

VŠEOBECNÍ LEKÁRI PRE DOSPELÝCH REVÍZNE PRAVIDLÁ

Dátum platnosti od 1. 11. 2024

Kód výkonu	Názov výkonu	Charakteristika výkonu	Revízne pravidlá	Kombinácie s inými výkonmi	Periodicita
10	Rozbor a plánovanie cieľných terapeutických postupov na ovplyvnenie chronických ochorení v rámci komplexného manažmentu poistenca	Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z. Nastavenie alebo úprava liečby pri diagnóze arteriovej hypertenzie alebo dyslipidémie v kombinácii výkonu č. H0003 alebo č. H0004 alebo č. H0005 v zmysle ŠDTP alebo odborného usmernenia MZ SR na poskytovanie zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s arteriovou hypertenziou alebo dyslipidémiou alebo obezitou. Poskytovateľ vykazuje výkon č. 10 pri prevzatí poistenca s chronickým ochorením a po podpísaní dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v kombinácii s výkonom č. 60. Výkon bude akceptovaný výlučne v kombinácii s výkonom č. 60 alebo č. H0003 alebo č. H0004 alebo č. H0005. Úprava alebo zmena terapeutického postupu musí byť zaznamenaná v zdravotnej dokumentácii vrátane zmeny dávkovania a zdôvodnenia úpravy medikamentózneho liečby. Akákoľvek úprava terapeutického postupu musí byť v súlade s platnou legislatívou a účelnou farmakoterapiou.	Výkon sa neakceptuje pri jednorazovom predpise liekov na akútne ochorenia, ako napr. bronchitída, sinusitída. Výkon sa neakceptuje, ak je vykázaný výlučne v prípade predpisania liekov pacienta s chronickým ochorením. Akceptuje sa v prípade úpravy terapeutického postupu vrátane farmakologickej terapie v súlade s platnou legislatívou.	Výkon bude akceptovaný výlučne v kombinácii s výkonom 60 alebo H0003 alebo H0004 alebo H0005. Vykazuje sa s kódom diagnózy chronického ochorenia, pre ktoré sa realizuje rozbor. V prípade vykázaní kombinácie uvedených výkonov v jeden deň bude výkon 10 akceptovaný len 1x.	1x za deň na URČ
25	Návšteva (v pracovnom čase)	Pod návštevou sa rozumie cesta k pacientovi mimo budovy, v ktorej je ambulancia ošetrojúceho lekára. V dokumentácii musí byť presne uvedený čas a zdravotná starostlivosť, ktorá bola pri návšteve poskytnutá. Návštevy podľa kódu 25 môže vykazovať lekár, ak si zdravotný stav pacienta vyžaduje návštevu mimo ambulancie.	Pri návštevnej službe v DSS alebo ak je na jednom mieste viac poistencov sa výkon akceptuje iba jedenkrát denne.	Zakázaná kombinácia s výkonom 26.	1x za deň na URČ
26	Návšteva mimo riadneho pracovného času lekára, vykonaná ihneď po výzve z dôvodov ochorenia, vyžaduje sa časový údaj	Pod návštevou sa rozumie cesta k pacientovi mimo budovy, v ktorej je ambulancia ošetrojúceho lekára. V dokumentácii musí byť presne uvedený čas a zdravotná starostlivosť, ktorá bola pri návšteve poskytnutá. Návštevy podľa kódu 26 môže vykazovať lekár, ak si zdravotný stav pacienta vyžaduje návštevu mimo ordinálnych hodín schválených VUC.	Pri návštevnej službe v DSS alebo ak je na jednom mieste viac poistencov sa výkon akceptuje iba jedenkrát denne.	Zakázaná kombinácia s výkonom 25.	1x za deň na URČ
60	Komplexné vyšetrenie poistenca pri prevzatí dospelého pacienta do zdravotnej starostlivosti ako prvotné komplexné vyšetrenie s vystavením zdravotného záznamu	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. Vykázaný výkon č. 60 musí byť súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca. Kontrola povinného očkovania poistenca. Kontrola poslednej preventívnej prehliadky poistenca. Informovaný súhlas pacienta s poskytnutím zdravotnej starostlivosti v súvislosti s výkonom č. 60.	Výkon 60 sa vykazuje s dg Z00.0 v prípadoch, ak lekár preberá do starostlivosti zdravého poistenca, ktorý nie je liečený na žiadne chronické ochorenie. V prípade, ak je poistenec liečený na chronické ochorenie, lekár vykáže pri výkone 60 príslušný kód diagnózy chronického ochorenia.	Výkon sa vykazuje samostatne alebo v kombinácii s výkonom 10 v prípadoch, ak poistenec užíva lieky na chronické ochorenie. Možná kombinácia s výkonom 5702.	1x pri prebraní poistenca do starostlivosti do 60 dní od podpísania Dohody
60b	Komplexné predoperačné vyšetrenie vrátane odberu biologického materiálu, zhodnotenia laboratórných a prístrojových vyšetrení.	Komplexné predoperačné vyšetrenie vrátane odberov krvi, zhodnotenia laboratórných a prístrojových vyšetrení. Výkon možno vykazovať iba raz v rámci jednej operácie pri dodržaní odborného usmernenia MZ SR. Výkon sa vykazuje samostatne s diagnózou, pre ktorú je poistenec plánovaný na operáciu.	Výkon sa vykazuje s príslušnou diagnózou ochorenia, pre ktorú má byť poistenec operovaný. Po vykázaní výkonu 60b nie je možné odoslať poistenca k lekárovi špecialistovi na predoperačné vyšetrenie.	Možná kombinácia s výkonom 5702.	1x za deň na URČ

159a	Preventívne vyšetrenie na krv v stolici s použitím špecifickej imunochemickej metódy (iFOB) u poistencov starších ako 40 rokov.	Preventívne vyšetrenie na krv v stolici s použitím testov v rámci opatrení na včasnú diagnostiku ochorenia na rakovinu, dodatok k výkonu pod kódom 160. Výkon sa vykazuje v prípadoch pozitívneho nálezu, môže sa vykazovať za celé preventívne vyšetrenie. Ak sa vyšetrenie vykonalo v laboratóriu, vykazuje ho laboratórium.	Pri pozitívnom náleze je povinnosť VL odoslať poistenca na skrining, kolonoskopiu, príp. ďalšie vyšetrenia. V prípade opakovania testu musí byť dôvod opakovania zaznamenaný v ZD. Ak VL vykázal výkon a súčasne poslal vzorku do laboratória, tak výkon nebude akceptovaný.	Dodatok k výkonu 160 alebo v rámci celonárodného skriningu. Interval medzi výkonom 160 a ostatnými vyšetreniami súvisiacimi s PP môže byť 3 mesiace pred vykázaním výkonu 160.	1× každý druhý kalendárny rok na URČ 1× za kalendárny rok u darcov krvi 1× za kalendárny rok po vyradení z onkologickej starostlivosti
159z	Preventívne vyšetrenie na krv v stolici s použitím špecifickej imunochemickej metódy (iFOB) u poistencov starších ako 40 rokov.	Preventívne vyšetrenie na krv v stolici s použitím testov v rámci opatrení na včasnú diagnostiku ochorenia na rakovinu, dodatok k výkonu pod kódom 160. Výkon sa môže vykazovať za celé preventívne vyšetrenie. Ak sa vyšetrenie vykonalo v laboratóriu, vykazuje ho laboratórium.	Vykazuje sa v prípadoch negatívneho nálezu. Ak VL vykázal výkon a odoslal vzorku do laboratória, výkon nebude akceptovaný.	Dodatok k výkonu 160 alebo v rámci celonárodného skriningu. Interval medzi výkonom 160 a ostatnými vyšetreniami súvisiacimi s PP môže byť 3 mesiace pred vykázaním výkonu 160.	1× každý druhý kalendárny rok na URČ 1× za kalendárny rok u darcov krvi 1× za kalendárny rok po vyradení z onkologickej starostlivosti
159x	Preventívne vyšetrenie na krv v stolici s použitím špecifickej imunochemickej metódy (iFOB) u poistencov starších ako 40 rokov.	Preventívne vyšetrenie na krv v stolici s použitím testov v rámci opatrení na včasnú diagnostiku ochorenia na rakovinu, dodatok k výkonu pod kódom 160. Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti vtedy, ak ho sám uskutočnil. Výkon sa môže vykazovať za celé preventívne vyšetrenie.	Neodovzdaný alebo znehodnotený. Ak VL vykázal výkon a odoslal vzorku do laboratória, výkon nebude akceptovaný.	Dodatok k výkonu 160 alebo v rámci celonárodného skriningu. Interval medzi výkonom 160 a ostatnými vyšetreniami súvisiacimi s PP môže byť 3 mesiace pred vykázaním výkonu 160.	1× každý druhý kalendárny rok na URČ 1× za kalendárny rok u darcov krvi 1× za kalendárny rok po vyradení z onkologickej starostlivosti
FOB	Pozvanie poistenca na vyšetrenie krvi v stolici.	Prípočítateľná položka k výkonom 159a, 159z, 159x. Prípočítateľná položka sa vykazuje v zmysle platného MU ÚDZS o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou. Vyšetrenie je vykonané detekciou hemoglobínu v stolici (TOKS) špecifickou imunochemickou metódou (iFOB).	Poskytovateľ kapitovaného poistenca, ktorý má nárok na preventívnu prehliadku u poskytovateľa, preukázateľne pozval a objedná na vykonanie testu (SMS, e-mail, list a pod.). Kópia pozvánky formou SMS, mailu alebo listu je súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca. Poistenec je vo veku od 40 do 70 rokov.	Povolená kombinácia s výkonmi 159* a 160.	1× za každý druhý kalendárny rok na URČ

160	Základná preventívna prehliadka	Výkon obsahuje komplexné vyšetrenie v rámci základnej preventívnej prehliadky vrátane prehliadky v rámci prevencie kardiovaskulárnych chorôb.	Interval medzi ostatnými výkonmi v súvislosti PP a výkonom 160 môže byť max. 3 mesiace pred vykázaním výkonu 160. U darcov krvi sa vykazuje s dg Z52.00 1× za kalendárny rok. U pacientov po absolvovanej onkologickej liečbe odporúčaných na ďalšie sledovanie u lekára so špecializáciou v odbore všeobecné lekárstvo sa vykazuje 1× za kalendárny rok s dg Z85.9.	Akceptuje sa v kombinácii s výkonmi 5702P, 159*, H0003, H0004, H0006, H0008.	1× každý druhý kalendárny rok na URČ s dg Z00.0 1× za kalendárny rok u darcov krvi s dg Z52.00 1× za kalendárny rok po vyradení z onkologickej starostlivosti s dg Z85.9
163	Vyšetrenie a včasné rozpoznanie hrozacej straty sebestačnosti u poistencov nad 60 rokov (MoCA – Montrealský kognitívny test – variant „K“ pre Slovenskú republiku)	Vyšetrenie a včasné rozpoznanie hrozacej straty sebestačnosti u poistencov nad 60 rokov. Podmienkou úhrady je súčasne vyšetrenie poškodenia kognitívnych funkcií podložených zhodnotením orientácie miestom, časom, osobou a zhodnotením procesov pamäti, myslenia a rečovej expsie, ktoré sa overuje štyrmi základnými otázkami. V prípade, že aspoň na jednu odpoveď poistenec nesprávne, vykoná sa vyšetrenie pomocou MoCA testu.	<ul style="list-style-type: none"> • Výkon bude akceptovaný u kapítovaného poistenca nad 60 rokov. • Kompletne vyplnený a vyhodnotený MoCA test, podpísaný poistencom, musí byť súčasťou zdravotnej dokumentácie. • Kompetentným zdravotníckym pracovníkom na zadanie inštrukcií k vyplneniu MoCA testu poistencom je lekár alebo sestra. • Kompetentným zdravotníckym pracovníkom na vyhodnotenie vyplneného MoCA testu a následného komplexného posúdenia zdrav. stavu poist. je lekár. • Test sa vykazuje s diagnózou Z03.2 Pozorovanie pre podozrenie na duševné poruchy a poruchy správania, ak je výsledné skóre menej ako 26. • Test sa vykazuje s diagnózou Z01.88 Iné bližšie určené špeciálne vyšetrenia v prípade, ak je výsledné skóre 26 a viac. • V prípade ak je výsledné skóre menej ako 26 vrátane, poskytovateľ vykoná vyšetrenie TSH (v zmysle odborného usmernenia) a orientačné neurologické vyšetrenie. V prípade, že je vyšetrenie indikované, odosiela poistenca na vyšetrenie k endokrinológovi, neurológovi alebo psychiatrovi. U tohto poistenca sa toto vyšetrenie vrátane testu už v budúcnosti nerobí. 		Pri hodnote výsledného skóre 26 a viac je možné test zopakovať najskôr o dva roky. Pri hodnote výsledného skóre menej ako 26 vrátane sa vykazuje 1× za život
252b	Očkovanie	Vykázaná očkovacia látka je zaradená v kategorizačnom zozname, výkon sa vykazuje v nutnej kombinácii s príslušnou dg podľa MKCH 10. Výkon očkovania je akceptovaný u kapítovaných poistencov.	V prípade nepovinného očkovania bude výkon akceptovaný, ak je vykázaná očkovacia látka zaradená v kategorizačnom zozname v rozsahu IO a IP. Pod kódom 252c sa vykazuje nazálna aplikácia očkovacej látky proti chrípke.	Akceptácia výkonu pri očkovaní v nutnej kombinácii s príslušnou dg podľa MKCH-10.	
250D	Delegovaný odber biologického materiálu na základe písomnej žiadosti ŠAS pri návšteve poistenca v ambulancii VLD	Dodržanie postupu, ktorý ustanovuje OU MZSR o postupe objednávaní, vykonávaní a kontroly laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení zo dňa 10. 6. 2014 číslo 02032/2014-SZ v platnom znení, dodržanie podmienok zdravotnej indikácie v zmysle účelného, efektívneho a hospodárneho nakladania s prostriedkami verejných zdrojov.	Pri vykázaní je nutné uviesť v informačnom systéme meno a kód lekára ŠAS, ktorý odber indikoval.		1× za deň na URČ

5702	Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie.	Zaznamenanie popisu a vyhodnotenia záznamu vrátane popisu EKG krivky v zdravotnej dokumentácii pacienta u všeobecného lekára pre dospelých. Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z.	Výkon bude akceptovaný v kombinácii s výkonmi 60, 60b, H0003, H0004, H0005. Výkon bude okrem horeuvedených bodov akceptovaný maximálne 2x za kalendárny rok pri inej diagnóze indikovanej lekárom v súlade s MKCH-10. EKG vyšetrenie vrátane popisu EKG krivky musí byť zaznamenané a založené v zdravotnej dokumentácii pacienta.	Možná kombinácia s výkonmi 4, 8, 60, 60b, H0003, H0004, H0005 v zmysle aktuálne platnej legislatívy. Zakázaná kombinácia s výkonom 5702P.	1x pri súčasnom vykázaní novej kombinácie výkonov alebo max. 2x za kalendárny rok pri inej diagnóze indikovanej lekárom v súlade s MKCH-10.
5702P	Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie.	Vyšetrenia EKG pri preventívnej prehliadke poistencov 40-ročných a starších len spolu s výkonom 160, záznam a popis musia byť súčasťou zdravotnej dokumentácie.	Vykazovanie u poistenca, ktorý má s poskytovateľom uzatvorenú Dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti alebo za ktorého je hrazená kapitáčná platba u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v zmysle platnej zmluvy.	Len s výkonom 160. Interval medzi výkonom 160 a 5702P môže byť maximálne 3 mesiace pred vykázaním výkonu 160 alebo výkon 5702 6 mesiacov u pacientov sledovaných internistom, geriatrom, kardiológom.	1x každý druhý kalendárny rok na URČ s dg Z00.0 1x za kalendárny rok u darcov krvi s dg. Z52.00 1x za kalendárny rok po vyradení z onkologickej starostlivosti Z85.9
5715	24-hodinové monitorovanie tlaku krvi – naloženie a zosnímanie.	Zaznamenanie výsledku a vyhodnotenia výsledku v zdravotnej dokumentácii poistenca u poskytovateľa. Výkon je vykázaný v prípade starostlivosti o dospelého poistenca s arteriálnou hypertenziou v zmysle aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ SR. Vykazovanie výkonov u poistenca, za ktorého je hrazená kapitáčná platba v zmysle platnej zmluvy.	Len u kapitovaných poistencov. Podmienkou akceptácie je príslušné prístrojové vybavenie ambulancie akceptované poisťovňou (doklad o nadobudnutí prístroja, vyhlásenie o zhode, zaškolenie), v zdravotnej dokumentácii pacienta uvedený deň a čas nasadenia, zosnímania. Vykazuje sa pri dg. art. hypertenzie I10* – I15*. Časový odstup medzi výkonom 5715 a 5716 je minimálne 24 hodín a maximálne 7 pracovných dní.	1x na URČ v deň naloženia prístroja.	1x za 12 mesiacov na URČ
5716	Počítačové vyhodnotenie dlhodobého monitorovania tlaku krvi a zhodnotenie nálezu lekárom.	Zaznamenanie výsledku a vyhodnotenia výsledku v zdravotnej dokumentácii poistenca u poskytovateľa. Výkon je vykázaný v prípade starostlivosti o dospelého poistenca s arteriálnou hypertenziou v zmysle aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ SR. Vykazovanie výkonov u poistenca, za ktorého je hrazená kapitáčná platba v zmysle platnej zmluvy alebo má s poskytovateľom uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.	Akceptovanie výkonu je možné iba s vykázaným výkonom 5715. Podmienkou akceptácie je príslušné prístrojové vybavenie ambulancie akceptované poisťovňou (doklad o nadobudnutí prístroja, vyhlásenie o zhode, zaškolenie) v zdravotnej dokumentácii pacienta uvedený deň a čas nasadenia, zosnímania a počítačového vyhodnotenia s diagnostickým záverom lekára. Vykazuje sa pri dg. art. hypertenzie I10* – I15*. Výkon 5716 nie je možné vykázať v rovnaký deň ako 5715. Časový odstup medzi výkonom 5715 a 5716 je minimálne 24 hodín a maximálne 7 pracovných dní.	Vykazuje sa v nadväznosti na výkon 5715 1x na URČ v deň zloženia prístroja.	1x za 12 mesiacov na URČ

H0003

Iniciálne vyšetrenie poistenca s chronickým ochorením

- Diferenciálna diagnostika artériovej hypertenzie alebo dyslipidémie alebo obezity v zmysle aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ SR na poskytovanie ambulantnej starostlivosti dospelým pacientom s artériovou hypertenziou alebo dyslipidémiou alebo obezitou.
- Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z.
- Ak ide o poistenca, ktorý má len izolovanú obezitu (t.j. nemá artériovú hypertenziu alebo dyslipidémiu), podmienkou úhrady je aj: BMI: 30 – 34,99 (obezita I. stupňa) alebo 35 – 39,99 (obezita II. stupňa) alebo nad 40 (obezita III. stupňa) a súčasne prítomný marker vysokého rizika vzniku metabolických a obehových komplikácií spojených s obezitou na základe distribúcie tuku, obvod pásu v cm: muži nad 102 cm, ženy nad 88 cm.
- Vykázanie výkonu jedenkrát za kalendárny rok pre každú diagnózu po stanovení diagnostického záveru a diagnostického a liečebného plánu zdravotnej poisťovni nad rámec kapitácie výkon H0003 s príslušnou korektnou diagnózou zistenou pri vyšetrení.
- Za iniciálne vyšetrenie sa považuje stav, keď poistenec v bezprostredne predchádzajúcich dvoch kalendárnych rokoch nebol sledovaný ani liečený pre artériovú hypertenziu alebo dyslipidémiu alebo obezitu.
- V cene výkonu je zahrnuté komplexné vyšetrenie poistenca, vyhodnotenie dostupných laboratórnych, doplnkových a pomocných vyšetrení, odporúčenie ďalšej diagnostiky a liečby a stanovenie ďalšieho postupu v zmysle aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ SR na poskytovanie ambulantnej starostlivosti dospelým pacientom s artériovou hypertenziou alebo dyslipidémiou alebo obezitou.
- V prípade hodnotenia laboratórnych alebo zobrazovacích vyšetrení pri iniciálnom vyšetrení poisťovňa akceptuje aj vyšetrenia, ktoré neboli realizované bezprostredne v čase vyšetrenia a dátum ich realizácie nie je starší ako 3 mesiace (90 dní) pred vykonaním vyšetrenia a zároveň výsledok vyšetrení dosahoval fyziologické hodnoty a nie je žiadny medicínsky predpoklad, že výsledky by mohli byť významne zmenené. V tomto prípade je lekár povinný zaznamenať alebo založiť do zdravotnej dokumentácie všetky výsledky tak, aby bol zrejmy dátum ich realizácie a výsledok jednotlivých parametrov a jeho vyhodnotenie v rámci diferenciálnej diagnostiky alebo liečebného plánu.
- V prípade laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení realizovaných iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti alebo realizovaných s cieľom iných potrebných vyšetrení, ktorých výsledok bol vo fyziologickom rozmedzí, poisťovňa ich bude akceptovať za podmienky, že neprekročili časový interval odporúčaný podľa aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ SR, pokiaľ budú zaznamenané v zdravotnej dokumentácii.
- Pokiaľ vyšetrenia a ich výsledky neboli realizované alebo neboli v rozmedzí fyziologických hodnôt, tak je potrebné ich vyšetriť a výsledok zaznamenať do zdravotnej dokumentácie poistenca.
- V opačnom prípade výkon H0003 nebude akceptovaný.
- Pokiaľ je potrebné vzhľadom na zdravotný stav poistenca vykonať ďalšie doplňujúce vyšetrenia potrebné na diagnostiku a liečbu poistenca s artériovou hypertenziou, dyslipidémiou alebo obezitou nad rámec aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ SR, ošetrojúci lekár zdôvodní ich vykonanie a výsledky zaznamená do zdravotnej dokumentácie poistenca.

V prípade konfliktu (neuznania výkonu) zdravotná poisťovňa na základe reklamácie vyúčtovania preverí text výmenného lístka a požiadavku VLD u poskytovateľa ŠAS. Výkon bude uznaný, pokiaľ VLD indikoval len pomocné alebo konziliárne vyšetrenie u príslušného ŠAS. V prípade, ak pacient v priebehu roka má diagnostikovanú hypertenziu aj DLP aj obezitu, všeobecný lekár v takomto prípade vykáže v danom kalendárnom roku tri výkony H0003 s príslušnou diagnózou, podmienkou akceptovania je, že dif. dg realizoval a manažoval vykazujúci všeobecný lekár. Poistenec v bezprostredne predchádzajúcich 24 mesiacoch nebol sledovaný ani liečený pre artériovú hypertenziu alebo dyslipidémiu alebo obezitu.

Výkon 5702 bude akceptovaný súčasne s výkonom H0003, ak nebol výkon 5702 v príslušnom kalendárnom roku súčasne vykázaný s výkonom 60, 60b, 160, H0004, H0005. Poistenec v bezprostredne predchádzajúcich 24 mesiacoch nebol sledovaný ani liečený pre artériovú hypertenziu alebo dyslipidémiu alebo obezitu.

1x na URČ pri iniciálnom vyšetrení s hypertenziou alebo dyslipidémiou alebo obezitou v zmysle aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ SR. Pri výkone sa akceptujú dg: I10.00 – I10.91, E78.*, E66.*

<p>H0004</p>	<p>Kontrolné vyšetrenie poistenca s chronickým ochorením</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vykázanie výkonu s príslušnou korektnou diagnózou: artériová hypertenzia, dyslipidémia alebo obezita jedenkrát za kalendárny rok. V prípade vyššej frekvencie návštev je ďalšia poskytnutá zdravotná starostlivosť uhrádzaná cenou kapitácie. • Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z. • Ak ide o poistenca, ktorý má len izolovanú obezitu (t. j. nemá artériovú hypertenziu alebo dyslipidémiu), podmienkou úhrady je aj: BMI: 30 – 34,99 (obezita I. stupňa) alebo 35 – 39,99 (obezita II. stupňa) alebo nad 40 (obezita III. stupňa) a súčasne prítomný marker vysokého rizika vzniku metabolických a obehových komplikácií spojených s obezitou na základe distribúcie tuku, obvod pásu v cm: muži nad 102 cm, ženy nad 88 cm. • Za kontrolné vyšetrenie sa považuje stav, keď poistenec má diagnostikovanú artériovú hypertenziu, dyslipidémiu alebo obezitu a je v starostlivosti všeobecného lekára a zároveň nie je pre dané diagnózy dispenzarizovaný alebo liečený u lekára – špecialistu, okrem jednorazového vyšetrenia u špecialistu s cieľom konzultácie alebo vykonania zobrazovacieho vyšetrenia. • V cene výkonu je zahrnuté komplexné vyšetrenie poistenca, vyhodnotenie dostupných laboratórnych zobrazovacích vyšetrení, odporúčenie ďalšej liečby a stanovenie ďalšieho postupu v zmysle ŠDTP pre AH a obezitu a odborného usmernenia MZ SR na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s dyslipidémiou v zmysle aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ SR. • Pokiaľ vyšetrenia a ich výsledky neboli realizované alebo neboli v rozmedzí fyziologických hodnôt, tak je potrebné ich vyšetriť a výsledok zaznamenať do zdravotnej dokumentácie poistenca. V opačnom prípade výkon H0004 nebude akceptovaný. • Pokiaľ je potrebné vykonať ďalšie doplnujúce vyšetrenia potrebné na diagnostiku a liečbu poistenca s artériovou hypertenziou alebo liečbou nad rámec aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ SR, ošetrojúci lekár ich urobí sám, zdôvodní ich vykonanie a výsledky do zdravotnej dokumentácie poistenca. • V prípade hodnotenia laboratórnych alebo zobrazovacích vyšetrení pri iníciaľnom vyšetrení poisťovňa akceptuje aj vyšetrenia, ktoré neboli realizované bezprostredne v čase vyšetrenia a dátum ich realizácie nie je starší ako 3 mesiace (90 dní) pred vykonaním vyšetrenia a zároveň výsledok vyšetrení dosahoval fyziologické hodnoty a nie je žiadny medicínsky predpoklad, že výsledky by mohli byť významne zmenené. V tomto prípade je lekár povinný zaznamenať alebo založiť do zdravotnej dokumentácie všetky výsledky tak, aby bol zrejмый dátum ich realizácie a výsledok jednotlivých parametrov a jeho vyhodnotenie v rámci diferenciálnej diagnostiky alebo liečebného plánu. • V prípade laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení realizovaných iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti alebo realizovaných s cieľom iných potrebných vyšetrení, ktorých výsledok nie starší ako 3 mesiace (90 dní) bol vo fyziologickom rozmedzí, poisťovňa ich bude akceptovať za podmienky, že neprekročili časový interval odporučený v súlade s aktuálne platnou legislatívou schválenou MZ SR, pokiaľ budú zaznamenané v zdravotnej dokumentácii. 	<p>V prípade konfliktu (neuznania výkonu) zdravotná poisťovňa na základe reklamácie vyúčtovania preverí text výmenného lístka a požiadavku VLD u poskytovateľa ŠAS. Výkon bude uznaný, pokiaľ VLD indikoval len pomocné alebo konziliárne vyšetrenie u príslušného ŠAS. Ak VLD má v starostlivosti pacienta, ktorý je liečený na hypertenziu a súčasne aj na obezitu, má možnosť si výkon vykázat trikrát s príslušnou diagnózou. V prípade, ak kontrolné SVLZ vyšetrenia sú rovnaké pri hypertenzii a DLP, tak ich realizuje 1x v zmysle platných ŠDTP a odborných usmernení. Poistenec v bezprostredne predchádzajúcich 12 mesiacoch nebol sledovaný ani liečený pre artériovú hypertenziu alebo dyslipidémiu alebo obezitu odborným lekárom/špecialistom.</p>	<p>Akceptovanie výkonu s príslušnou diagnózou podľa MKCH-10. Poistenec v bezprostredne predchádzajúcich 12 mesiacoch nebol sledovaný ani liečený pre artériovú hypertenziu alebo dyslipidémiu alebo obezitu odborným lekárom/špecialistom.</p>	<p>1x za kalendárny rok na URČ pri kontrolnom vyšetrení s hypertenziou, dyslipidémiou alebo obezitou v zmysle aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ SR. Pri výkone sa akceptujú dg: I10.00 – I10.91, E78.*, E66.*</p>
<p>EDU</p>	<p>Edukácia pacienta s artériovou hypertenziou, dyslipidémiou alebo obezitou o úprave životného štýlu a/alebo farmakoterapie sestrou alebo lekárom.</p>	<p>Obsah edukácie určuje dokument, ktorý poisťovňa uverejní na svojom webovom sídle. Podpísaním tohto dokumentu pacient potvrdí poučenie sestrou alebo lekárom a následne pacientom podpísaný dokument poskytovateľ založí do zdravotnej dokumentácie pacienta.</p>	<p>Vyukazuje sa ako pripočítateľná položka jedenkrát za kalendárny rok pre každú z vybraných diagnóz k výkonom H0003 a H0004.</p>	<p>Povolená kombinácia s výkonom H0003, H0004. V prípade vykázania kombinácie uvedených výkonov v jeden deň bude výkon EDU akceptovaný len 1x.</p>	<p>1x za kalendárny rok pre každú z vybraných diagnóz k výkonom H0003 a/alebo H0004</p>

H0005	Cielené vyšetrenie pacienta s akútnym hypertenzným stavom	<ul style="list-style-type: none"> • Výkon sa vykazuje s diagnózou artériová hypertenzia maximálne 2x za kalendárny rok a súčasne je v starostlivosti všeobecného lekára a zároveň nie je pre danú diagnózu trvale sledovaný a pravidelne kontrolovaný lekárom špecialistom. V prípade vyššej frekvencie návštev je ďalšia poskytnutá zdravotná starostlivosť uhrádzaná cenou kapitácie. • Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z. • Za cieľové vyšetrenie sa považuje ošetrenie akútneho hypertenzného stavu. V rámci akútneho hypertenzného stavu je potrebné stabilizovať vitálne funkcie poistenca, vykonať opatrenia na zabránenie orgánového poškodenia, v prípade potreby zabezpečiť bezpečný transport do cieľového zdravotníckeho zariadenia. 	<p>Výkon sa vykazuje s diagnózou artériová hypertenzia maximálne 2x za kalendárny rok a súčasne je v starostlivosti všeobecného lekára a zároveň nie je pre danú diagnózu trvale sledovaný a pravidelne kontrolovaný lekárom špecialistom. V prípade vyššej frekvencie návštev je ďalšia poskytnutá zdravotná starostlivosť uhrádzaná cenou kapitácie.</p> <p>V cene výkonu je zahrnuté odobratie anamnézy súvisiacej s akútnym hypertenzným stavom vrátane orientačného neurologického vyšetrenia a medikamentózne liečby v súlade s aktuálne platnou legislatívou schválenou na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým poistencom s artériovou hypertenziou.</p>		Max. 2x za kalendárny rok na URČ
H0006	Stratifikácia kardiovaskulárneho rizika	<ul style="list-style-type: none"> • Stanovenie stratifikácie kardiovaskulárneho rizika Systémom SCORE2 a SCORE 2OP u poistencov nad 40 rokov podľa aktuálne platnej legislatívy schválenej MZSR. • Zdravotná poisťovňa akceptuje výkon jedenkrát za kalendárny rok k výkonu č. 160 alebo H0003 alebo H0004 s príslušnou dg. • Podmienkou úhrady výkonu H0006 je vykázanie priložiteľnej položky „dosiahnuté skóre“ v dávke 751a platného dátového rozhrania podľa Metodického usmernenia ÚDZS, ktorá je v uvedených vybraných položkách vyplnená takto: v položke č. 13 – PRIPOČÍTATEĽNÁ POLOŽKA – uvedie dosiahnuté skóre v tvare: <ul style="list-style-type: none"> § SKOR01, t. j. nízke riziko § SKOR02, t. j. stredné riziko § SKOR03, t. j. vysoké riziko § SKOR04, t. j. veľmi vysoké riziko § SKOR05, t. j. extrémne vysoké riziko pričom na 5. a 6. mieste položky je vyjadrenie dosiahnutého skóre. Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z. 	<p>Výkon sa akceptuje 1x za kalendárny rok pri jednom z troch výkonov (H0003 alebo 160 alebo H0004). Podmienkou akceptácie výkonu je vykázanie priložiteľnej položky (SKOR*) a súčasné zaznamenanie KVR v ZD.</p>	<p>V kombinácii s výkonom H0003, H0004 alebo 160 jedenkrát za kalendárny rok. Výkon sa vykazuje s rovnakou diagnózou, akú PZS vykáže pri výkone 160 alebo H0003 alebo H0004.</p>	1x za kalendárny rok na URČ
H0007	Kvantitatívne INR vyšetrenie v ambulancii VLD	<p>Kontrolné kvantitatívne vyšetrenie INR z kapilárnej krvi u poistencov pri dlhodobej alebo celoživotnej antikoagulačnej liečbe.</p> <ul style="list-style-type: none"> • platný doklad o nadobudnutí prístrojového vybavenia, • potvrdenie o zaškolení výrobcom (dovozcom) prístroja, • vyhlásenie o zhode k prístroju (ide o registráciu prístroja na ŠÚKL), • potvrdenie o odbornej spôsobilosti poskytovateľa (lekára) o absolvovaní kreditovaného kurzu minimálne 4 kredity v rozsahu legislatívne určených kompetencií v special. odbore všeobecné lekárstvo, • platný doklad o funkčnosti prístroja (bezpečnostno-technická kontrola, kalibrácia v súlade s platnou legislatívou a odporúčaním výrobcu), • uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z. 	<p>Poisťovňa akceptuje a osobitne nad rámec kapitácie uhrádza výkon vo frekvencii 1x za deň (maximálne 10x za kalendárny rok) u poistenca.</p> <p>V cene výkonu je zahrnutý odber kapilárnej krvi, vyhodnotenie výsledku, návrh ďalšieho postupu, záznam o prípadnej zmene liečby, termín kontrolného vyšetrenia a poučenie poistenca.</p> <p>Výkon nebude akceptovaný pri súčasnom odbere venóznej krvi na laboratórne vyšetrenie a ak v kontrolovanom intervale (v rozpätí jedného mesiaca) bolo vyšetrenie INR vykázané zmluvným laboratóriom.</p>	<p>Akceptovanie výkonu vždy s príslušnou diagnózou podľa MKCH-10.</p>	Max. 10x za kalendárny rok na URČ

H0008	Stanovenie indexu ABI oscilometrickou metódou	<p>Meranie a vyhodnotenie indexu ABI oscilometrickou metódou s pulznou vlnou na štyroch končatinách pri včasnej diagnóze ischemickej choroby dolných končatín.</p> <p>Podmienkou úhrady výkonu H0008 je splnenie nasledujúcich podmienok zo strany PZS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • platný doklad o nadobudnutí prístrojového vybavenia, potvrdenie o zaškolení výrobcom (dovozcom) prístroja, • vyhlásenie o zhode k prístroju (ide o registráciu prístroja na ŠÚKL). <p>Výkon nebude akceptovaný, ak vyšetrenie výkonu bude vykonané v špecializovanej ambulatnej starostlivosti alebo je poistenec dispenzarizovaný u poskytovateľa špecializovanej ambulatnej starostlivosti.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. U symptomatických poistencov s podozrením na ischemickú chorobu dolných končatín (ICHDK). Indikácia na výkon je zaznamenaná v zdravotnej dokumentácii vrátane výsledku a ďalšej diferenciálnej diagnostiky a terapeutického plánu. 2. U asymptomatických poistencov nad 50 rokov s minimálne jedným rizikovým faktorom (artériová hypertenzia) abnormálne EKG, diabetes mellitus, obezita s BMI nad 30, fajčiari, porucha metabolizmu lipidov, pacienti s postihnutím koronárnych alebo cerebrálnych artérií a pod.). 3. U všetkých poistencov nad 60 rokov. 		1x za 2 roky pri vykázaní preventívnej prehliadky
4571a	Vyšetrenie C-reaktívneho proteínu	<p>Stanovenie zápalového parametra z kapilárnej krvi. Výkon indikuje a vykonáva PZS. Výkon môže byť vykázaný poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, s ktorým má poistenec uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Výkon môže byť vykázaný s frekvenciou maximálne 1x denne na URČ.</p>	<p>Cena zahŕňa náklady na odobratie biologického materiálu a vyhodnotenie výsledku CRP vyšetrenia, zaznamenanie výsledku a vyhodnotenia výsledku v zdravotnej dokumentácii poistenca. Podmienkou akceptácie je príslušné prístrojové vybavenie ambulancie akceptovanej poisťovňou (doklad o nadobudnutí prístroja, vyhlásenie o zhode, zaškolenie).</p>		1x denne na URČ
62a	Cieľené vyšetrenie poistenca s respiračným syndrómom pri pandémii COVID-19	<p>Ide o cieľené vyšetrenie dvoch alebo viacerých orgánových systémov (cieľená anamnéza, resp. anamnéza od poslednej kontroly), opis subjektívnych ťažkostí, objektívny nález, záznam nálezu, záver, vypracovanie plánu do nasledujúcej kontroly.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Poistenec má COVID pozitívny výsledok PCR metódou nie starší ako 14 dní alebo COVID pozitívny výsledok AG testu nie starší ako 72 hod. • Poistenec má príznaky akútneho respiračného syndrómu s/bez dokázanej pozitivity na COVID-19. 	Výkon sa nevykazuje v kombinácii s iným výkonom.	Max. 1x za týždeň na URČ
629a	Skríningový antigénový test SARS-CoV-2	<p>Skríningový, rýchly antigénový test SARS-CoV-2 zahŕňa odber biologického materiálu na stanovenie antigénov SARS-CoV-2 vrátane použitia osobných ochranných pracovných prostriedkov a dezinfekcie.</p>	<p>Výkon je indikovaný na základe klinickej (nie výlučne epidemiologickej) indikácie ošetrojúceho lekára, vykazuje sa s dg. U07.1; U07.2. Akceptovaný je u kapítovaných poistencov nad rámec kapitácie, u nekapítovaných poistencov v prípade, že ide o neodkladnú ZS, u poistencov EÚ v prípade, že spĺňajú legislatívne podmienky nároku úhrady ZS u EÚ poistencov.</p>		2x za 30 dní na URČ

3301	USG vyšetrenie POCUS (Point of Care Ultrasound) – vyšetrenie jedného alebo viacerých orgánov alebo orgánových systémov v ambulancii všeobecného lekára pre dospelých alebo v domácom prostredí pacienta.	<p>Výkon sa vykonáva pri závažnej zmene zdravotného stavu pacienta, ktorá vyžaduje rýchlu diferenciálnu diagnostiku alebo diagnostiku prostredníctvom POCUS a liečbu, prípadne jej úpravu.</p> <p>V cene výkonu je zahrnuté aj zaznamenanie a vyhodnotenie výsledku vyšetrenia v zdravotnej dokumentácii, návrh ďalšieho postupu, záznam o liečbe a prípadnej zmene liečby, termín kontrolného vyšetrenia a poučenie poistenca.</p>	<p>Podmienkou úhrady výkonu je:</p> <ul style="list-style-type: none"> uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v súlade s § 12 zákona č. 576/2004 Z. z. s poisťovňou, platný doklad o nadobudnutí prístrojového vybavenia, ktorý sa predkladá poisťovni pri zazmluvnení výkonu, vyhlásenie o zhode k prístroju, potvrdenie o odbornej spôsobilosti poskytovateľa (lekára) – zdokladovanie certifikátu o spôsobilosti vykonávať dané vyšetrenia vydaného na to oprávnenou slovenskou vzdelávacou ustanovitzňou, odbornou spoločnosťou alebo zdokladovanie certifikátu uznaného Ministerstvom zdravotníctva SR. 	<p>Výkon sa vykazuje s kódom príslušnej diagnózy.</p> <p>Povolená kombinácia s výkonmi 5702, 25, 26.</p>	<p>1x za deň na ÚRC max. 6x za kalendárny rok na ÚRC</p>
3360	Stanovenie hodnoty D-diméru	<p>Výkon sa vykazuje pri indikácii potrebnej rýchlej ambulantnej diferenciálnej diagnostiky alebo diagnostiky a terapie na potvrdenie alebo vylúčenie tromboembolickej choroby, t. j. hlbkej žilovej trombózy a/alebo pľúcnej embólie.</p> <p>V cene výkonu je zahrnutý odber krvi, zaznamenanie a vyhodnotenie výsledku vyšetrenia v zdravotnej dokumentácii, návrh ďalšieho postupu, záznam o liečbe a prípadnej zmene liečby, termín kontrolného vyšetrenia a poučenie poistenca.</p>	<p>Podmienkou úhrady výkonu je:</p> <ul style="list-style-type: none"> uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v súlade s § 12 zákona č. 576/2004 Z. z. s poisťovňou, platný doklad o nadobudnutí prístrojového vybavenia, ktorý sa predkladá poisťovni pri zazmluvnení výkonu, vyhlásenie o zhode k prístroju, zazmluvnenie vykonávania EKG záznamov 12-zvodovým EKG prístrojom, ktorým disponuje ambulancia poskytovateľa. <p>Výkon nebude akceptovaný:</p> <ul style="list-style-type: none"> pri súčasnom vyšetrení D-diméru v laboratóriu, ak poskytovateľ na požiadanie poisťovne nepredloží platný doklad o vykonanej externej kontrole kvality prístroja v súlade s odporúčaním výrobcu. 	<p>Výkon sa vykazuje s dg I26*, I80* – I83*, I87* – I88*, I74.3, I74.8, R07.1, R07.2, R06.0.</p> <p>Povolená kombinácia s výkonmi 5702, 25, 26. Výkon nie je možné kombinovať s inými výkonmi hradenými nad rámec kapitácie.</p>	<p>1x za deň na ÚRC max. 3x za kalendárny rok na ÚRC</p>
4485	Stanovenie hodnoty troponínu	<p>Výkon sa vykazuje pri indikácii potrebnej rýchlej ambulantnej diferenciálnej diagnostiky alebo diagnostiky a terapie na potvrdenie alebo vylúčenie diagnózy STEMI, non-STEMI a nestabilná angina pectoris.</p> <p>V cene výkonu je zahrnutý odber krvi, zaznamenanie a vyhodnotenie výsledku vyšetrenia v zdravotnej dokumentácii, návrh ďalšieho postupu, záznam o liečbe a prípadnej zmene liečby, termín kontrolného vyšetrenia a poučenie poistenca.</p>	<p>Podmienkou úhrady výkonu je:</p> <ul style="list-style-type: none"> uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v súlade s § 12 zákona č. 576/2004 Z. z. s poisťovňou, platný doklad o nadobudnutí prístrojového vybavenia, ktorý sa predkladá poisťovni pri zazmluvnení výkonu, vyhlásenie o zhode k prístroju, zazmluvnenie vykonávania EKG záznamov 12-zvodovým EKG prístrojom, ktorým disponuje ambulancia poskytovateľa. <p>Výkon nebude akceptovaný:</p> <ul style="list-style-type: none"> pri súčasnom vyšetrení troponínu v laboratóriu, ak poskytovateľ na požiadanie poisťovne nepredloží platný doklad o vykonanej externej kontrole kvality prístroja v súlade s odporúčaním výrobcu. 	<p>Výkon sa vykazuje s dg I20*, I21*, I22*, R07.1, R07.2, R06.0.</p> <p>Povolená kombinácia s výkonmi 5702, 25, 26. Výkon nie je možné kombinovať s inými výkonmi hradenými nad rámec kapitácie.</p>	<p>1x za deň na ÚRC max. 3x za kalendárny rok na ÚRC</p>

44418

Stanovenie hodnoty
NT-proBNP

Výkon sa vykazuje pri indikácii potrebnej rýchlej ambulantnej diferencálnej diagnostiky alebo diagnostiky a terapie na potvrdenie alebo vylúčenie diagnózy akútneho srdcového zlyhania, včasného štádia chronického srdcového zlyhávania, zhoršenia chronického srdcového zlyhávania, náhle vzniknutom dyspnoe.

V cene výkonu je zahrnutý odber krvi, zaznamenanie a vyhodnotenie výsledku vyšetrenia v zdravotnej dokumentácii, návrh ďalšieho postupu, záznam o liečbe a prípadnej zmene liečby, termín kontrolného vyšetrenia a poučenie poistenca.

Podmienkou úhrady výkonu je:

- uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v súlade s §12 zákona č. 576/2004 Z. z. s poisťovcom,
- platný doklad o nadobudnutí prístrojového vybavenia, ktorý sa predkladá poisťovni pri zazmluvnení výkonu, vyhlásenie o zhode k prístroju,
- zazmluvnenie vykonávania EKG záznamov 12-zvodovým EKG prístrojom, ktorým disponuje ambulancia poskytovateľa.

Výkon nebude akceptovaný:

- pri súčasnom vyšetrení NT-proBNP v laboratóriu,
- ak poskytovateľ na požiadanie poisťovne nepredloží platný doklad o vykonanej externej kontrole kvality prístroja v súlade s odporúčaním výrobcu.

Výkon sa vykazuje s dg, R06*, R07.1, R07.2, I50*.

Povolená kombinácia s výkonmi 5702, 25, 26. Výkon nie je možné kombinovať s inými výkonmi hrađenými nad rámec kapitácie.

1× za deň
na URČ
max. 3× za
kalendárny
rok na URČ

Výkony telemedicíny

Kód výkonu	Názov výkonu	Charakteristika výkonu	Revízne pravidlá	Kombinácie s inými výkonmi	Periodicita
1b	Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty, telefonicky alebo SMS	Konzultácia s poistencom prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky obsahuje: cieľnú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom alebo k psychickej poruche, opis subjektívnych ťažkostí, diagnostický záver, v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplynuli z konzultácie týkajúcej sa zdravotného stavu, v prípade potreby záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, poskytnutie informácií poistencovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane nefarmakologickej a farmakologickej terapie.	Výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzického vyšetrenia poistenca. Súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj o realizácii, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, vyhotovenie záznamu v eZdravie.	Výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi. Výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie poistenca.	1× za deň, max. 4× za kalendárny mesiac na URČ
11a	Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor).	Konzultácia s poistencom prostredníctvom preukázateľnej elektronickej komunikácie (webová aplikácia, videohovor) v online prostredí, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie, realizáciu fotografií pacienta/ vyšetrovaného orgánu na prídanie do zdravotnej dokumentácie. Konzultácia s poistencom obsahuje: cieľnú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a opis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom alebo k psychickej poruche, zhodnotenie výsledkov, ak ich má poskytovateľ k dispozícii, vypísanie receptov, prípadne vypísanie žiadaniek na ďalšie vyšetrenie, poučenie poistenca, diagnostický záver, určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.	Výkon sa vykazuje ako komplexná starostlivosť bez fyzického vyšetrenia. Súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je preukázateľný časový údaj o realizácii, vyhotovenie záznamu v eZdravie, diagnostický záver, ak treba dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Výkon sa vykazuje samostatne.	Výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi. Ak je po konzultácii potrebná aj kontrola v ambulancii, vykazujú sa len výkony, ktoré sa vykonali ambulantne a výkon 11a sa nevykazuje.	1× za deň na URČ
70	Opätovné lekárske vystavenie receptov a/alebo poukazov na základe požiadavky poistenca prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefónu.	Opätovné vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronickou formou na lieky/zdravotnícke pomôcky/dietetické potraviny, ktoré poistenc užíva minimálne jeden mesiac a nebola realizovaná zmena dávkovania lieku lebo liekovej formy lieku.	Výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzického vyšetrenia poistenca. Súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je preukázateľný časový údaj o realizácii, vyhotovenie záznamu v eZdravie, údaj o predpise lieku/zdravotníckej pomôcky/dietetickej potraviny poistencovi prostredníctvom elektronickej služby. Výkon sa vzťahuje na jedného poistenca bez ohľadu na počet liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín, ktoré boli poistencovi predpísané formou receptu/lekárskeho poukazu alebo formou jednorazového elektronickej predpisu (t. j. za týchto podmienok sa výkon vykazuje najviac v počte 1× za deň na jedného poistenca), v prípade, ak ide o elektronickej predpis liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín typu opakovaný recept (preskripčný záznam s poznámkou „REPETATUR“), vykazuje sa samostatne za každý vystavený recept alebo poukaz.	Výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi.	1× za deň, max. 4× za kalendárny mesiac na URČ

VYKAZOVANIE POVINNÉHO A ODPORÚČANÉHO OČKOVANIA DO VŠZP

Výkon	Očkovanie	Diagnóza
POVINNÉ PRAVIDELNÉ OČKOVANIE DOSPELÝCH		
252b	Záškrt, tetanus(dT**)	Z27.8
ODPORÚČANÉ OČKOVANIE DOSPELÝCH		
252b	Chríпка	Z25.1
	Vírusová hepatitída typu A	Z24.6
	Vírusová hepatitída typu B	Z24.6
	Vírusová hepatitída typu A + B	Z24.6
	Hepatitída A – kontakt a vystavenie vírusovej hepatitíde	Z20.5
	Meningokoková meningitída	Z26.8
	Kliešťová encefalitída	Z24.1
	Pneumokoky	Z23.8
	Osýpky	Z27.4

** Preočkovanie dospelých proti záškrtu a tetanu sa vykonáva kombinovanou očkovacou látkou každých 15 rokov. V prípade prekročenia odporúčaného intervalu sa preočkovanie proti záškrtu a tetanu vykoná vždy len jednou dávkou, pokiaľ je v zdravotnej dokumentácii pacienta dokumentované základné očkovanie tromi dávkami očkovacej látky proti tetanu. Základné očkovanie dospelých proti záškrtu a tetanu tromi dávkami sa vykoná len v prípade, ak nie je dôveryhodná dokumentácia základného očkovania v minulosti. Prvé preočkovanie dospelých proti záškrtu a tetanu sa odporúča vo veku 30 rokov a ďalej každých 15 rokov.