a 2 tejto časti prílohy (ďalej len „kalendárne obdobie“) sa zahŕňajú všetky poskytovateľom vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané výkony SVLZ podľa tejto prílohy.
4. Výkony SVLZ budú v kalendárnom období hradené nasledovne:
 - a) do výšky finančného objemu v cene bodu podľa tejto prílohy,
 - b) po prekročení finančného objemu v cene bodu podľa tejto prílohy, vynásobenej koeficientom 0,10.
5. V prípade nevyčerpania finančného objemu sa nevyčerpaná časť neprenáša do nasledujúceho kalendárneho obdobia.