

Dodatok č. 7

k Zmluve č. 11KSTA002922

Čl. 1

Zmluvné strany

1. Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

so sídlom: Panónska cesta 2, 851 04 Bratislava - mestská časť Petržalka

Štatutárny orgán: Ing. Richard Strapko, predseda predstavenstva

MUDr. Beata Havelková, MPH, MBA podpredsedníčka predstavenstva

IČO: 35 937 874

IČ DPH: SK2022027040

Zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel Sa,

vložka číslo: 3602/B

Osoba oprávnená konať vo veci zmluvy: Ing. Mgr. Mária Hlbocká, PhD., MPH, regionálna riaditeľka nákupu ZS v Trnave

Kontaktná adresa: Halenárska 22, P.O.BOX 5, 917 02 Trnava 2

Bankové spojenie: Štátna pokladnica

Číslo účtu: SK76 8180 0000 0070 0018 2387

(ďalej len „poisťovňa“)

a

2. Zdravá župa, s. r. o.

so sídlom: Starohájska 10, 917 01 Trnava

Zastúpený: PhDr. Lucia Šmidovičová, PhD., MPH, konateľ

Identifikátor poskytovateľa: P49481

IČO: 53708997

Zapísaný v Obchodnom registri Okresného súdu Trnava, oddiel Sro, vložka č.: 48993/T

Bankové spojenie: Slovenská sporiteľňa, a. s.

Číslo účtu: SK63 0900 0000 0051 7831 3314

(ďalej len „poskytovateľ“)

uzatvárajú

tento dodatok k Zmluve č. 11KSTA002922 (ďalej len „zmluva“)

Čl. 2

Predmet dodatku

Na základe Čl. 7 zmluvy - Záverečné ustanovenia bod 8 zmluvy sa zmluvné strany dohodli na tejto zmene zmluvy:

1. V Čl. 6 Zmluvy – Osobitné ustanovenia, sa za bod 5.4. dopĺňa bod 6. v nasledovnom znení:

„6. Revízne pravidlá:

6.1. Poisťovňa uzná poskytovateľom zdravotnej starostlivosti výkony zdravotnej starostlivosti, ktoré sú poskytnuté a vykázané v súlade s touto zmluvou a revíznymi pravidlami a zároveň prihliada na medicínsku opodstatnenosť, účelnosť, efektívnosť a hospodárnosť v zmysle štruktúry výdavkov schválených v rozpočte zdravotnej poisťovne.

6.2. Revízne pravidlá zverejňuje poisťovňa na svojom webovom sídle.

6.3. Zmenu revíznych pravidiel oznámi poisťovňa poskytovateľovi najneskôr 60 dní pred nadobudnutím jej účinnosti, a to dostupnými komunikačnými prostriedkami, najmä: prostredníctvom webovej stránky poisťovne, informačným materiálom zasielaným na ePobočku poskytovateľa, a priamym informovaním jednotlivých odborných združení zastupujúcich poskytovateľov.

2. V Čl. 7 zmluvy – Záverečné ustanovenia sa tabuľka v bode 10 nahrádza nasledovným znením:

Príloha k zmluve	Číslo prílohy	Typ ZS	Platnosť prílohy
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1a	101	31.5.2024
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1b	104 - ADOS	31.3.2024
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1c	104 - MH	31.3.2024
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1d	200	31.5.2024
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1e	300	31.7.2023
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2a	101	31.5.2024
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2b	104 - ADOS	31.3.2024
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2c	104 - MH	31.3.2024
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2d	200	31.5.2024
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2e	300	31.7.2023
Kritéria na uzatváranie zmlúv	3a	101	doba neurčitá
Kritéria na uzatváranie zmlúv	3b	104 - ADOS	doba neurčitá
Kritéria na uzatváranie zmlúv	3c	104 - MH	doba neurčitá
Kritéria na uzatváranie zmlúv	3d	200	doba neurčitá
Kritéria na uzatváranie zmlúv	3e	300	doba neurčitá

3. Zmluvné strany sa dohodli na novom znení Prílohy č. 1a zmluvy – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti pre typ ZS 101, ktorá tvorí Prílohu č. 1 tohto dodatku.
4. Zmluvné strany sa dohodli na novom znení Prílohy č. 1b zmluvy – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti pre typ ZS 104 - ADOS, ktorá tvorí Prílohu č. 2 tohto dodatku.
5. Zmluvné strany sa dohodli na novom znení Prílohy č. 1c zmluvy – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti pre typ ZS 104 – mobilný hospic, ktorá tvorí Prílohu č. 3 tohto dodatku.
6. Zmluvné strany sa dohodli na novom znení Prílohy č. 1d zmluvy – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti pre typ ZS 200, ktorá tvorí Prílohu č. 4 tohto dodatku.

Čl. 3 Záverečné ustanovenia

1. Tento dodatok, ktorý tvorí súčasť zmluvy, nadobúda platnosť dňom podpisu zmluvnými stranami a účinnosť dňom nasledujúcim po dni jeho zverejnenia v zmysle § 47a Občianskeho zákonníka v znení neskorších predpisov.
2. Ak nie je v tomto článku uvedené inak, sa zmluvné strany dohodli, že za účelom zachovania kontinuity poskytovania a úhrady zdravotnej starostlivosti bude zdravotná starostlivosť

poskytnutá poskytovateľom v čase od 1.4.2023 do nadobudnutia účinnosti tohto dodatku, hradená v súlade s týmto dodatkom.

3. Zmluvné strany sa z dôvodu časovej náročnosti technickej a administratívnej implementácie úprav vyplývajúcich z Opatrenia MZ SR z 25.januára 2023, ktorým sa mení a dopĺňa Opatrenie MZ SR č. 07045/2003 z 30. decembra 2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva, zakladajúceho právo poskytovateľa na úhradu dopravy k pacientovi a výkonu sledovania a kontrolovania klinického stavu pacienta s trvalou potrebou umelej pľúcnej ventilácie, dohodli, že poisťovňa uhradí dopravu k pacientovi a výkon sledovania a kontrolovania klinického stavu pacienta s trvalou potrebou umelej pľúcnej ventilácie vykázané poskytovateľom v súlade s týmto dodatkom aj za obdobie od 1.2.2023 do nadobudnutia účinnosti tohto dodatku.
4. Súhlas s obsahom dodatku vyjadria zástupcovia zmluvných strán svojim podpisom na dodatku.
5. Tento dodatok je vyhotovený v dvoch rovnopisoch, z ktorých každý sa považuje za originál. Každá zmluvná strana obdrží jeden rovnopis dodatku.

V Trnave dňa 17.4.2023

Za poskytovateľa:

Za poisťovňu:

v.r.

.....
PhDr. Lucia Šmidovicová, PhD., MPH,
konateľ,
Zdravá župa, s. r. o.

.....
Ing. Mgr. Mária Hlbocká, PhD., MPH
regionálna riaditeľka oddelenia nákupu
ZS Trnava
Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

**Príloha č. 1a
k Zmluve č. 11KSTA002922**

Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti

Časť A. Ambulantná zdravotná starostlivosť

Čl. I. Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (všeobecné ustanovenia)

1. Kapitácia

Kapitáciou sa rozumie paušálna mesačná platba za poskytovanie zdravotnej starostlivosti poistencovi, s ktorým má poskytovateľ uzatvorenú platnú a účinnú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „dohoda“). Pri zmene poskytovateľa z dôvodu odstúpenia od dohody je poskytovateľ povinný preukázateľne odovzdať zdravotnú dokumentáciu alebo jej rovnopis do 7 dní od jej vyžiadania novému poskytovateľovi, s ktorým poistenec uzatvoril dohodu a oznámiť dátum ukončenia dohody poisťovní.

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

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

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

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

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

2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu

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

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

3. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

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

4. Individuálne zložky úhrady

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

4.1. Individuálna dodatková kapitácia

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

4.2. Hodnotiace parametre

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

HP vyhodnocuje poisťovňa dva krát počas kalendárneho roka nasledovným spôsobom:

I. vyhodnotenie

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

II. vyhodnotenie

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

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

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

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

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

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

Splnenie parametra Dostupnosť určuje aj „Flexibilný ordinačný čas“, ktorý je daný vyhradením aspoň 2 hodín týždenne, preferenčne určených pre poistencov poisťovne na vykonanie preventívnych prehliadok, predoperačných vyšetrení, skríningu, komplexnému manažmentu poistencov s chronickými ochoreniami alebo návštevnej služby poistencov. Poskytovateľ dokladuje poisťovní vyplnením formulára, ktorým určuje rozsah aspoň 2 ordinačných hodín preferenčne určených pre poistencov poisťovne. Formulár je zverejnený na webovej stránke poisťovne (ďalej ako: „formulár“). Formulár musí byť v súlade s ordinačnými hodinami, ktoré schválil príslušný samosprávny kraj. Dokladovaním sa rozumie zaslanie formulára príslušnej pobočke poisťovní elektronickou formou. Splnenie parametra Dostupnosť poisťovňa vyhodnotí k prvému dňu kalendárneho polroka, v ktorom realizuje vyhodnotenie HP.

Čl. II

Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (ceny)

1. Všeobecný lekár pre dospelých (typ ZS 101)

1.1. Kapitácia

Cena kapitácie	
Veková skupina	Cena
od 18 do 19 rokov vrátane	4,05 €
od 20 do 28 rokov vrátane	3,22 €
od 29 do 39 rokov vrátane	3,02 €
od 40 do 44 rokov vrátane	3,04 €
od 45 do 49 rokov vrátane	3,07 €
od 50 do 54 rokov vrátane	3,53 €
od 55 do 59 rokov vrátane	4,05 €
od 60 do 64 rokov vrátane	4,51 €
od 65 do 69 rokov vrátane	4,88 €
od 70 do 74 rokov vrátane	5,55 €
od 75 do 79 rokov vrátane	6,22 €
od 80 do 84 rokov vrátane	6,99 €
od 85 rokov a viac	7,30 €

1.2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu

Cena bodu			
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Počet bodov	Cena bodu v €
10	<p>Rozbor a plánovanie cielených terapeutických postupov na ovplyvnenie chronických ochorení v rámci komplexného manažmentu poistenca.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z.. • Nastavenie alebo úprava liečby pri diagnóze artériovej hypertenzie alebo dyslipidémie v kombinácii výkonu č. H0003 alebo č. H0004 alebo č. H0005 v zmysle odborného usmernenia MZ SR na poskytovanie zdravotnej starostlivosti dospelým poistencom s artériovou hypertenziou alebo dyslipidémiou. • 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 zdôvodnenia úpravy medikamentózne liečby. • Akákoľvek úprava terapeutického postupu musí byť v súlade s platnou legislatívou a účelnou farmakoterapiou. 	180	0,0318
11a	<p>Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor)</p> <p>Charakteristika zdravotného výkonu:</p> <p>Konzultácia s poistencom prostredníctvom preukázateľnej elektronickej komunikácie (webová aplikácia, videohovor) v online prostredí, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie, realizáciu fotografií pacienta/vyšetrovaného orgánu na pridanie do zdravotnej dokumentácie.</p> <p>Konzultácia s poistencom obsahuje:</p>	210	0,027

	<ul style="list-style-type: none"> • cieleňú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom alebo k psychickej poruche, • zhodnotenie výsledkov, ak ich má poskytovateľ k dispozícií, • 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. <p>Vykazovanie zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • výkon sa vykazuje ako komplexná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia, • súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj o realizácii, • vyhotovenie záznamu v eZdravie, • diagnostický záver, ak je potrebné, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, • prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, • 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 sa nevykazuje, • výkon sa vykazuje samostatne, najviac 1x za deň na jedného poistenca. 		
1b	<p>Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty, telefonicky alebo SMS</p> <p>Konzultácia s poistencom prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cieleňú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom alebo k psychickej poruche popis subjektívnych ťažkostí, • diagnostický záver, • v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplynuli z konzultácie ohľadom 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. <p>Vykazovanie zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho 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, <p>Povolená frekvencia akceptovania zdravotného výkonu:</p> <p>1-krát za deň a maximálne 4-krát za kalendárny mesiac na jedného poistenca.</p>	160	0,027
70	<p>Opätovné lekárske vystavenie receptov alebo poukazov na základe požiadavky poistenca prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefónu</p> <p>Charakteristika zdravotného výkonu:</p>	40	0,027

	<ul style="list-style-type: none"> Vystavenie receptov alebo poukazov elektronickou formou na lieky/zdravotnícke pomôcky/dietetické potraviny, ktoré poistenec užíva minimálne jeden mesiac, a nebola realizovaná zmena dávkovania lieku lebo liekovej formy lieku <p>Vykazovanie zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia poistenca, súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj o realizácii, vyhotovenie záznamu v eZdravie, údaj, kedy bol recept/lekársky poukaz vypísaný, údaj o predpise lieku/zdravotníckej pomôcky/dietetickej potraviny poistencovi prostredníctvom elektronických služieb, výkon sa vzťahuje na jedného poistenca bez ohľadu na počet liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín, ktoré boli poistencovi predpísané formou receptu/lekárskeho poukazu alebo formou jednorazového elektronického predpisu (t. j. za týchto podmienok sa výkon vykazuje najviac v počte 1x za deň na jedného poistenca), v prípade ak ide o elektronický predpis liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín typu opakovaný recept (preskripčný záznam s poznámkou „REPETATUR“) vykazuje sa samostatne za každý vystavený recept alebo poukaz, výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi. <p>Povolená frekvencia akceptovania zdravotného výkonu:</p> <p>1-krát za deň, maximálne 4-krát za kalendárny mesiac na jedného poistenca.</p>		
60	<p>Komplexné vyšetrenie poistenca pri prevzatí dospelaj osoby do zdravotnej starostlivosti ako prvotné komplexné vyšetrenie s vystavením zdravotného záznamu.</p> <ul style="list-style-type: none"> Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z., Poskytovateľ poskytne poistencovi komplexné vyšetrenie (kompletná anamnéza, fyzikálne vyšetrenie, založenie zdravotnej dokumentácie a stanovenie diagnostického záveru a diagnostického a liečebného plánu) v termíne do 60 dní od podpísania dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Vykázaný výkon č. 60 musí byť súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca. Kontrola povinného očkovania poistenca. Kontrola poslednej preventívnej prehliadky poistenca. Informovaný súhlas poistenca s poskytnutím zdravotnej starostlivosti v súvislosti výkonom č. 60. 	620	0,0318
160	Preventívne výkony	390	0,0800
5702	<p>Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardný 12-zvodový záznam EKG</p> <ul style="list-style-type: none"> Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z.. Zaznamenanie popisu a vyhodnotenia záznamu vrátane popisu EKG krivky v zdravotnej dokumentácii pacienta u všeobecného lekára pre dospelých. Vykazovanie najviac 1x za deň v kombinácii s výkonom 60, 60b, H0003, H0004, H0005 v zmysle aktuálne platnej legislatívy Výkon bude akceptovaný „nad rámec“ 2x/rok (vyhotovenie EKG záznamu v rámci dif. dg s dg. I21*, R07.1- 4) v kombinácii s výkonom 60b (komplexné predoperačné vyšetrenie) s príslušnou dg operačného výkonu. EKG vyšetrenie vrátane popisu EKG krivky musí byť zaznamenané a založené v zdravotnej dokumentácii pacienta. 	550	0,009574
5702P	Vyšetrenia EKG pri preventívnej prehliadke poistencov 40 ročných a starších	550	0,009574

	<ul style="list-style-type: none"> • Len spolu s výkonom 160. • Vykazovanie u poistenca, ktorý má s poskytovateľom uzatvorenú Dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti alebo, za ktorého je hrazená kapitálna platba u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v zmysle tejto zmluvy pri súčasnom vykonaní a popísaní štandardného 12-zvodového EKG záznamu. Záznam a popis musí byť súčasťou zdravotnej dokumentácie. 		
5715	24-hodinové prístrojové monitorovanie tlaku krvi - naloženie a zosnímanie (Holterov monitoring) <ul style="list-style-type: none"> • 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 kapitálna platba v zmysle tejto zmluvy, maximálne 1 krát za 12 mesiacov 	750	0,021999
5716	Počítačové vyhodnotenie 24 hodinového prístrojového monitorovania tlaku krvi (Holterov monitoring) a vyhodnotenie nálezu lekárom. <ul style="list-style-type: none"> • 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 kapitálna platba v zmysle tejto zmluvy alebo u poistenca, ktorý má s poskytovateľom uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, maximálne 1 krát za 12 mesiacov 	240	0,016597
252b, 252c	Očkovanie	70	0,08000
25	Návšteva u kapítovaných poistencov v pracovnom čase	285	0,0339
26	Návšteva u kapítovaných poistencov mimo pracovného času	500	0,0339
-	Výkony z I. časti Zoznamu výkonov pre poistencov EÚ, bezdomovcov, cudzincov a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z.	-	0,0339
-	Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) pre poistencov EÚ, bezdomovcov, cudzincov a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. a nekapítovaných poistencov	-	0,009574
-	Neodkladná zdravotná starostlivosť poskytnutá poistencom poisťovne, s ktorými poskytovateľ nemá uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti	-	0,0318
<p><i>Poisťovňa uhradí zdravotné výkony s kódom: 11a, 1b, 70 len za predpokladu, že relevantnú medicínsku radu alebo konzultáciu je možné poskytnúť poistencovi alebo jeho zákonnému zástupcovi telefonickou formou alebo formou videohovoru alebo inou elektronickou formou s ohľadom na zdravotný stav poistenca pri zachovaní správnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. a to pri súčasnom zohľadnení špecifík dištančného spôsobu poskytovania zdravotnej starostlivosti. Telefonický rozhovor alebo videohovor alebo iná elektronická komunikácia medzi poistencom a zdravotníckym pracovníkom s diagnostikou alebo terapiou poistenca. Zdravotné výkony musia byť zaznamenané v zdravotnej dokumentácii a eZdravie a nie je ich možné vzájomne kombinovať a ani kombinovať s inými výkonmi.</i></p>			

1.3. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

Cena za výkon		
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Cena za výkon v €
4571a	Výšetrenie C – reaktívneho proteínu <ul style="list-style-type: none"> • Výkon indikuje a vykonáva PZS • Výkon môže byť vykázaný poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, s ktorým ma poistenec uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti • Výkon môže byť vykázaný s frekvenciou maximálne 1x denne na URČ • Cena zahŕňa náklady na odobratie biologického materiálu a vyhodnotenie výsledku CRP vyšetrenia, • platný doklad o zakúpení, resp. prenájme prístrojového vybavenia, • prehlásenie o zhode k prístroju, 	5,75

	<ul style="list-style-type: none"> • zaznamenanie výsledku a vyhodnotenia výsledku v zdravotnej dokumentácii poistenca. 	
60b	<p>Komplexné predoperačné vyšetrenie vrátane odberu biologického materiálu, zhodnotenia laboratórných a prístrojových vyšetrení. Výkon možno vykazovať iba raz v rámci jednej operácie, alebo aj opakovane z dôvodu zrušenia operácie alebo z dôvodu uplynutia platnosti predoperačného vyšetrenia podľa klasifikácie ASA a súčasne pri dodržaní aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ SR. Výkon sa vykazuje samostatne s diagnózou, pre ktorú je poistenec plánovaný na operáciu.</p> <p>Výkon je možné kombinovať s výkonom č. 5702.</p> <ul style="list-style-type: none"> • V prípade odoslania poistenca k špecialistovi, najmä kód odbornosti 001 (vnútorné lekárstvo), za účelom vykonania predoperačného vyšetrenia alebo EKG, zdravotná poisťovňa poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súvislosti s predoperačným vyšetrením uhrádza iba cenou kapitácie. 	16,00
62a	<p>Cielené vyšetrenie poistenca s respiračným syndrómom pri pandémii COVID-19</p> <p>Ide o cieľné vyšetrenie dvoch alebo viacerých orgánových systémov (cieľná anamnéza, resp. anamnéza od poslednej kontroly), opis subjektívnych ťažkostí, objektívny nález, záznam nálezu, záver, vypracovanie plánu do nasledujúcej kontroly.</p> <p>Výkon poisťovňa akceptuje za nasledovných podmienok:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poistenec má COVID pozitívny výsledok nie starší ako 14 dní, PCR metódou alebo pri kontakte s osobou s potvrdenou infekciou COVID metódou PCR nie staršou ako 14 dní alebo poistenec má COVID pozitívny výsledok antigénového testu nie starší ako 72 hodín. • Poistenec má príznaky akútneho respiračného syndrómu s/bez dokázanej pozitivity na COVID-19. • Výkon sa nevykazuje v kombinácii s iným výkonom. • Maximálne 1 - krát týždenne na jedno rodné číslo. • Výkon môžu vykázať nasledovné odbornosti: všeobecný lekár, pediater, internista, pneumoftizeológ, pediatričný pneumoftizeológ, infektológ, otorinolaryngológ, imunoalergológ. 	20,00
H0003	<p>Iniciálne vyšetrenie poistenca s chronickým ochorením.</p> <ul style="list-style-type: none"> • diferenciálna diagnostika artériovej hypertenzie, dyslipidémie alebo obezity v zmysle aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ na poskytovanie ambulantnej starostlivosti dospelým poistencom s artériovou hypertenziou, 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) <p>a súčasne prítomný marker vysokého rizika vzniku metabolických a obehových komplikácií spojených s obezitou na základe distribúcie tuku - obvod pásu v cm: muži nad 102 cm, ženy nad 88 cm</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vykázanie výkonu jedenkrát za kalendárny rok osobitne pre každú diagnózu po stanovení diagnostického záveru a diagnostického a liečebného plánu zdravotnej poisťovni nad rámec kapitácie výkon H0003 s príslušnou korektnou diagnózou zistenou pri vyšetrení. • Za iniciálne vyšetrenie sa považuje stav, keď poistenec v bezprostredne predchádzajúcich dvoch kalendárnych rokoch nebol sledovaný podľa aktuálne platnej legislatívy pre artériovú hypertenziu, dyslipidémiu alebo obezitu. • V cene výkonu je zahrnuté komplexné vyšetrenie poistenca, vyhodnotenie laboratórných, doplnkových a pomocných vyšetrení, odporúčenie ďalšej diagnostiky a liečby a stanovenie ďalšieho postupu v zmysle aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ SR na poskytovanie ambulantnej starostlivosti dospelým poistencom s artériovou hypertenziou, dyslipidémiou alebo obezitou. 	15,00

	<ul style="list-style-type: none"> • 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 lekár povinný zaznamenať alebo založiť do zdravotnej dokumentácie všetky výsledky tak, aby bolo zrejmé dátum ich realizácie a výsledok jednotlivých parametrov a jeho vyhodnotenie v rámci diferenciálnej diagnostiky alebo liečebného plánu. • 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 odporučený 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 k zdravotnému stavu poistenca vykonať ďalšie doplňujúce vyšetrenia potrebné k diagnostike a liečbe poistenca s artériovou hypertenziou, dyslipidémiou alebo obezitou nad rámec aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ SR, ošetrojúci lekár zdôvodní ich vykonanie a výsledky zaznamená do zdravotnej dokumentácie poistenca. 	
H0004	<p>Kontrolné vyšetrenie poistenca s chronickým ochorením.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vykázanie výkonu s príslušnou korektnou diagnózou: artériová hypertenzia, dyslipidémia a obezita jedenkrát za kalendárny rok osobitne pre každú diagnózu. 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) <p>a súčasne prítomný marker vysokého rizika vzniku metabolických a obehových komplikácií spojených s obezitou na základe distribúcie tuku - obvod pásu v cm: muži nad 102 cm, ženy nad 88 cm</p> <ul style="list-style-type: none"> • Za kontrolné vyšetrenie sa považuje stav, keď poistenec má diagnostikovanú artériovú hypertenziu, dyslipidémiu alebo obezitu a je v starostlivosti všeobecného lekára a zároveň nie je pre dané diagnózy trvale sledovaný a pravidelne kontrolovaný lekárom špecialistom, okrem pomocného alebo konziliárneho vyšetrenia u lekára špecialistu alebo iného PZS za účelom konzultácie alebo vykonania zobrazovacieho vyšetrenia. V prípade konfliktu (neuznania výkonu) zdravotná poisťovňa na základe reklamácie vyúčtovania poskytovateľom zdravotnej starostlivosti preverí text výmenného lístka a požiadavku VLD u poskytovateľa ŠAS. • V cene výkonu je zahrnuté komplexné vyšetrenie poistenca, vyhodnotenie výsledkov všetkých dostupných vyšetrení, odporúčenie ďalšej liečby a stanovenie ďalšieho postupu v zmysle odborného usmernenia MZ SR na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým poistencom s artériovou hypertenziou, dyslipidémiou alebo obezitou v zmysle aktuálne platnej legislatívy schválenej a. • 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 doplňujúce vyšetrenia potrebné k diagnostike a liečbe poistenca s artériovou hypertenziou alebo liečbou nad rámec aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ SR, ošetrojúci lekár ich urobí sám, zdôvodní ich vykonanie a výsledky do zdravotnej dokumentácie poistenca. • 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 	15,00

	<p>vykonaním vyšetrenia a zároveň výsledok vyšetrení dosahoval fyziologické hodnoty a nie je žiadny medicínsky predpoklad, že výsledky by mohli byť významne zmenené. V tomto prípade je lekár povinný zaznamenať alebo založiť do zdravotnej dokumentácie všetky výsledky tak, aby bolo zrejmé dátum ich realizácie a výsledok jednotlivých parametrov a jeho vyhodnotenie v rámci diferenciálnej diagnostiky alebo liečebného plánu.</p> <ul style="list-style-type: none"> • V prípade laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení realizovaných iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti alebo realizovaných za účelom iných potrebných vyšetrení, ktorých výsledok nie starší ako 3 mesiace (90 dní) bol vo fyziologickom rozmedzí, poisťovňa ich bude akceptovať za podmienky, že neprekročili časový interval odporučený v súlade s aktuálne platnou legislatívou schválenou MZ SR, pokiaľ budú zaznamenané v zdravotnej dokumentácii. 	
H0005	<p>Cielené vyšetrenie poistenca s akútnym hypertenzným stavom</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vykázať výkon s diagnózou artériová hypertenzia maximálne 2x za kalendárny rok a súčasne je v starostlivosti všeobecného lekára a zároveň nie je pre danú diagnózu trvale sledovaný a pravidelne kontrolovaný lekárom špecialistom. V prípade vyššej frekvencie návštev je ďalšia poskytnutá zdravotná starostlivosť uhrádzaná cenou kapitácie. • Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z.. • Za cielené 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. • V cene výkonu je zahrnuté odobratie anamnézy súvisiacej s akútnym hypertenzným stavom, vrátane orientačného neurologického vyšetrenia a medikamentózneho liečby v súlade s aktuálne platnou legislatívou schválenou na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým poistencom s artériovou hypertenziou. 	6,00
H0006	<p>Stratifikácia kardiovaskulárneho rizika.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stanovenie stratifikácie kardiovaskulárneho rizika systémom SCORE u poistencov nad 40 rokov podľa aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ SR. • Zdravotná poisťovňa akceptuje výkon jedenkrát za kalendárny rok k výkonu č. 160 alebo H0003 alebo H0004 s príslušnou diagnózou. • Podmienkou úhrady výkonu H0006 je vykázanie prípočítateľnej položky „dosiahnuté skóre“ v dávke 751a platného dátového rozhrania podľa Metodického usmernenia ÚDZS, ktorá je v uvedených vybraných položkách vyplnená nasledovne: v položke č. 13 –PRIPOČITATEĽNÁ POLOŽKA – uvedie dosiahnuté skóre v tvare: <ul style="list-style-type: none"> ▪ SKOR01 tj nízke riziko ▪ SKOR02 ,tj stredné riziko ▪ SKOR03, tj vysoké riziko ▪ SKOR04 tj veľmi vysoké riziko ▪ SKOR05 tj. 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.. 	5,65
H0007	<p>Kvantitatívne prístrojové INR vyšetrenie v ambulancii VLD</p> <p>Kontrolné kvantitatívne prístrojové vyšetrenie INR z kapilárnej krvi u poistencov pri dlhodobej alebo celoživotnej antikoagulačnej liečbe.</p> <ul style="list-style-type: none"> • platný doklad o nadobudnutí prístrojového vybavenia; • potvrdenie o zaškolení výrobcou (dovozcom) prístroja; • prehlásenie o zhode k prístroju (jedná sa o registráciu prístroja na ŠÚKL); • potvrdenie o odbornej spôsobilosti poskytovateľa (lekára) - absolvovaní kreditovaného kurzu minimálne 4 kredity v rozsahu legislatívne určených kompetencií v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo; • platný doklad o funkčnosti prístroja (bezpečnostno technická kontrola, kalibrácia v súlade s platnou legislatívou a odporúčaním výrobcu) • Poisťovňa akceptuje a osobitne nad rámec kapitácie uhrádza výkon vo frekvencii 1 krát za deň (maximálne 10x za kalendárny rok) u poistenca. • V cene výkonu je zahrnutý odber kapilárnej krvi, vyhodnotenie výsledku, návrh ďalšieho postupu, záznam o prípadnej zmene liečby, termín kontrolného vyšetrenia a poučenie poistenca. 	5,20

	<ul style="list-style-type: none"> Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z. <p><u>Výkon nebude akceptovaný:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> pri súčasnom odbere venózneho krvi na laboratórne vyšetrenie; ak v kontrolovanom intervale (v rozpätí jedného mesiaca) bolo vyšetrenie INR vykázané zmluvným laboratóriom; ak poskytovateľ na požiadanie nepredloží platný doklad o funkčnosti prístroja. 	
H0008	<p>Stanovenie indexu ABI oscilometrickou metódou vrátane pulznej vlny.</p> <p>Meranie a vyhodnotenie indexu ABI oscilometrickou metódou vrátane pulznej vlny na štyroch končatinách pri včasnej diagnóze ischemickej choroby dolných končatín.</p> <ul style="list-style-type: none"> platný doklad o zakúpení, resp. prenájme prístrojového vybavenia; potvrdenie o zaškolení výrobcou (dovozcom) prístroja; prehlásenie o zhode k prístroju (jedná sa o registráciu prístroja na ŠÚKL) <p><u>Výkon bude akceptovaný:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> u symptomatických poistencov s podozrením na ischemickú chorobu dolných končatín (ICHDK). Indikácia k výkonu je zaznamenaná v zdravotnej dokumentácii, vrátane výsledku a ďalšej diferenciálnej diagnostiky a terapeutického plánu. 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.); u všetkých poistencov nad 60 rokov. <p>Bod 1 až 3 poisťovňa akceptuje a osobitne nad rámec kapitácie uhradza výkon 1x za 2 roky pri vykázaní preventívnej prehliadky.</p> <p><u>Výkon nebude akceptovaný</u>, ak vyšetrenie výkonu bolo vykonané v špecializovanej ambulantnej starostlivosti alebo je poistenec dispenzarizovaný u poskytovateľa špecializovanej ambulantnej starostlivosti pri ICHDK.</p>	6,78
250D	<p>Delegovaný odber biologického materiálu na základe písomnej žiadosti ŠAS pri návšteve poistenca v ambulancii VLD.</p> <ul style="list-style-type: none"> dodržať 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, dodržať podmienky zdravotnej indikácie v zmysle účelného, efektívneho a hospodárneho nakladania s prostriedkami verejných zdrojov. 	2,00
159a	<p>Preventívne vyšetrenie na krv v stolici s použitím špecifickej Imunochemickej metódy (iFOB) u poistencov starších ako 40 rokov.</p> <ul style="list-style-type: none"> Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti vtedy, ak ho sám uskutočnil a výkon nebol realizovaný v laboratóriu. Výkon sa môže vykazovať za celé preventívne vyšetrenie. <p>Výsledok výkonu TOKS metódou iFOB: pozitívny</p>	12,00
159z	<p>Preventívne vyšetrenie na krv v stolici s použitím špecifickej Imunochemickej metódy (iFOB) u poistencov starších ako 40 rokov.</p> <ul style="list-style-type: none"> Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti vtedy, ak ho sám uskutočnil. Výkon sa môže vykazovať za celé preventívne vyšetrenie. Ak sa vyšetrenie vykonalo v laboratóriu, môže ho vykazovať laboratórium. <p>Výsledok výkonu TOKS metódou iFOB: negatívny</p>	12,00
159x	<p>Preventívne vyšetrenie na krv v stolici s použitím špecifickej Imunochemickej metódy (iFOB) u poistencov starších ako 40 rokov.</p>	3,02

	<ul style="list-style-type: none"> - Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti vtedy, ak poistenca poučil o dôležitosti vyšetrenia a zároveň vydal poistencovi diagnostický test. <p>Výsledok výkonu TOKS metódou iFOB: nevrátený / znehodnotený test</p>	
163	<p>Vyšetrenie a včasné rozpoznanie hrozacej straty sebestačnosti u poistencov nad 60 rokov. (MoCA - Montrealsky kognitívny test – varianta „K“ pre Slovenskú republiku)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Podmienkou úhrady je súčasne vyšetrenie poškodenia kognitívnych funkcií podložených zhodnotením orientácie miestom, časom, osobou a zhodnotením procesov pamäte, myslenia a rečovej expresie, ktoré sa overuje štyrmi základnými otázkami. V prípade že aspoň na jednu odpovedá poistenec nesprávne, vykoná sa vyšetrenie pomocou MoCA testu. - Výkon bude akceptovaný u 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 zdravotného stavu poistenca 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 test už v budúcnosti neopakuje. - Pri hodnote 26 a viac je možné test zopakovať najskôr o dva roky. 	6,78
<p>VšZP akceptuje výkon 159a, 159z a 159x v súlade s prílohou č. 2 k zákonu č. 577/2004 Z. z. v znení neskorších. Štandardizovaný test na okultné krvácanie (TOKS) metódou POCT(i FOB) všeobecný lekár pre dospelých indikuje a vykonáva poistencov starších ako 40 rokov.</p>		

1.3.1. Pripočítateľné položky k vybraným výkonom

Názov alebo kód pripočítateľnej položky	Výkony, ku ktorým sa pripočítateľná položka môže vykázať	Podmienky úhrady pripočítateľnej položky	Cena pripočítateľnej položky v €
EDU	H0003, H0004	<p>Edukácia pacienta s artériovou hypertenziou, dyslipidémiou alebo obezitou – poučenie o úprave životného štýlu a farmakoterapie sestrou alebo lekárom.</p> <p>Vykazuje sa ako pripočítateľná položka jedenkrát za kalendárny rok osobitne pre každú z vybraných diagnóz vykazovaných k výkonom H0003 a H0004.</p> <p>Obsah edukácie určuje dokument, ktorý poisťovňa uverejní na svojom webovom sídle. Podpísaním tohto dokumentu pacient potvrdí poučenie sestrou alebo lekárom a následné pacientom popísaný dokument poskytovateľ založí do zdravotnej dokumentácie pacienta.</p>	2,00
FOB	159a, 159z, 159x	<p>Pozvanie poistenca na vyšetrenie krvi v stolici</p> <ul style="list-style-type: none"> - pripočítateľná položka sa vykazuje v zmysle platného MU UDZS o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou, - poskytovateľ kapitovaného poistenca, ktorý má nárok na preventívnu prehliadku 	2,00

		<p>u poskytovateľa, preukázateľne pozval a objedná na vykonanie testu (SMS, mail, list a pod.). Kópia pozvánky formou SMS, mailu alebo listu je súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca,</p> <ul style="list-style-type: none"> - poistenec je vo veku od 40 do 70 rokov, - vyšetrenie je vykonané detekciou hemoglobínu v stolici (TOKS) špecifickou imunochemickou metódou (iFOB) 	
--	--	--	--

1.4. Individuálna zložka úhrady – Individuálna dodatková kapitácia

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

1.5. Hodnotiace parametre

Zameranie	Parameter	Kritérium splnenia	Váha	Plnenie
Poistenec	Celkové náklady na kapitovaného poistenca	Hodnota parametra je pod hranicou horného pásma definovanou výpočtom v príslušnej referenčnej skupine ambulancií	20%	Reálne plnenie poskytovateľa
	Komplexná ZS pri vybraných chronických ochoreniach - artériová hypertenzia, dyslipidémia a obezita	Hodnota parametra je nad hranicou dolného pásma definovanou výpočtom v príslušnej referenčnej skupine ambulancií.	20%	
	Prevenčia	Preventívna prehliadka vykonaná aspoň u takého počtu poistencov, ktorý zodpovedá priemeru v príslušnej odbornosti v hodnotenom období.	20%	Reálne plnenie poskytovateľa
		Preventívna prehliadka vykonaná aspoň u takého počtu poistencov, ktorý zodpovedá 75% z priemeru v príslušnej odbornosti v hodnotenom období.	7%	Reálne plnenie poskytovateľa
Elektronizácia	eNávrhy	Poskytovateľ vystavuje žiadosť o schválenie vybraných liekov, zdravotníckych pomôcok alebo kúpeľnej liečby formou eNávrhu.	10%	Aplikácia vyhodnotenia od 1.4.2024
	eZdravie	Poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vedie zdravotnú dokumentáciu v súlade s ustanovením § 19 a nasl. Zákona č. 576/2004 Z. z. a súčasne zasiela údaje zo zdravotnej dokumentácie elektronickou formou do elektronickej zdravotnej knižky (EZK) v rozsahu § 5 Zákona č. 153/2013 Z. z.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
Dostupnosť	Ordinačný čas	Stanovenie flexibilného ordinačného času na aspoň 2 hodín týždenne pre každú ambulanciu.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
		Stanovenie ordinačných hodín do 16:00 hod. aspoň jeden deň v týždni pre každú ambulanciu.		

1.5.1. Doplňujúce informácie k Hodnotiacim parametrom

Celkové náklady na kapitovaného poistenca

Priemerné celkové náklady na priamo poskytnutú zdravotnú starostlivosť vrátane pomocných, doplnkových vyšetreniach a SValZ, preskripcie liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín a indikovanej špecializovanej ambulantnej starostlivosti na jedného kapitovaného poistenca. Počet poistencov sa prepočíta podľa nákladových indexov veku a pohlavia. Do výpočtu nie je zahrnutá preventívna zdravotná starostlivosť a zdravotná starostlivosť podľa definovaných výnimiek.

Hodnotené obdobie: dva po sebe nasledujúce štvrťroky.

Komplexná ZS pri vybraných chronických ochoreniach

Podiel poistencov s poskytovanou komplexnou zdravotnou starostlivosťou (výkony H0003, H0004) na počte všetkých kapitovaných poistencov u poskytovateľa s identifikovanými diagnózami pod kódom I10* a E78* a E66*.

Hodnotené obdobie: štyri po sebe nasledujúce štvrťroky.

Prevencia

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

Hodnotené obdobie: 12 po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov.

**Príloha č. 1b
k Zmluve č. 11KSTA002922**

Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti

Časť A. Ambulantná zdravotná starostlivosť

Čl. I Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (všeobecné ustanovenia)

1. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

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

2. Hodnotiace parametre (ďalej len „HP“)

Hodnotiace parametre ovplyvňujú výšku úhrady za zdravotné výkony vyjadrenú cenou za výkon.

HP vyhodnotí poisťovňa na údajoch za dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky (ďalej len „Vyhodnocovacie obdobie“), z ktorých posledný kalendárny štvrťrok bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva výpočet.

Zdravotná poisťovňa na základe údajov zo svojho informačného systému zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov. Výsledné percento plnenia HP je súčtom váh jednotlivých splnených parametrov.

$$HP = v_1 + v_2 + v_3 + v_4 + v_5$$

Výsledná cena výkonov sa stanoví pre PZS nasledovne:

$$VC = (CZV_{max} - CZV) \times HP + CZV, \text{ kde}$$

VC je výsledná cena za výkon,
CZV je základná cena za výkon,
CZV_{max} je zvýhodnená cena za výkon.

Zoznam, váhy a kritériá pre splnenie hodnotiacich parametrov v jednotlivých typoch zdravotnej starostlivosti sú uvedené v tabuľke „Hodnotiace parametre“ v článku II, bode 1.2 tejto prílohy. Pri splnení kritéria je parametru priradená uvedená váha v percentách, pri nesplnení kritéria je váha príslušného parametra 0%.

Výsledná cena výkonov sa zaokrúhli na dve desatinné miesta. Takto zistená výsledná cena za výkon patrí PZS za poskytovanie ZS počas kalendárneho polroka nasledujúcom po výpočte. Každú zmenu Výsledného plnenia HP oznámi poisťovňa poskytovateľovi a to buď písomne formou listu, alebo elektronicky v ePobočke. Zmenu poisťovňa poskytovateľovi oznámi najneskôr v posledný deň mesiaca, ktorý predchádza mesiacu, od ktorého má byť zmena účinná. Informovaním sa rozumie predovšetkým zaslanie vyhodnotenia vo forme listu prostredníctvom ePobočky alebo e-mailom.

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

Časový rámec vyhodnocovania HP

- Hodnotené obdobie: plávajúci polrok, vždy k 30.6. a 31.12. príslušného roka.
- Vyhodnocovacie obdobie: kalendárny štvrťrok, ktorý bezprostredne nasleduje po Hodnotenom období.

- Platnosť vyhodnotenia: prvý deň kalendárneho štvrťroka, ktorý bezprostredne nasleduje po vyhodnocovacom období, vždy od 1.4. a 1.10. príslušného roka.
- Prvé vyhodnotenie platné od 1.10.2023 bude vypočítané na dátach za obdobie od 1.4.2023 – 30.6.2023 (výnimka).

Hodnotenú obdobie (od – do)		Vyhodnocovanie (od – do)		Aplikácia vyhodnotenia (od)
1.1.	30.6.	1.7.	30.9.	1.10.
1.7.	31.12.	1.1.	31.3.	1.4.

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

1. Domáca ošetrovateľská starostlivosť - ADOS (typ ZS 104)

1.1. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

Cena za výkon			
Kód výkonu	Názov výkonu	Zoznam výkonov – domáca ošetrovateľská starostlivosť	
		Základná cena v €	Zvýhodnená cena v €
3390	PRIJEM PACIENTA (KLIENTA) DO ADOS A ODOBRAŤIE SESTERSKEJ ANAMNÉZY (OŠETROVATEĽSKÝ ASSESMENT).	3,41	3,61
3392A	POUČENIE PRÍBUZNÝCH ALEBO ČLENOV KOMUNITY.	1,60	1,70
3393	VYPRACOVANIE PLÁNU KOMPLEXNEJ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI (ĎALEJ LEN "KOS").	6,38	7,24
3394	PRIEBEŽNÉ HODNOTENIE KOS A ZMENA PLÁNU OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI VRÁTANE DOKUMENTÁCIE A KONZULTÁCIE S OŠETRUJUCIM LEKÁROM.	7,38	7,82

Pravidlá vykazovania a uznávania výkonov

- 1 x pri prijatí pacienta do ADOS a pri prerušení ošetrovateľskej starostlivosti cestou ADOS na dlhšie ako 3 mesiace.
- výkon sa neakceptuje pri jednorazovom a izolovanom výkone (napr. odbery krvi, resp. iného biologického materiálu, podanie i.m. injekcie - napr. pri dlhodobu aplikovanej inj B12 1x mesačne) a v kombinácii s výkonmi 3394, 3407 (zmeranie TK, TT a P je zahrnuté vo výkone 3390), 3451
- výkon sa akceptuje pri 5 a viac násobnom podaní infúzií v mesiaci (pri úmrtí poistenca alebo inom neplánovanom prerušení podávania infúzií, ktoré boli podľa Návrhu indikované v množstve 5 a viac krát VŠZP výkon 3390 akceptuje)
- výkon sa akceptuje v prípade prijatia poistenca do ADOS fyzioterapeutom, pričom fyzioterapeut vyhotoví Vstupné posúdenie pacienta na účely poskytnutia rehabilitačnej starostlivosti indikovanej rehabilitačným lekárom (subj. a obj. posúdenie, prípadne ďalšie posúdenie v súvislosti s dg., napr. rozsah pohybu a svalovej sily).
- 1 x pri prijatí pacienta do ADOS a pri prerušení ošetrovateľskej starostlivosti cestou ADOS na dlhšie ako 3 mesiace alebo pri závažnej zmene zdravotného stavu
- výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonom 3470
- 1 x pri prijatí pacienta do ADOS, pri prerušení ošetrovateľskej starostlivosti cestou ADOS na dlhšie ako 3 mesiace a v prípade, že došlo k výraznej zmene zdravotnej starostlivosti
- výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonom 3394
- výkon sa neakceptuje pri jednorazovom výkone a pri výkonoch podávania injekcií (3416,3418), infúzií (menej ako 5 krát, 3419, 3420), ak sa iná ošetrovateľská starostlivosť pacientovi neposkytuje
- 1 x mesačne so zaznamenaním vývoja zdravotného stavu, zmeny plánu ošetrovateľskej starostlivosti a so zaznamenanou konzultáciou lekára (v takom prípade najskôr 1 mesiac po prijatí pacienta do ADOS), a pri vyhotovení Návrhu na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti z dôvodu potreby predĺženia ošetrovateľskej starostlivosti
- Výkon v zmysle jeho znenia je zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii ADOS. Pribežné hodnotenie je súčasťou ošetrovateľskej dokumentácie a nie je potrebné ho zasielať zdravotnej poisťovni.
- výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonmi 3451, 3390, 3393
- výkon sa neakceptuje pri jednorazovom výkone, pri výkonoch podávania injekcií (3416,3418), odberov biologického materiálu (3433, 3434, 3436, 3437), infúzií (menej ako 5 krát, 3419, 3420), ak sa iná ošetrovateľská starostlivosť pacientovi neposkytuje a v prípade ak nenastala zmena plánu KOS

3395	VYHODNOTENIE KOS A ZÁVEREČNÁ SPRÁVA.	4,79	5,44	<ul style="list-style-type: none"> • 1 x pri ukončení ošetrovateľskej/rehabilitačnej starostlivosti cestou ADOS a vykazaní v posledný deň poskytnutia ošetrovateľskej/rehabilitačnej starostlivosti. V prípade predčasného ukončenia pri výkonoch 3419, 3420 ADOS predloží záverečnú správu, ktorá obsahuje: vyhodnotenie výsledkov ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá bola poskytovaná, dôvod ukončenia a dátum posledného ošetrovania • výkon sa neakceptuje pri jednorazovom výkone a v kombinácii s výkonmi 3416,3418,3419,3420, pokiaľ sa iná ošetrovateľská starostlivosť neposkytovala a jedná sa o jednorazové výkony • výkon je opodstatnený v prípadoch, kde je možné zo strany rodiny pacienta ďalej samostatne uskutočňovať navrhovaný výkon. • 3 x v danom prípade, u zložitejších výkonov (napr. odsávanie, ošetrovanie kolostómie) sa stanoví počet po individuálnom posúdení predložených dokladov ku revízií a konzultácii s VŠZP. V návrhu je potrebné uviesť výkon, ktorý bude predmetom návštevy. • výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonom 3421 pokiaľ pôjde o nácvik podávania inzulínu, Fraxiparinu, Clexane a pod.) • výkon sa akceptuje u imobilných, inkontinentných pacientov s 3-stupňom inkontinencie a dekubitom alebo ranou v oblasti postihnutej inkontinenciou 1 x pri návšteve pacienta, v prípade, že oblasť je pošípená stolicou a močom. V návrhu je potrebné uviesť diagnózu inkontinencie 3 stupňa. • výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonom 3410, pokiaľ ide o tú istú lokalitu. Tiež sa neakceptuje v ZSS,DSS, DD, kde hygienu zabezpečuje personál. • výkon sa akceptuje len v prípade výmeny PK u ženy alebo v prípade defektu kože v oblasti ústia PK do moč. rúry s ošetrovaním, ktoré je ordinované lekárom • výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonmi 3431, 3409 • 1 x za výkon, maximálne 1 x D • 1 x za výkon • výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonom 3411 a v kombinácii s výkonmi 3423A, 3423B (pri tej istej lokalizácii) • výkon sa v súčasnosti realizuje už len u hospitalizovaných pacientov • výkon sa akceptuje v prípade naplnenia jeho obsahu a zaznamenania v dokumentácii 1 x u daného pacienta za podmienky, že takýto výkon nebol uhradený ošetrovateľskému lekárovi • výkon je určený pre sestry starajúce sa o hospitalizovaných pacientov. Krímenie pacienta je potrebné vykonávať minimálne 4 až 6 x denne. Pokiaľ má pacient závažné poruchy prehĺtania s hrozbou aspirácie, podávanie stravy per os v domácom prostredí sa väčšinou neodporúča • 1 x za výkon a pri výmene NGS sondy. V prípade možnosti je potrebné poskytnúť odborný nácvik príbuzným • výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonmi 3402, 3427 • podľa ordinácie lekára, 1 x za výkon
3396	ODBOBNÝ NÁCVIK POTREBNÝCH VÝKONOV PRI OŠETROVANÍ CHORÉHO V DOMÁCNOSTI	5,19	5,50	<ul style="list-style-type: none"> • zdravotná starostlivosť poskytovaná ADOS je ambulantná starostlivosť a poskytuje sa pacientom, ktorí nevyžadujú kontinuálne sledovanie všetkých uvedených parametrov každé 2 hodiny sestrou ADOS
3398	OŠETROVATEĽSKÁ HYGIENA.	5,19	5,50	
3399A	STAROSTLIVOSŤ O CHORÉHO PERMANENTNÝM KATÉTROM VYMIENY PERMANENTNEHO KATÉTRA U ŽENY.	5,19	5,50	
3399B	STAROSTLIVOSŤ O KAVÁLNY KATÉTER A INTRAVENÓZNU KANYLU, PRAVIDELNE PREVÁZOVANIE A DEZINFEKČIA.	1,93	2,05	
3399C	STAROSTLIVOSŤ O NASOTRACHEÁLNU, NASOTRACHEÁLNU A TRACHEOST. KANYLU.	1,93	2,05	
3399D	STAROSTLIVOSŤ O EPIDURÁLNY KATÉTER.	3,90	4,13	
3401A	STAROSTLIVOSŤ O VÝŽIVU V PRÍSLUŠNEJ KVALITE A KVANTITE, VYPRACOVANIE INDIVIDUÁLNEHO DIETNEHO REŽIMU, JEDEN RAZ PRE JEDNÉHO PACIENTA.	2,93	3,11	
3402	VÝŽIVA BEZVLÁDNEHO PACIENTA, ZA JEDEN VÝKON.	0,91	0,96	
3404	VÝŽIVA PACIENTA SONDOU, ZA JEDEN VÝKON.	1,28	1,36	
3405	OČISTNÁ KLYZMA	4,15	4,40	
3406	KONTINUÁLNE SLEDOVANIE KLINICKÉHO STAVU PACIENTA (MERANIE TK, PULZU, DYCHOVEJ FREKVENCIE, TELESNEJ TEPLoty, PRIJEM A VÝDAJ TEKUTÍN, STOLICE A	3,19	3,38	

	SLEDOVANIE INÝCH FUNKCIÍ PODĽA ORDINÁCIE LEKÁRA), ZA KAŽDÉ DVE HODINY.				
3407	ODMERANIE KRVNÉHO TLAKU, PULZU A TEPLoty.	0,96	1,02	<ul style="list-style-type: none"> • podľa ordinácie lekára s osobitným odôvodnením • výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonmi 3424, 3469; 3418, 3420, 3419, 3390 a ako samostatný výkon 3407 spojený len s výkonom návštevy pacienta 	
3408	SLEDOVANIE DIURÉZY, ZA KAŽDÝCH 12 HODÍN.	0,80	0,85	<ul style="list-style-type: none"> • výkon sa akceptuje len v lekárskom osobitne odôvodnených prípadoch, kde sestra navštívi pacienta každých 12 hodín a zavedie presnú evidenciu sledovania diurézy (pozitívna alebo neg. bilanc. tekutín) a výkon podrobne zaznamená do dokumentácie pacienta 	
3409	CIEVKOVANIE ŽENY.	2,08	2,20	<ul style="list-style-type: none"> • podľa ordinácie lekára, 1x za výkon • výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonom 3399A 	
3410	VÝMENA STOMICKÉHO SETU S NÁSLEDNOU TOALETOU PRI STOMIACH.	2,59	2,75	<ul style="list-style-type: none"> • 1 x pri návšteve pacienta po dobu 3 mesiacov. • pri nefrostomických drénoch sa akceptuje ošetrovanie max 3 x týždenne a pri urolostmických setoch a epicystostomií sa akceptuje ošetrovanie max. 1xD. V prípade možnosti je potrebné poskytnúť odborný návčik príbuzným. V individuálnych prípadoch, po medicínskom zdôvodnení v Návrhu a súhlase VŠZP je možné poskytovať výkon dlhšie obdobie, ktoré bude stanovené pri revízií. Výkon sa akceptuje aj v prípade ošetrovania stómie u pacientov s PEG. • výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonmi 3398, 3423A, 3423B (pri tej istej lokalizácii) 	
3411	ČISTENIE TRACHEÁLNEJ KANYLY.	0,80	0,85	<ul style="list-style-type: none"> • 1 x za výkon • výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonom 3399C 	
3413	APLIKÁCIA NEINJEKČNEJ LIEČBY.	0,70	0,74	<ul style="list-style-type: none"> • 1 x za výkon, pokiaľ sa vyžaduje v spojitosti s výkonmi previazovania rán, ošetrovania intertriga, psoriázy (na nedostup. miestach u pacienta s KOS) a v prípade lymfédému. V prípade rán sa výkon akceptuje jeden krát pre rany v jednej lokalite. Pri viacpočetných malých ranách v jednej lokalite prekrytých jedným krytím sa akceptuje vykazovanie 1 x v jednej lokalite. V individuálnych prípadoch - pri viacpočetných ranách v rôznej lokalite, sa akceptuje výkon pre každú ranu 1 x pri návšteve. V prípade, že ide o cirkulárny defekt na predkolení, VŠZP akceptuje výkon 3413 2x pri jednom cirkulárnom defekte. • V prípade možnosti je potrebné poskytnúť odborný návčik príbuzným. • výkon sa neakceptuje v spojitosti s dávkovaním a podávaním liekov per os, aplikáciou analgetických masť a gélov, transdermálnej náplaste, kvapiek, liečbou biolampou a v kombinácii s výkonmi: 3422A (pokiaľ ide o masážne prípravky), 3422B, 3422C 	
3414	APLIKÁCIA TERAPEUTICKÉHO CELOTELOVÉHO ZÁBALU ALEBO LIEČIVÉHO KÚPEĽA.	1,12	1,19	<ul style="list-style-type: none"> • 1 x za výkon • výkon sa akceptuje len v prípade kožných ochorení na celom povrchu tela, pri hyperpyrexii a v individuálnych prípadoch, pri vredoch DK s indikáciou liečivého kúpeľa v rozstoku (napr. hypermangánu) u pacientov, ktorí nie sú schopní si zabezpečiť kúpeľ sami alebo prostredníctvom osôb, ktoré sa o nich starajú 	
3416	APLIKÁCIA LIEČIVA INTRAMUSKULÁRNE, S.C., I.C.	1,30	1,38	<ul style="list-style-type: none"> • 1 x za výkon pri potrebe viacnásobného podávania injekcií u imobilných a ťažko mobilných pacientov na základe ordinácie lekára. V návrhu je potrebné uviesť názov liečiva, množstvo a frekvenciu podania injekcií za stanovené obdobie. Pri akcpiácii úhrady výkonu sa postupuje v zmysle platnej legislatívy. VŠZP akceptuje výkon aplikácie liečiva alebo lieku pokiaľ bude ordinované v zmysle platnej legislatívy a uvedené na tlačive Návrhu alebo odbornom lekárom náleze. V prípade, že bude zapísané len na odbornom lekárskom náleze, bude na Návrhu uvedené, že príslušné liečivo, prípadne lieky sestry ADOS podáva podľa ordinácie ošetrojúceho lekára (napr. chirurga) a odborný nález bude priložený k Návrhu. V opačnom prípade nebude výkon aplikácie liečiva alebo lieku akceptovaný. V prípade, že lekár ordinuje liečivo alebo liek na vlastnú žiadosť poisťovne, ktorý si ho uhrádza ani výkon jeho podania nebude uhrádzaný z prostriedkov VZP. Jednorazové podanie inj. sa akceptuje len u pacientov, ktorým sa poskytuje KOS • V prípade predpokladu viacnásobného podávania injekcií v priebehu 3 mesiacov odôvodneného v Návrhu, VŠZP akceptuje návrh vystavený na obdobie 3 mesiacov 	

				<ul style="list-style-type: none"> • Vykazovanie výkonu súvisiaceho s podaním konkrétneho liečiva po zaučení príbuzných, ktorí sú pri poistení prítomní nebude VŠZP akceptované. • 1 x za výkon pri potrebe viacnásobného podávania injekcií u imobilných a ťažko mobilných pacientov na základe ordinácie lekára. V Návrhu je potrebné uviesť názov liečiva, množstvo a frekvenciu podania injekcií za stanovené obdobie. Pri akceptácii úhrady výkonu sa postupuje v zmysle platnej legislatívy. VŠZP akceptuje výkon aplikácie liečiva alebo lieku pokiaľ bude ordinované v zmysle platnej legislatívy a uvedené na tlačive Návrhu alebo odbornom lekárskom náleze. V prípade, že bude zapísané len na odbornom lekárskom náleze, bude na Návrhu uvedený, že príslušné liečivo, prípadne lieky sestra. ADOS podáva podľa ordinácie ošetrojúceho lekára (napr. chirurga) a odborný nález bude priložený k Návrhu. V opačnom prípade nebude výkon aplikácie liečiva alebo lieku akceptovaný. V prípade, že lekár ordinuje liečivo alebo liek na vlastnú žiadosť poisťovne, ktorý si ho uhradza ani výkon jeho podania nebude uhrádzaný z prostriedkov VZP. • jednorazové podanie inj. sa akceptuje len u pacientov, ktorým sa poskytuje KOS • výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonmi 3407, 3419, 3420A • 1 x za výkon. V prípade potreby viacnásobného podávania infúzií (minimálne 5 krát) ordinovanej lekárom u jedného pacienta VŠZP akceptuje aj výkon 3390 a 3395 • V návrhu je potrebné uviesť názov roztoku, koncentráciu, množstvo, frekvenciu a dĺžku podávania infúzneho roztoku za stanovené obdobie. Pri akceptácii úhrady výkonu sa postupuje v zmysle platnej legislatívy. VŠZP akceptuje výkon aplikácie lieku / infúzie pokiaľ bude ordinovaná v zmysle platnej legislatívy a uvedená na tlačive Návrhu alebo odbornom lekárskom náleze. V prípade, že bude zapísaná len na odbornom lekárskom náleze, bude na Návrhu uvedený, že príslušné lieky / infúzie sestra ADOS podáva podľa ordinácie ošetrojúceho lekára (napr. neurológa) a odborný nález bude priložený k Návrhu. V opačnom prípade nebude výkon aplikácie lieku / infúzie akceptovaný. V prípade, že lekár ordinuje lieky / infúzie na vlastnú žiadosť poisťovne, ktorý si ho uhradza ani výkon jeho podania nebude uhrádzaný z prostriedkov VZP. • V prípade, že lekár indikuje na tlačive Návrhu na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti podanie infúzneho roztoku a nevykáže ho do poisťovne ako pripočítateľnú položku na svojej ambulancii, revíznym pracovníkom podania infúzie schváli v prípade, že v Návrhu bude riadne uvedený názov, koncentrácia, množstvo, frekvencia a dĺžka podávania infúzneho roztoku. • V prípade predpokladu viacnásobného podávania infúzií v priebehu 3 mesiacov odôvodneného v Návrhu, VŠZP akceptuje Návrh vystavený na obdobie 3 mesiacov. • výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonmi 3407 (samotný výkon v sebe zahŕňa meranie fyziologických funkcií), 3418 	
3418	APLIKÁCIA LIEČIVA INTRAVENÓZNE.	1,60	1,70		
3419	PRIPRAVA A PODÁVANIE INFÚZIE.	3,23	3,42		
3420	SLEDOVANIE INFÚZIE, ZA KAŽDÚ HODINU.	5,50	5,83		
3420A	PODÁVANIE LIEČIVA INFÚZNOU PUMPOU.	0,96	1,02		
3421	NÁCVIK PODÁVANIA INZULÍNU.	2,08	2,20		

				<ul style="list-style-type: none"> • Vykazovanie výkonu súvisiaceho s podaním konkrétneho liečiva po zaučení príbuzných, ktorí sú pri poistencovi prítomní nebude VŠZP akceptované. • výkon sa akceptuje u imobilných pacientov 1 x pri návšteve pacienta, • výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonmi 3413 (ak ide o masážne prípravky), 3424 a výkonmi fyzioterapie • V návrhu je potrebné uviesť okrem plánu starostlivosti aj výsledok hodnotenia rizika vzniku dekubitov pomocou Nortonovej škály. Výkon sa neakceptuje u pacientov umiestnených v ZSS, DSS, DD, stacionároch.
3422A	OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ ZAMERANÁ NA PREVENCIU DEKUBITOV.	3,90	4,13	<ul style="list-style-type: none"> • 1 x pri návšteve pacienta. • pri dekubite 1 st. sa výkon akceptuje aj v prípade, že rozmery dekubitu sú nad 5 cm² • Pri viacpočetných malých dekubitoch v jednej lokalite prekrytých jedným krytím sa akceptuje vykazanie 1 veľkého dekubitu (3422C) v jednej lokalite. V individuálnych prípadoch - pri viacpočetných dekubitoch v rôznej lokalite, sa akceptuje výkon pre každý dekubit 1x pri návšteve. • V návrhu je potrebné uviesť presný popis lokálneho nálezu a indikáciu lokálnej liečby od ošetrujúceho lekára • Popis lokálneho nálezu v návrhu obsahuje - lokalizáciu; veľkosť (dĺžka, šírka a v prípade, že sa nejedná o povrchový dekubit aj hĺbka); stupeň dekubitu (na začiatku starostlivosti); fáza hojenia - popis spodiny s uvedením charakteru a množstva exsudátu a okolie. V prípade výskytu viacerých dekubitov s neidentickou lokálnou liečbou, uviesť liečbu ku každému dekubitu • výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonmi 3413, 3423A (ak ide o tú istú lokalizáciu)
3422B	OŠETRENIE DEKUBITU VEĽKOSTI DO 5 CM2 (ODSTRÁNENIE ZVÝŠKOV MASTI, ODUMRETYCH TKANÍV, TOALETA, APLIKÁCIA LIEČIVA, PREVÁZ).	6,49	6,88	<ul style="list-style-type: none"> • 1 x pri návšteve pacienta. V prípade, že pacient má viacpočetné alebo rozsiahle, hlboké dekubity v rôznej lokalite, sa po individuálnom posúdení zdravotného stavu pacienta akceptuje výkon viackrát pri 1 návšteve pacienta. V návrhu je potrebné uviesť presný popis lokálneho nálezu a indikáciu lokálnej liečby od ošetrujúceho lekára • Popis lokálneho nálezu v návrhu obsahuje - lokalizáciu; veľkosť (dĺžka, šírka a v prípade, že sa nejedná o povrchový dekubit aj hĺbka); stupeň dekubitu (na začiatku starostlivosti); fáza hojenia - popis spodiny s uvedením charakteru a množstva exsudátu a okolie. V prípade výskytu viacerých dekubitov s neidentickou lokálnou liečbou, uviesť liečbu ku každému dekubitu. • výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonmi 3413, 3423B (ak ide o tú istú lokalizáciu).
3422C	OŠETRENIE DEKUBITU VEĽKOSTI NAD 5 CM2 (ODSTRÁNENIE ZVÝŠKOV MASTI, ODUMRETYCH TKANÍV, TOALETA, APLIKÁCIA LIEČIVA, PREVÁZ).	9,08	9,62	<ul style="list-style-type: none"> • 1 x pri návšteve pacienta. Pri viacpočetných malých ranách v jednej lokalite prekrytých jedným krytím sa akceptuje vykazanie 1 veľkej rany (3423B) v jednej lokalite. V individuálnych prípadoch - pri viacpočetných ranách v rôznej lokalite, sa akceptuje výkon pre každú ranu 1x pri návšteve. • V návrhu je potrebné uviesť popis lokálneho nálezu a indikáciu lokálnej liečby od ošetrujúceho lekára • Popis lokálneho nálezu v návrhu obsahuje - lokalizáciu; veľkosť (dĺžka, šírka a v prípade, že sa nejedná o povrchovú ranu aj hĺbka); fáza hojenia - popis spodiny s uvedením charakteru a množstva exsudátu a okolie. V prípade výskytu viacerých dekubitov s neidentickou lokálnou liečbou, uviesť liečbu ku každému dekubitu. • výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonmi 3413, 3423B (ak ide o tú istú lokalizáciu).
3423	VÝPLACH OKA.	2,25	2,39	<ul style="list-style-type: none"> • 1 x za výkon
3423A	PREVÁZ RANY VEĽKOSTI DO 5 CM2.	3,90	4,13	<ul style="list-style-type: none"> • 1 x pri návšteve pacienta. Pri viacpočetných malých ranách v jednej lokalite prekrytých jedným krytím sa akceptuje vykazanie 1 veľkej rany (3423B) v jednej lokalite. V individuálnych prípadoch - pri viacpočetných ranách v rôznej lokalite, sa akceptuje výkon pre každú ranu 1x pri návšteve. • V návrhu je potrebné uviesť popis lokálneho nálezu a indikáciu lokálnej liečby od ošetrujúceho lekára • Popis lokálneho nálezu v návrhu obsahuje - lokalizáciu; veľkosť (dĺžka, šírka a v prípade, že sa nejedná o povrchovú ranu aj hĺbka); fáza hojenia - popis spodiny s uvedením charakteru a množstva exsudátu a okolie. V prípade výskytu viacerých rán s neidentickou lokálnou liečbou, uviesť liečbu ku každej rane. • výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonmi 3422B a 3410 (ak ide o tú istú lokalizáciu) • výkon sa akceptuje aj pri výbere stehov z rany a v prípade ošetrovania rany hojacej sa per priamam do výberu stehov (max.14 dní) • výkon sa neakceptuje v súvislosti s ošetrením intertriga, psoriázy a v prípade lymfödému.
3423B	PREVÁZ RANY VEĽKOSTI NAD 5 CM2.	6,49	6,88	<ul style="list-style-type: none"> • 1 x pri návšteve pacienta. V návrhu je potrebné uviesť popis lokálneho nálezu a indikáciu lokálnej liečby od ošetrujúceho lekára • Popis lokálneho nálezu v návrhu obsahuje - lokalizáciu; veľkosť (dĺžka, šírka a v prípade, že sa nejedná o povrchovú ranu aj hĺbka); fáza hojenia - popis spodiny s uvedením charakteru a množstva exsudátu a okolie. V prípade výskytu viacerých rán s neidentickou lokálnou liečbou, uviesť liečbu ku každej rane.

				<ul style="list-style-type: none"> • V prípade, že pacient má viacpočetné alebo rozsiahle, hlboké rany, VŠZP po individuálnom posúdení zdravotného stavu pacienta akceptuje výkon viackrát pri 1 návšteve pacienta. V prípade, že ide o cirkulárny defekt, VŠZP akceptuje výkon 3423B 2x pri jednom cirkulárnom defekte na jednej končatine. • výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonmi 3422C a 3410 (ak ide o tú istú lokalizáciu) • výkon sa neakceptuje v súvislosti s ošetrovaním intertriga, psoriázy a v prípade lymfödému. • výkon sa akceptuje u imobilných a ťažko mobilných pacientov 1 x pri návšteve pacienta • výkon sa akceptuje na obdobie maximálne 3 mesiacov. V návrhu je potrebné uviesť popis plánovanej RHB, pri predĺžení návrhu uviesť vyhodnotenie RHB vzhľadom k stanoveným cieľom a zdravotnému stavu poistenca a zdôvodnenie pre pokračovanie RHB. • výkon sa neakceptuje u pacientov v chronickom stabilizovanom stave, v kombinácii s výkonmi 3422A, 3407 (samotný výkon zahŕňa v sebe odmeranie tlaku pred a po RHB), 3407, 3413 (pokiaľ ide o masážne prípravky, u pacientov po plánovaných TEP, u ktorých prebehla LTV v rámci hospitalizácie a prepustení boli chodiaci za pomoci bariel a u pacientov v tesnej nadväznosti na kúpeľnú liečbu. 	
3424	OŠETROVATEĽSKÁ REHABILITÁCIA, TRVANIE NAJVIAC 30 MINÚT.	4,00	4,24		<ul style="list-style-type: none"> • 1 x pri návšteve pacienta
3426	ODSÁVANIE PACIENTA.	1,32	1,40		<ul style="list-style-type: none"> • 1 x za výkon • výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonom 3404
3427	ODSATIE ŽALÚDOČNÉHO OBSAHU.	3,31	3,51		
3428	VYŠETRENIE MOČU INDIKÁTOROVÝM MÉDIOM.	3,19 €	3,38		<ul style="list-style-type: none"> • 1 x za výkon podľa ord. lekára so zdôvodnením
3431	ASISTENCIA PRI VÝPLACHU MOČOVÉHO MECHÚRA	0,88 €	0,93		<ul style="list-style-type: none"> • výkon sa akceptuje v prípade potreby preplachu močového katétra ordinovaného lekárom 1 x za výkon, v prípade odstránenia permanentného močového katétra a ako asistencia lekárovi pri výplachu močového mechúra. • výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonom 3399A (s výnimkou ošetrovania defektu kože v oblasti ústia PK do moč. rúry s ošetrovaním, ktoré je ordinované lekárom).
3432	PRÁCA SESTRY PRI DOMÁCEJ PERITONEÁLNEJ DIALÝZE.	5,51	5,84		<ul style="list-style-type: none"> • 1 x za výkon • výkon sa akceptuje na odporúčenie nefrológa, po individuálnom zhodnotení zdravotného stavu pacienta
3433	ODBER KRVI VENEPUNKCIOU DO JEDNEJ STRIEKAČKY ALEBO JEDNEJ ODB. SÚPRAVY.	5,04	5,34		<ul style="list-style-type: none"> • výkon sa akceptuje len u imobilných a ťažko mobilných pacientov, za jeden ober v jeden deň • Výkon bude akceptovaný pri uvedení kódu indukujúceho (odosielajúceho) lekára v dávke. • V prípade izolovaných výkonov odberu krvi sa pridanie výkonu 3407 nepovažuje za rozšírenie nad rámec izolovaných výkonov
3434	ODBER KAPILÁRNEJ KRVI.	0,80	0,85		<ul style="list-style-type: none"> • výkon sa akceptuje len u imobilných a ťažko mobilných pacientov, ktorým sa poskytuje komplexná ošetrovateľská starostlivosť a v osobitne odvodnených prípadoch po schválení VŠZP vopred 1 x za výkon • výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonom 3635A
3435	UMELÉ DÝCHANIE A MASÁŽ SRDCA.	6,49	6,88		<ul style="list-style-type: none"> • 1 x za výkon
3436	ODBERY: TT, TN, VÝTER Z REKTA, ODBER SPUĽA.	1,56	1,65		<ul style="list-style-type: none"> • výkon sa akceptuje len u imobilných a ťažko mobilných pacientov, ktorým sa poskytuje komplexná ošetrovateľská starostlivosť. • výkon sa akceptuje 1x pre ober v jednej lokalite (maxim. 4x za deň) • VŠZP akceptuje výkon aj v prípade odberu moču u imobilných a ťažko mobilných pacientov, ktorým sa poskytuje komplexná ošetrovateľská starostlivosť. • v prípade odberu moču a odberov zo všetkých lokalít uvedených v znení výkonu v jeden deň sa výkon akceptuje v max. množstve 5x za deň.
3437	DOPRAVA BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU.	0,64	0,68		<ul style="list-style-type: none"> • u pacientov, u ktorých bol vykonaný ober biologického materiálu, jedenkrát na jedného pacienta

					<ul style="list-style-type: none"> • pokiaľ sa vykonáva viac odberov naraz v jednom zariadení (ZSS,DSS,DD) alebo na tej istej adrese, sa výkon sa akceptuje len 1x
3439	NÁVŠTEVA PACIENTA (KLIENTA) V PRACOVNOM ČASE.	4,30	4,88		<ul style="list-style-type: none"> • podľa Návrhu na poskytovanie domácej ošetrovateľskej starostlivosti • v prípade ošetrovania viacerých pacientov na jednom mieste (manželia, ZSS,DSS,DD, stacionárne,...) sa akceptuje výkon len 1x v daný deň
3440	NÁVŠTEVA MIMO RIADNEHO PRACOVNÉHO ČASU (OD 19.00 DO 7.00 HODINY V SOBOTU, V NEDELU A VO SVIATOK).	8,60	9,12		<ul style="list-style-type: none"> • podľa Návrhu na poskytovanie domácej ošetrovateľskej starostlivosti, ktorý musí okrem iného obsahovať zdôvodnenie indikácie poskytovania DOS mimo riadneho pracovného času od ošetrojúceho lekára. VŠZP zväží rozsah poskytovanej DOS, v nejasných prípadoch konzultuje potrebu poskytovania DOS mimo riadneho pracovného času s ošetroujúcim lekárom (tyka sa predovšetkým frekvencie 2-3x týždenne). • v prípade ošetrovania viacerých pacientov na jednom mieste (manželia, ZSS,DSS,DD, stacionárne,...) sa akceptuje výkon len 1x v daný deň
3441	NÁVŠTEVA PACIENTA V RIZIKOVÝCH SKUPINÁCH POPULÁCIE - KRÍZOVÁ INTERVENCIA PRI ZHORŠENÍ PSYCHICKÉHO STAVU PACIENTA.	5,50	5,83		<ul style="list-style-type: none"> • výkon sa akceptuje individuálne, v odôvodnených prípadoch po schválení VŠZP vopred a následnom zaznamenaní v dokumentácii - 1 x za výkon • výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonmi 3439, 3440
3447	PSYCHOSOMATICKÁ INTERVENCIA V TERMINÁLNOH STÁDIU ŽIVOTA.	2,59	2,75		<ul style="list-style-type: none"> • výkon sa akceptuje v odôvodnených prípadoch, pri naplnení obsahu výkonu a jeho zaznamenaní v dokumentácii - 1x M • výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonom 3449
3449	KONTINUÁLNA STAROSTLIVOSŤ O UMIERAJÚCEHO PACIENTA, ZA KAŽDÚ HODINU.	3,11	3,30		<ul style="list-style-type: none"> • výkon sa akceptuje v odôvodnených prípadoch, pri naplnení obsahu výkonu a jeho podrobnom zaznamenaní v dokumentácii - ak sestra ADOS zotrváva pri pacientovi minimálne 8 hod. denne. V takomto prípade sa výkon akceptuje za každú hodinu. • výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonom 3447, 3458,3461, 3406,3407, 3408, 3398, 3413, 3422A
3451	KONZULTÁCIA SESTRY O JEDNOM PACIENTOVI S OŠETRUJÚCIM LEKÁROM.	0,64	0,68		<ul style="list-style-type: none"> • 1 x mesačne alebo pri zmene zdravotného stavu vyzadujúcej konzultáciu s lekárom. Dôvod konzultácie s lekárom a výsledok konzultácie sestra zaznamená v dokumentácii pacienta • výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonom 3390, 3394
3452	POSKYTNUTIE PREDLEKÁRSKEJ POMOCI PRI NAHLÝCH STAVOCH OHROZUJÚCICH ŽIVOT.	6,49	6,88		<ul style="list-style-type: none"> • 1 x za výkon
3458	VERBÁLNA INTERVENCIA PACIENTA S ŤAŽKOSŤAMI U PACIENTA S NADOROVÝM OCHORENÍM.	4,79	5,08		<ul style="list-style-type: none"> • v odôvodnených prípadoch, pri naplnení obsahu výkonu a zaznamenaní v dokumentácii - 1x M • výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonmi 3449, 3447
3461	OŠETRENIE DUTINY ÚSTNEJ U ONKOLOGICKÉHO PACIENTA ALEBO U PACIENTA S IMUNODEFICIENTNÝM STAVOM.	3,99	4,23		<ul style="list-style-type: none"> • 1 x za výkon u imobilných pacientov. V Návrhu je potrebné uviesť popis lokálneho nálezu, indikáciu lokálnej liečby a frekvenciu ošetrovania od ošetrojúceho lekára. • výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonom 3449
3470	ODBORNÉ OŠETROVATELSKE PORADENSTVO ZAMERANÉ NA PREVENCIU ZÁPALOV, DODRŽIAVANIE ZÁSAD SPRÁVNEJ ŽIVOTOSPRÁVY (KOMPETENTNA AJ SESTRA).	1,60	1,70		<ul style="list-style-type: none"> • v odôvodnených prípadoch, podľa Návrhu na poskytovanie domácej ošetrovateľskej starostlivosti a po konzultácii s VŠZP - 1 x pre daného pacienta. • výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonmi 3396,3392A
3475	PSYCHOFYZICKÁ PRÍPRAVA RODIČKY NA POROD.	5,19	5,50		<ul style="list-style-type: none"> • výkon sa akceptuje v prípade indikácie a primeraného zdôvodnenia kapitujuceho gynekológa u poisteniek s obmedzenou hybnosťou a u imobilných poisteniek, ktoré sa nemôžu dostať do ambulancie.
3476	STAROSTLIVOSŤ O PACIENTKU V ŠESTONEDELI.	3,99	4,23		<ul style="list-style-type: none"> • výkon sa akceptuje v prípade indikácie a primeraného zdôvodnenia kapitujuceho gynekológa u poisteniek s obmedzenou hybnosťou a u imobilných poisteniek, ktoré sa nemôžu dostať do ambulancie
3635A	KONTROLA GLYKÉMIE GLUKOMEROM	0,96	1,02		<ul style="list-style-type: none"> • výkon sa akceptuje v akútnom prípade alebo v individuálne odôvodnených prípadoch, väčšina pacientov a ich príbuzných tento výkon zvládajú sami (zaučení v diabetologickej ambulancii) • výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonom 3434

3467	AKÚTNA POMOČ PRI PREKOTNOM PÓRODE A NÁSLEDNÉ ZABEZPEČENIE PÓRODNÍKA, MAX. 1x PO PÓRODE.	22,34	23,68	<ul style="list-style-type: none"> výkon sa akceptuje len pri prekotnom pôrode mimo zdravotníckeho zariadenia.
3468	OŠETRENIE NOVORODENCA BEZPROSTREDNE PO PREKOTNOM PÓRODE A OŠETRENIE PUPKA NOVORODENCA, MAX. 1x PO PÓRODE.	7,98	8,46	<ul style="list-style-type: none"> výkon sa akceptuje len pri prekotnom pôrode mimo zdravotníckeho zariadenia.
3469	SLEDOVANIE KLIENTKY PO PÓRODE VEDENOM MIMO LÓŽKOVÉHO ZDRAVOTNÍCKEHO ZARIADENIA, MERANIE KRVNÉHO TLAKU, PULZU, MAX. 1x PO PÓRODE.	0,96	1,02	<ul style="list-style-type: none"> výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonom 3407
3474	HYGIENA POŠVY ZA ÚČELOM LIEČEBNÝM.	0,73	0,77	<ul style="list-style-type: none"> 1 x za výkon výkon sa akceptuje v prípade indikácie a primeraného zdôvodnenia kapitujuceho gynekológa u poisteniek s obmedzenou hybnosťou a u imobilných poisteniek, ktoré sa nemôžu dostať do ambulancie
25A	SLEDOVANIE A KONTROLOVANIE KLINICKÉHO STAVU PACIENTA S TRVALOU POTREBOU UMELEJ PLÚCNEJ VENTILÁCIE V DOMÁCOM PROSTREDÍ	Cena platná do 31.12.2023	Cena platná od 1.1.2024	<ul style="list-style-type: none"> výkon trvá maximálne 8 hodín v rámci jedného dňa, maximálne 5 dní v týždni výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť v domácom prostredí pacienta alebo v zariadení sociálnej ochrany detí a sociálnej kurately, v ktorom je pacient umiestnený na základe súdneho rozhodnutia, zdravotná indikácia je zdôvodnená v zdravotnej dokumentácii, súčasťou zdravotnej dokumentácie je aj popis zdravotného výkonu a dĺžka jeho trvania, výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, výkon sa vykazuje samostatne, výkon sa vykazuje za každú aj začiatú hodinu s Dg Z99.1
Výkony z časti fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie vykonávané výhradne výhradne fyzioterapeutmi				
Cena za výkon				
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Cena výkonu v €		Pravidlá vykazovania a uznávania výkonov
509a	Mäkké a mobilizačné techniky na chrčtici, periférnych kĺboch a svaloch. Specializované liečebné výkony s cieľom upraviť funkčnú poruchu v oblasti pohybového systému (špeciálne mäkké techniky, PIR-postizometrická relaxácia, AGR-antigravitačná relaxácia, trakčné techniky, stretch and spray, banky), za jedno ošetrenie	3,51	3,72	<ul style="list-style-type: none"> výkon sa akceptuje v maximálnom počte 16-krát za 3 mesiace možná kombinácia s 513, 512, 522, 520 3 mesiace sa pre tento účel myslia tri kalendárne mesiace, bez možnosti presunu výkonov na ďalšie 3 kalendárne mesiace výkon sa neakceptuje v tesnej nadväznosti na kúpeľnú liečbu
512	Individuálna liečebná telesná výchova I. Individuálna LTV zameraná na zvýšenie svalovej sily a zlepšenie rozsahu pohybov s použitím jednoduchých metód. Aplikácia prvkov dýchacej cievnej a kondičnej pohybovej liečby, využitie náradia, závesovej postele, liečebná výchova k sebestačnosti a podobne	2,07	2,19	<ul style="list-style-type: none"> výkon sa akceptuje v maximálnom počte 30-krát za 3 mesiace na jednu diagnózu, možná kombinácia s 513 alebo 509a, 520 a 522 3 mesiace sa pre tento účel myslia tri kalendárne mesiace, bez možnosti presunu výkonov na ďalšie 3 kalendárne mesiace výkon sa neakceptuje v tesnej nadväznosti na kúpeľnú liečbu
513	Individuálna liečebná telesná výchova II. Individ. kombinovaná LTV zameraná na niekoľko cieľov, vyžadujúca mimoriadnu fyzickú a psychickú záťaž. Vzhľadom na povahu postihnutia si vyžaduje kombináciu viacerých postupov a metódik (napr. reedukáciu základných posturálnych funkcií (vertikalizáciu, nácvik transferov, výcvik neurogen. mechúra, výcvik s protézou, nácvik denných činností a pod.), za jedno cvičenie.	3,99	4,23	<ul style="list-style-type: none"> výkon sa akceptuje v maximálnom počte 30-krát za 3 mesiace na jednu diagnózu možná kombinácia s 512 alebo, 520, 522 a 509a 3 mesiace sa pre tento účel myslia tri kalendárne mesiace, bez možnosti presunu výkonov na ďalšie 3 kalendárne mesiace výkon sa neakceptuje v tesnej nadväznosti na kúpeľnú liečbu

520	Dychová gymnastika. Individuálna dychová gymnastika vrátane podporných ošetrovaní, trvanie najmenej 10 minút za jednu dychovú gymnastiku.	1,28	1,36	<ul style="list-style-type: none"> výkon sa akceptuje v maximálnom počte 30-krát za 3 mesiace možná kombinácia s 509a, 512, 513, 522 3 mesiace sa pre tento účel myslia tri kalendárne mesiace, bez možnosti presunu výkonov na ďalšie 3 kalendárne mesiace výkon sa neakceptuje v tesnej nadväznosti na kúpeľnú liečbu
522	Špeciálne polohovanie. Odborné preventívne a liečebné polohovanie tela a segmentov končatín s prípadným využitím polohovacích pomôcok	4,63	4,91	<ul style="list-style-type: none"> výkon sa akceptuje v maximálnom počte 30- krát za 3 mesiace 3 mesiace sa pre tento účel myslia tri kalendárne mesiace, bez možnosti presunu výkonov na ďalšie 3 kalendárne mesiace Výkon sa neakceptuje pri Dg R26 výkon sa neakceptuje v tesnej nadväznosti na kúpeľnú liečbu
	<ul style="list-style-type: none"> Pri jednorazovom poskytnutí zdravotnej starostlivosti ADOS a pri poskytnutí izolovaných výkonov u pacientov, ktorým sa neposkytuje iná ošetrovateľská starostlivosť prostredníctvom sestry ADOS, poisťovňa nepožaduje dokumentáciu, ktorá je obsahom výkonu 3390 (Príjem pacienta do ADOS a odobratie sesterskej anamnézy) 3393 (Vypracovanie plánu komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti) a 3395 (Vyhodnotenie KOS a záverečná správa) a zároveň neuhrádza výkony 3390, 3393 a 3395 na základe verejného zdravotného poistenia. V prípade vopred plánovaného podávania infúzií 5 a viac krát a prijatím poistenca do starostlivosti ADOS s realizovaním výkonu 3390, 3393 a zahájením podávania infúzií s následným neočakávaným prerušením z dôvodu úmrtia alebo hospitalizácie poistenca, poskytovateľ ku faktúre priloží záverečnú správu, ktorá obsahuje vyhodnotenie výsledkov ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá bola poskytovaná, dôvod ukončenia a dátum posledného ošetrovania. V prípade nejasnosti a nezrovnalosti vzniknutej pri nepriamej revízií na základe dostupných podkladov je na požiadanie rev. pracovníka potrebné predložiť fotodokumentáciu dekubitu alebo nehojacej sa rany s uvedením lokalizácie, identifikačných údajov pacienta a dátumom vyhodnotenia. Sestra poskytujúca ošetrovateľskú starostlivosť poistencom spĺňa požiadavky Výnosu Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno - technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v znení neskorších predpisov, pričom sestra (nie odborný garant), na ktorú sa vzťahuje podmienka 5 ročnej odbornej praxe spĺňa odbornú prax sestry v odboroch, ktoré súvisia s výkonom príslušných pracovných činností zdravotníckeho pracovníka u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Poskytovateľ je povinný nahlasíť VŠZP kódy všetkých zamestnancov ADOS, ktorí poskytujú zdravotnú starostlivosť s následným vykázaním k úhrade do VŠZP, to znamená kmeňových zamestnancov aj zamestnancov, ktorí poskytujú zdravotnú starostlivosť len v prípade nutnosti zastupovania kmeňového zamestnanca. Zastupujúca sestra musí spĺňať podmienku odbornej spôsobilosti v zmysle Výnosu Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno - technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v znení neskorších predpisov. Poskytovateľ domácej ošetrovateľskej starostlivosti predkladá poisťovní Návrh na poskytovanie domácej ošetrovateľskej starostlivosti na tlačíve, ktorého vzor je zverejnený v Odbornom usmerení MZ SR o vedení zdravotnej dokumentácie, príloha č. 15. V Návrhu uvedie aktuálne bydlisko pacienta (napr. prechodné) a ak sa poistenec nachádza v ZSS, tak adresu a názov príslušného zariadenia sociálnych služieb. Návrhy predkladá spolu s faktúrou za príslušné zúčtovacie obdobie. Návrhy, prípadne lekárske správy, tvoria prílohu k faktúre v súboroch, ktoré poskytovateľ zasiela elektronicky výlučne prostredníctvom ePobočky spolu s faktúrou za príslušné zúčtovacie obdobie. Prílohy PZS zasiela jednotlivo na každého poistenca s označením priezviska, mena, rokom narodenia, obdobím, zoradené v abecednom poradí (napr. Novák Ján, 1943,2022-03). Je možné zaslať aj viac súborov v závislosti od množstva vykázaných poistencov. Povinnou prílohou faktúry sú aj dávkvy vykázané podľa platného dátového rozhrania. Na každú sestru poskytujúcu ošetrovateľskú starostlivosť alebo fyzioterapeuta poskytujúceho rehabilitačnú starostlivosť, poistencom VŠZP, poskytovateľ zasiela samostatnú dávkvu, v ktorej je zdravotná starostlivosť vykázaná pod kódom ošetrujúcej sestry alebo fyzioterapeuta prideleným ÚDZS. Pri nahrazení jednotlivých poistencov v dávke uvedie aktuálny Dátum vystavenia žiadanky. Návrh musí byť riadne vyplnený, zdôvodnený a potvrdený. Frekvencia realizácie výkonov musí byť jasne definovaná. Napríklad uvedenie frekvencie „denne“ znamená 7 krát za týždeň; uvedenie frekvencie „obedeň“ alebo „každý druhý deň“ znamená pondelok, streda, piatok, štvrtok, sobota,.... Frekvencia 3xT, znamená pondelok, streda, piatok a frekvencia 5xT, znamená pondelok až piatok, ak indikujúci lekár nepožaduje realizovanie výkonov v iné dni v týždni, ktoré uvedie v Návrhu. Ak poskytovanie domácej ošetrovateľskej starostlivosti navrhuje všeobecný lekár poistenca, Návrh zdôvodní, podpíše a potvrdí pečiatkou všeobecný lekár poistenca. Ak poskytovanie domácej ošetrovateľskej starostlivosti navrhuje v lekárskej správe iný ošetrujúci lekár poistenca, všeobecný lekár následne po posúdení zdravotného stavu poistenca rozhodne o potvrdení, resp. nepotvrdení Návrhu. V prípade rozhodnutia o potvrdení Návrhu všeobecný lekár Návrhu zdôvodní, podpíše a potvrdí od tlačítkom svojej 			

pečiatky.

- V Návrhu je uvedená špecifická miera potreby zdravotnej starostlivosti:
A – druh a výsledná hodnota vybranej hodnotiace škály, na základe ktorej bol definovaný poistenec ako osoba s rizikom destabilizácie zaradená do kategórie A
B a C – príslušné diagnózy a výkony, na základe ktorých bol definovaný poistenec ako osoba s mierou potreby zdravotnej starostlivosti zaradená do kategórie B alebo osoba s vysokou potrebou zdravotnej starostlivosti zaradená do kategórie C. Hodnotiace škály sú súčasťou ošetrovateľskej dokumentácie a nie je potrebné ich zasielať zdravotnej poisťovni.
- Poskytovateľ domácej ošetrovateľskej starostlivosti predkladá poisťovní Návrh na poskytovanie domácej ošetrovateľskej starostlivosti spolu s príslušnými dokladmi pri prijatí pacienta do ADOS a následne len v prípade:
 - ošetrovania 3 a viac kožných defektov
 - ošetrovania 3 a viac stômií. Tiež pri ošetrovaní stomie dlhšie ako 3M
 - podávania infúzie dlhšie ako 1 hod.
 - podávania sc. inj. viac ako 3x
 - podávania im, ic. inj. dlhšie ako 1 M (výskyt viac ako 31 dní aj keď vykazované 3xT.)
 - potreby rehabilitačnej starostlivosti dlhšie ako 3M – (viac ako 92 dní aj keď 3xT)
 - vykázaná výkonnosť 3398, 3399A (u muža), 3407, 3428, 3441, 3447, 3449, 3461, 3635A
 - požiadania revíznym pracovníkom
- Poisťovňa akceptuje Návrh na poskytovanie domácej ošetrovateľskej starostlivosti na obdobie 3 mesiacov. Ak po 3 mesiacoch zdravotný stav poistenca vyžaduje pokračovanie poskytovania domácej ošetrovateľskej starostlivosti, je potrebný nový Návrh.
- VŠZP neakceptuje vykázanú ošetrovateľskú starostlivosť prostredníctvom ADOS alebo iného poskytovateľa ošetrovateľskej starostlivosti u poistenca v zmluvnom zariadení sociálnej pomoci, výkony fyzioterapie akceptuje len v prípade, že ZSS nedisponuje fyzioterapeutom, nejde o chronický stabilizovaný stav a výkony sú indikované v zmysle zmluvy.
- Poskytovateľ zasiela do poisťovne len jednu faktúru za mesiac, ktorá obsahuje riadnu faktúru za dané obdobie, prípadne aj opravné a aditívne dávk. Výnimku tvoria faktúry za EU poisťencov, UT poisťencov a bezdomovcov, ktoré sa zasielajú samostatne.
- Príplatok k ošetrovateľským výkonom u imobilných poisťencov, u poisťencov s obmedzenou hybnosťou, u poisťencov s psychiatrickou diagnózou, u mentálne retardovaných poisťencov a u detí do 7 rokov veku je zahrnutý v cene výkonu.
- Poisťovňa uhrádza výkony špecializačného odboru fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia (ďalej len „FBLR“) č. 509a, 512, 513, 520, 522 poskytované v rámci domácej ošetrovateľskej starostlivosti pri splnení nasledovných podmienok:
 - a. poskytovanie výkonov navrhuje lekár so špecializáciou v odbore FBLR (v zmluvnom vzťahu s poisťovňou). Indikáciu primerane zdôvodní, uvedie frekvenciu a predpokladanú dĺžku poskytovania výkonov,
 - b. výkony FBLR realizuje fyzioterapeut,
 - c. poisťovňa akceptuje Návrh na poskytovanie výkonov špecializačného odboru FBLR najviac na obdobie 3 mesiacov. Ak zdravotný stav poistenca vyžaduje pokračovanie poskytovania domácej ošetrovateľskej starostlivosti, je potrebný nový Návrh, v ktorom ošetrujúci lekár vyhodnotí efektivitu predchádzajúcej starostlivosti a v zdôvodnení uvedie očakávaný efekt pri pokračovaní poskytovania výkonov FBLR,
 - d. u chronických, dlhodobu stabilizovaných stavov poisťovňa uhrádza v prípade potreby ošetrovateľskú rehabilitáciu. V prípade indikácie výkonov FBLR u týchto poisťencov, poisťovňa požaduje osobitné zdôvodnenie lekára so špecializáciou v odbore FBLR, s uvedením očakávaného efektu v porovnaní s prínosom ošetrovateľskej rehabilitácie.

1.2. Hodnotiace parametre

Parameter	Kritérium splnenia	Pásma plnenia parametra	Váha
Výkonový mix	Ukazovateľ porovnáva rôznorodosť výkonov poskytovaných konkrétnym poskytovateľom v porovnaní so všetkými poskytovateľmi domácej ošetrovateľskej starostlivosti.	(plní/ neplní)	$v_1=25\%$
Náklady na poskytnutú zdravotnú starostlivosť	Skutočné náklady na jednu návštevu. Vo výpočte sa zohľadňuje rizikovosť pacientov vo vzťahu k nákladom u každého PZS cez indexy a to na základe veku a pohlavia. Z výpočtu sa vylučuje 1 % najdrahších poistencov.	(plní/ neplní)	$v_2=25\%$
Personálne zabezpečenie	Poskytovateľ zabezpečuje dostupnosť ošetrovateľskej starostlivosti prostredníctvom aspoň 2 sestier na plný úväzok, pričom z toho je odborný zástupca zamestnaný na 1,00 úväzku.	(plní/ neplní)	$v_3=15\%$
Geografická dostupnosť	Poisťovňa vyhodnocuje počet obcí, ktoré patria do spádovej oblasti vyhodnocovanej ADOS na základe stratifikačnej adresy (adresa prechodného pobytu / adresa trvalého pobytu).	(plní/ neplní)	$v_4=25\%$
Parameter - ePobočka	Poskytovateľ zasiela všetky dávky vrátane faktúr a návrhy (vrátane všetkých súvisiacich/ sprievodných dokumentov) za ošetrovateľskú starostlivosť cez ePobočku.	(plní/ neplní)	$v_5=10\%$
Spolu			100%

1.3. Cena dopravy

Pevná cena dopravy za kilometer jazdy

Označenie	Cena km v € do 31.12.2023	Cena km v € od 1.1.2024
typ prevozu ADOS - pevná cena za každý kilometer jazdy od miesta prevádzky, ak je doprava vykonaná v dosahu 0-60 km od miesta prevádzky agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti	0,30	0,35
typ prevozu ADOS - pevná cena za každý kilometer jazdy od miesta prevádzky, ak je doprava vykonaná v dosahu 61 km a viac od miesta prevádzky agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti	0,15	0,175

Spôsob vykazovania typu prevozu ADOS:

preprava zdravotníckeho pracovníka (sestra agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti) osobným motorovým vozidlom na návštevu pacienta v domácom alebo v inom prirodzenom prostredí, v ktorom je osoba umiestnená. Vykazuje sa skutočný počet kilometrov od miesta prevádzky agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti do miesta poskytnutia ošetrovateľskej starostlivosti pacientovi, vždy so samostatným číslom jazdy.

Ak sú na jednom mieste ošetrovaní viacerí poistenci iba jednej zdravotnej poisťovne, vykazuje sa príslušný počet kilometrov do príslušnej zdravotnej poisťovne na jedno rodné číslo poistenca. Ostatní poistenci v rámci jednej návštevy sa už nevykazujú.

Ak sú na jednom mieste ošetrovaní viacerí poistenci viacerých zdravotných poisťovní, vykazuje sa príslušný počet kilometrov na jedného poistenca do každej zdravotnej poisťovne. Ostatní poistenci v rámci jednej návštevy sa už nevykazujú.

Cesta späť do východiskovej stanice sa nehradí.

Poskytovateľ vykazuje pevnú cenu dopravy za jeden kilometer jazdy osobným motorovým vozidlom za ošetrovateľskú starostlivosť v dátovom rozhraní pre Dopravu a v súlade s opatrením MZ SR č. 07045/2003 – OAP z 30. decembra 2003.

**Príloha č. 1c
k Zmluve č. 11KSTA002922**

Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti

Časť A. Ambulantná zdravotná starostlivosť

ČI. I Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (všeobecné ustanovenia)

1. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

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

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

1. Mobilný hospic (typ ZS 104)

1.1. Úhrada za výkon návštevy osoby v paliatívnej starostlivosti

Pevná cena za výkon návštevy osoby v paliatívnej starostlivosti			
Kód výkonu	Názov výkonu	Cena v € platná do 31.12.2023	Cena v € platná od 1.1.2024
25M	Návšteva osoby v paliatívnej starostlivosti v jej domácom alebo inom prirodzenom prostredí	58	61
Podmienky úhrady výkonu: <ul style="list-style-type: none"> - výkon je realizovaný lekárom a sestrou mobilného hospicu vo frekvencii najviac 8 návštev/ osobu za 12 kalendárnych mesiacov, okrem prípadu, ak so zvýšením počtu návštev súhlasila zdravotná poisťovňa, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, vykazuje sa s Dg Z51.5 			

1.2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

Cena za výkon		
Zoznam výkonov – domáca ošetrovateľská starostlivosť		
Kód výkonu	Názov výkonu	Cena výkonu v €
		Pravidlá vykazovania a uznávania výkonov
3390	PRÍJEM PACIENTA (KLIENTA) DO ADOS A ODOBRA Tie SESTERskej ANAMNÉZY (OŠETROVATEĽSKÝ ASSESMENT).	3,61
3392A	POUČENIE PRÍBUZNÝCH ALEBO ČLENOV KOMUNITY.	1,70
3393	VYPRACOVANIE PLÁNU KOMPLEXNEJ OŠETROVATEĽSKÉJ STAROSTLIVOSTI (ĎALEJ LEN "KOS").	7,24
3394	PRIEBEŽNÉ HODNOTENIE KOS A ZMENA PLÁNU OŠETROVATEĽSKÉJ STAROSTLIVOSTI VRÁTANE DOKUMENTÁCIE A KONZULTÁCIE S OŠETRUJÚCIM LEKÁROM.	7,82
3395	VYHODNOTENIE KOS A ZÁVEREČNÁ SPRÁVA.	5,44

- 1 x pri prijatí pacienta do mobilného hospicu a pri prerušení ošetrovateľskej starostlivosti cestou mobilného hospicu na dlhšie ako 3 mesiace

- výkon sa neakceptuje pri jednorazovom a izolovanom výkone (napr. odbery krvi, resp. iného biologického materiálu, podanie i.m. injekcie - napr. pri dlhodobu aplikovanej inj B12 1x mesačne) a v kombinácii s výkonmi 3394, 3407 (zmeranie TK, TT a P je zahrnuté vo výkone 3390), 3451

- výkon sa akceptuje pri 5 a viac násobnom podaní infúzií v mesiaci (pri úmrtí poistenca alebo inom neplánovanom prerušení podávania infúzií, ktoré boli podľa Návrhu indikované v množstve 5 a viac krát VŠZP výkon 3390 akceptuje)

- výkon sa akceptuje v prípade prijatia poistenca do mobilného hospicu fyzioterapeutom, pričom fyzioterapeut vyhotoví Vstupné posúdenie pacienta na účely poskytnutia rehabilitačnej starostlivosti indikovanej rehabilitačným lekárom (subj. a obj. posúdenie, prípadne ďalšie posúdenie v súvislosti s dg., napr. rozsah pohybu a svalovej sily)

- 1 x pri prijatí pacienta do mobilného hospicu a pri prerušení ošetrovateľskej starostlivosti cestou mobilného hospicu na dlhšie ako 3 mesiace alebo pri závažnej zmene zdravotného stavu

- výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonom 3470

- 1 x pri prijatí pacienta do mobilného hospicu, pri prerušení ošetrovateľskej starostlivosti cestou mobilného hospicu na dlhšie ako 3 mesiace a v prípade, že došlo k výraznej zmene zdravotnej starostlivosti

- výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonom 3394

- výkon sa neakceptuje pri jednorazovom výkone a pri výkonoch podávania injekcií (3416, 3418), infúzií (menej ako 5 krát, 3419, 3420), ak sa iná ošetrovateľská starostlivosť pacientovi neposkytuje

- 1 x mesačne so zaznamenaním vývoja zdravotného stavu a plánu ošetrovateľskej starostlivosti a so zaznamenanou konzultáciou lekára (v takom prípade najskôr 1 mesiac po prijatí pacienta do mobilného hospicu) a pri vyhotovení Návrhu na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti z dôvodu potreby predĺženia ošetrovateľskej starostlivosti

- Výkon v zmysle jeho znenia je zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii mobilného hospicu. Pribežné hodnotenie je súčasťou zdravotnej dokumentácie a nie je potrebné ho zasielať zdravotnej poisťovni.

- výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonmi 3451, 3390, 3393

- výkon sa neakceptuje pri jednorazovom výkone a pri výkonoch podávania injekcií (3416, 3418), odberov biologického materiálu (3433, 3434, 3436, 3437), infúzií (menej ako 5 krát, 3419, 3420), ak sa iná ošetrovateľská starostlivosť pacientovi neposkytuje a v prípade ak nenastala zmena plánu KOS

- 1 x pri ukončení poskytovania ošetrovateľskej/rehabilitačnej starostlivosti cestou mobilného hospicu a vykazaní v posledný deň poskytnutia ošetrovateľskej/rehabilitačnej starostlivosti. V prípade predčasného ukončenia pri výkonoch 3419, 3420 mobilný hospic predloží záverečnú správu, ktorá obsahuje: vyhodnotenie výsledkov ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá bola poskytovaná, dôvod ukončenia a dátum posledného ošetrovania

3396	ODBORNÝ NÁCVIK POTREBNÝCH VÝKONOV PRI OŠETROVANÍ CHORÉHO V DOMÁCNOSTI	5,50	<ul style="list-style-type: none"> - výkon sa neakceptuje pri jednorazovom výkone a v kombinácii s výkonmi 3416,3418,3419,3420, pokiaľ sa iná ošetrovateľská starostlivosť neposkytovala a jedná sa o jednorazové výkony - výkon je opodstatnený v prípadoch, kde je možné zo strany rodiny pacienta ďalej samostatne uskutočňovať navčienený výkon. - 3 x v danom prípade, u zložitejších výkonov (napr. odsávanie, ošetrovanie kolostómie) sa stanoví počet po individuálnom posúdení predložených dokladov ku revízií a konzultácii s VŠZP, V návrhu je potrebné uviesť výkon, ktorý bude predmetom návštevy. - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonom 3421 pokiaľ pôjde o návčik podávania inzulinu, Fraxiparinu (Clexane a pod.)
3398	OŠETROVATEĽSKÁ HYGIENA.	5,50	<ul style="list-style-type: none"> - výkon sa akceptuje u imobilných, inkontinentných pacientov s 3. stupňom inkontinencie a dekubitom alebo ranou v oblasti postihnutej inkontinenciou 1 x pri návšteve pacienta, v prípade, že oblasť je pospínaná stolicou a močom. V návrhu je potrebné uviesť diagnózu inkontinencie 3 stupňa. - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonom 3410, pokiaľ ide o tú istú lokalitu. Tiež sa neakceptuje v ZSS,DSS, DD, kde hygienu zabezpečuje personál.
3399A	STAROSTLIVOSŤ O CHORÉHO S PERMANENTNÝM KATÉTROM VRÁTANE VÝMENY PERMANENTNEHO KATÉTRA U ŽENY.	5,50	<ul style="list-style-type: none"> - výkon sa akceptuje len v prípade výmeny PK u ženy alebo v prípade defektu kože v oblasti ústia PK do moč. rúry s ošetrovaním, ktoré je ordinované lekárom - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonmi: 3431, 3409
3399B	STAROSTLIVOSŤ O KAVALNÝ KATÉTER A INTRAVENÓZNU KANYLU, PRAVIDELNE PREVAZOVANIE A DEZINFEKCIA.	2,05	<ul style="list-style-type: none"> - 1 x za výkon, maximálne 1 x D
3399C	STAROSTLIVOSŤ O EZOTRACHEÁLNU, NASOTRACHEÁLNU A TRACHEOST. KANYLU.	2,05	<ul style="list-style-type: none"> - 1 x za výkon - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonom 3411 a v kombinácii s výkonmi 3423A, 3423B (pri tej istej lokalizácii)
3399D	STAROSTLIVOSŤ O EPIDURÁLNU KATÉTER.	4,13	<ul style="list-style-type: none"> - výkon sa v súčasnosti realizuje už len u hospitalizovaných pacientov
3401A	STAROSTLIVOSŤ O VÝŽIVU V PRISLUŠNEJ KVALITE A KVANTITE, VYPRACOVANIE INDIVIDUÁLNEHO DIETNEHO REŽIMU, JEDEN RAZ PRE JEDNÉHO PACIENTA.	3,11	<ul style="list-style-type: none"> - výkon sa akceptuje v prípade naplnenia jeho obsahu a zaznamenania v dokumentácii 1 x u daného pacienta za podmienky, že takýto výkon nebol uhradený ošetrovateľmu lekárovi
3402	VÝŽIVA BEZVLÁDNEHO PACIENTA, ZA JEDEN VÝKON.	0,96	<ul style="list-style-type: none"> - výkon je určený pre sestry starajúce sa o hospitalizovaných pacientov. Kŕmenie pacienta je potrebné vykonávať minimálne 4 až 6 x denne. Pokiaľ má pacient závažné poruchy prehĺtania s hrozbou aspirácie, podávanie stravy per os v domácom prostredí sa väčšinou neodporúča
3404	VÝŽIVA PACIENTA SONDOU, ZA JEDEN VÝKON.	1,36	<ul style="list-style-type: none"> - 1 x za výkon a pri výmene NGS sondy. V prípade možnosti je potrebné poskytnúť odborný návčik príbuzným - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonmi 3402, 3427
3405	OČISTNÁ KLZMA	4,40	<ul style="list-style-type: none"> - podľa ordinácie lekára, 1 x za výkon
3406	KONTINUÁLNE SLEDOVANIE KLINICKEHO STAVU PACIENTA (MERANIE TK, PULZU, DYCHOVEJ FREKVENCIE, TELESNEJ TEPLITY, PRÍJEM A VÝDAJ TEKUTIN, STOLICE A SLEDOVANIE INÝCH FUNKCÍJ PODĽA ORDINÁCIE LEKÁRA), ZA KAŽDÉ DVE HODINY.	3,38	<ul style="list-style-type: none"> - zdravotná starostlivosť poskytovaná mobilným hospicom je ambulantná starostlivosť a poskytuje sa pacientom, ktorí nevyžadujú kontinuálne sledovanie všetkých uvedených parametrov každé 2 hodiny sestrou mobilného hospicu
3407	ODMERANIE KRVNÉHO TLAKU, PULZU A TEPLITY.	1,02	<ul style="list-style-type: none"> - podľa ordinácie lekára s osobitným odôvodnením - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonmi 3424, 3469; 3418, 3420, 3419, 3390 a ako samostatný výkon 3407 spojený len s výkonom návštevy pacienta

3408	SLEDOVANIE DIURÉZY, ZA KAŽDÝCH 12 HODÍN.	0,85	- výkon sa akceptuje len v lekárom osobitne odôvodnených prípadoch, kde sestra navštívi pacienta každých 12 hodín a zavedie presnú evidenciu sledovania diurézy (pozitívna alebo neg. bilanc. tekutín) a výkon podrobne zaznamená do dokumentácie pacienta
3409	CIEVKOVANIE ŽENY.	2,20	- podľa ordinácie lekára, 1x za výkon - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonom 3399A
3410	VÝMENA STOMICKÉHO SETU S NASLEDNOU TOALETOU PRI STÓMIACH.	2,75	- 1 x pri návšteve pacienta po dobu 3 mesiacov - pri nefrostomických drénoch sa akceptuje ošetrovanie max 3 x týždenne a pri urostomických setoch a epicystostómii sa akceptuje ošetrovanie max. 1x d. V prípade možnosti je potrebné poskytnúť odborný nácvik príbuzným. V individuálnych prípadoch, po medicínskom zdôvodnení v Návrhu a súhlase VŠZP je možné poskytovať výkon dlhšie obdobie, ktoré bude stanovené pri revízií. Výkon sa akceptuje aj v prípade ošetrovania stómie u pacientov s PEG.
3411	ČISTENIE TRACHEÁLNEJ KANYLY.	0,85	- výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonom 3398, 3423A, 3423B (pri tej istej lokalizácii) - 1 x za výkon
3413	APLIKÁCIA NEINJEKČNEJ LIEČBY.	0,74	- 1 x za výkon, pokiaľ sa vyžaduje v spojitosti s výkonmi prevádzovania rán, ošetrovania intertriga, psoriázy (na nedostup. miestach u pacienta s KOS) a v prípade lymfedeému. V prípade rán sa výkon akceptuje jeden krát pre rany v jednej lokalite. Pri viacerých malých ranách v jednej lokalite prekrývaných jedným krytím sa akceptuje vykazanie 1 x v jednej lokalite. V individuálnych prípadoch - pri viacpočetných ranách v rôznej lokalite, sa akceptuje výkon pre každú ranu 1x pri návšteve. V prípade, že ide o cirkulárny defekt na predkolení, VŠZP akceptuje výkon 3413 2x pri jednom cirkulárnom defekte. - V prípade možnosti je potrebné poskytnúť odborný nácvik príbuzným - výkon sa neakceptuje v spojitosti s dávkovaním a podávaním liekov per os, aplikáciou analgetických masťí a gélov, transdermálnej náplaste, kvapiek, liečbou biolampou a v kombinácii s výkonmi: 3422A (pokiaľ ide o masážne prípravky), 3422B, 3422C
3414	APLIKÁCIA TERAPEUTICKÉHO CELOTELOVÉHO ZÁBALU ALEBO LIEČIVÉHO KÚPEĽA.	1,19	- 1 x za výkon - výkon sa akceptuje len v prípade kožných ochorení na celom povrchu tela, pri hyperpyrexii a v individuálnych prípadoch, pri vredoch DK s indikáciou liečivého kúpeľa v roztoku (napr. hypermangánu) u pacientov, ktorí nie sú schopní si zabezpečiť kúpeľ sami alebo prostredníctvom osôb, ktoré sa o nich starajú
3416	APLIKÁCIA LIEČIVA INTRAMUSKULÁRNE, S.C., I.C.	1,38	- 1 x za výkon pri potrebe viacnásobného podávania injekcií u imobilných a ťažko mobilných pacientov na základe ordinácie lekára. V návrhu je potrebné uviesť názov liečiva, množstvo a frekvenciu podania injekcií za stanovené obdobie. Pri akceptácii úhrady výkonu sa postupuje v zmysle platnej legislatívy. VŠZP akceptuje výkon aplikácie liečiva alebo lieku pokiaľ bude ordinované v zmysle platnej legislatívy a uvedené na tlačive Návrhu alebo odbornom lekárom náleze. V prípade, že bude zapísané len na odbornom lekárom náleze, bude na Návrhu uvedené, že príslušné liečivo, prípadne lieky sestra mobilného hospicu podáva podľa ordinácie ošetrojúceho lekára (napr. chirurga) a odborný nález bude priložený k Návrhu. V opačnom prípade nebude výkon aplikácie liečiva alebo lieku akceptovaný. V prípade, že lekár ordinuje liečivo alebo liek na vlastnú žiadosť poisťovne, ktorý si ho uhrádza ani výkon jeho podania nebude uhrádzaný z prostriedkov VZP. Jednorazové podanie inj. sa akceptuje len u pacientov, ktorým sa poskytuje KOS
3418	APLIKÁCIA LIEČIVA INTRAVENÓZNE.	1,70	- V prípade predpokladu viacnásobného podávania injekcií v priebehu 3 mesiacov odôvodneného v Návrhu, VŠZP akceptuje Návrh vystavený na obdobie 3 mesiacov. - Výkazovanie výkonu súvisiaceho s podaním konkrétneho liečiva po zaučení príbuzných, ktorí sú pri poisťovni prítomní, nebude VŠZP akceptované. - 1 x za výkon pri potrebe viacnásobného podávania injekcií u imobilných a ťažko mobilných pacientov na základe ordinácie lekára. V Návrhu je potrebné uviesť názov liečiva, množstvo a frekvenciu podania injekcií za stanovené obdobie. Pri akceptácii úhrady výkonu sa postupuje v zmysle platnej legislatívy. VŠZP akceptuje výkon aplikácie liečiva alebo lieku pokiaľ bude ordinované v zmysle platnej legislatívy a

3419	PRÍPRAVA A PODÁVANIE INFÚZIE.	3,42	<p>uvedené na tlačive Návrhu alebo odbornom lekárskom náleze. V prípade, že bude zapísané len na odbornom lekárskom náleze, bude na Návrhu uvedená, že príslušné liečivá, prípadne lieky sestry mobilného hospicu podáva podľa ordinácie ošetrojúceho lekára (napr. chirurga) a odborný nález bude priložený k Návrhu. V opačnom prípade nebude výkon aplikácie liečiva alebo lieku akceptovaný. V prípade, že lekár ordinuje liečivo alebo liek na vlastnú žiadosť poisťovne, ktorý si ho uhrádza ani výkon jeho podania nebude uhrádzaný z prostriedkov VZP.</p> <p>- jednorazové podanie inj. sa akceptuje len u pacientov, ktorým sa poskytuje KOS</p> <p>- výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonmi 3407, 3419, 3420A</p>
3420	SLEDOVANIE INFÚZIE, ZA KAŽDÚ HODINU.	5,83	<p>1 x za výkon. V prípade potreby viacnásobného podávania infúzií (minimálne 5 krát) ordinovanej lekárkou u jedného pacienta VŠZP akceptuje aj výkon 3390 a 3395</p> <p>- V návrhu je potrebné uviesť názov roztoku, koncentráciu, množstvo, frekvenciu a dĺžku podávania infúzneho roztoku za stanovené obdobie. Pri akceptácii úhrady výkonu sa postupuje v zmysle platnej legislatívy. VŠZP akceptuje výkon aplikácie lieku / infúzie pokiaľ bude ordinovaná v zmysle platnej legislatívy a uvedená na tlačive Návrhu alebo odbornom lekárskom náleze. V prípade, že bude zapísaná len na odbornom lekárskom náleze, bude na Návrhu uvedená, že príslušné lieky / infúzie sestry mobilného hospicu podáva podľa ordinácie ošetrojúceho lekára (napr. neurologa) a odborný nález bude priložený k Návrhu. V opačnom prípade nebude výkon aplikácie lieku / infúzie akceptovaný. V prípade, že lekár ordinuje lieky / infúzie na vlastnú žiadosť poisťovne, ktorý si ho uhrádza ani výkon jeho podania nebude uhrádzaný z prostriedkov VZP.</p> <p>- infúzne roztoky a nevykážu ho do poisťovne ako pripočítateľnú položku na svojej ambulancii, revíznym pracovník výkon podania infúzie schváli v prípade, že v Návrhu bude riadne uvedený názov, koncentrácia, množstvo, frekvencia a dĺžka podávania infúzneho roztoku.</p> <p>- V prípade predpokladu viacnásobného podávania infúzií v priebehu 3 mesiacov odôvodneného v Návrhu, VŠZP akceptuje Návrh vystavený na obdobie 3 mesiacov.</p> <p>- výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonmi 3407 (samotný výkon v sebe zahŕňa meranie fyziologických funkcií), 3418</p>
3420A	PODÁVANIE LIEČIVA INFÚZNOU PUMPOU.	1,02	<p>- 1 x za výkon</p> <p>- výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonmi 3407 (samotný výkon v sebe zahŕňa meranie fyziologických funkcií), 3418</p>
3421	NÁCVIK PODÁVANIA INZULÍNU.	2,20	<p>- výkon je opodstatnený v prípadoch, kde je možné zo strany pacienta alebo rodiny pacienta ďalej samostatne uskutočňovať navrhovaný výkon</p> <p>- 3 x (návštev sa vo väčšine prípadov začína už v nemocnici alebo v diabetologickej ambulancii po nastavení pacienta na inzulín). Výkon sa akceptuje aj v prípade návštev aplikácie iných s. c. injekcií (Fraxiparinu, Clexane, Mycalcic a pod.). V prípade potreby po individuálnom zhodnotení stavu a konzultácii s VŠZP sa množstvo daného výkonu môže upraviť</p> <p>- výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonom 3396</p> <p>- Vykazovanie výkonu súvisiaceho s podaním konkrétneho liečiva po zaučení príbuzných, ktorí sú pri poisťovni prítomní nebude VŠZP akceptované.</p>
3422A	OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ ZAMERANÁ NA PREVENCIU DEKUBITOV.	4,13	<p>- výkon sa akceptuje u imobilných pacientov 1 x pri návšteve pacienta,</p> <p>- výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonmi 3413 (ak ide o masážne prípravky), 3424 a výkonmi fyzioterapie</p>

3422B	OŠETRENIE DEKUBITU VEĽKOSTI DO 5 CM2 (ODSTRANENIE ZVÝŠKOV MASTI, ODUMRETÝCH TKANÍV, TOALETA, APLIKÁCIA LIEČIVA, PREVÁZ).	6,88	<ul style="list-style-type: none"> - V návrhu je potrebné uviesť okrem plánu starostlivosti aj výsledok hodnotenia rizika vzniku dekubitov pomocou Nortonovej škály. Výkon sa neakceptuje u pacientov umiestnených v ZSS, DSS, DD, stacionároch. - 1 x pri návšteve pacienta. - pri dekubite 1 st. sa výkon akceptuje aj v prípade, že rozmery dekubitu sú nad 5 cm² - Pri viacpočetných malých dekubitoch v jednej lokalite prekrývaných jedným krytím sa akceptuje vykázanie 1 veľkého dekubitu (3422C) v jednej lokalite. V individuálnych prípadoch - pri viacpočetných dekubitoch v rôznej lokalite, sa akceptuje výkon pre každý dekubit 1x pri návšteve. V návrhu je potrebné uviesť presný popis lokálneho nálezu a indikáciu lokálnej liečby od ošetrujúceho lekára - Popis lokálneho nálezu v návrhu obsahuje - lokalizáciu; veľkosť (dĺžka, šírka a v prípade, že sa nejedná o povrchový dekubit aj hĺbka); stupeň dekubitu (na začiatku starostlivosti); fáza hojenia - popis spodiny s uvedením charakteru a množstva exsudátu a okolie. V prípade výskytu viacerých dekubitov s neidentickou lokálnou liečbou, uviesť liečbu ku každému dekubitu - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonmi 3413, 3423A (ak ide o tú istú lokalizáciu)
3422C	OŠETRENIE DEKUBITU VEĽKOSTI NAD 5 CM2 (ODSTRANENIE ZVÝŠKOV MASTI, ODUMRETÝCH TKANÍV, TOALETA, APLIKÁCIA LIEČIVA, PREVÁZ).	9,62	<ul style="list-style-type: none"> - 1 x pri návšteve pacienta. V prípade, že pacient má viacpočetné alebo rozsiahle, hlboké dekubity v rôznej lokalite, sa po individuálnom posúdení zdravotného stavu pacienta akceptuje výkon viackrát pri 1 návšteve pacienta. V návrhu je potrebné uviesť presný popis lokálneho nálezu a indikáciu lokálnej liečby od ošetrujúceho lekára - Popis lokálneho nálezu v návrhu obsahuje - lokalizáciu; veľkosť (dĺžka, šírka a v prípade, že sa nejedná o povrchový dekubit aj hĺbka); stupeň dekubitu (na začiatku starostlivosti); fáza hojenia - popis spodiny s uvedením charakteru a množstva exsudátu a okolie. V prípade výskytu viacerých dekubitov s neidentickou lokálnou liečbou, uviesť liečbu ku každému dekubitu. - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonmi 3413, 3423B (ak ide o tú istú lokalizáciu).
3423	VÝPLACH OKA.	2,39	<ul style="list-style-type: none"> - 1 x za výkon
3423A	PREVÁZ RANY VEĽKOSTI DO 5 CM2.	4,13	<ul style="list-style-type: none"> - 1 x pri návšteve pacienta. Pri viacpočetných malých ranách v jednej lokalite prekrývaných jedným krytím sa akceptuje vykázanie 1 veľkej rany (3423B) v jednej lokalite. V individuálnych prípadoch - pri viacpočetných ranách v rôznej lokalite, sa akceptuje výkon pre každú ranu 1x pri návšteve. V návrhu je potrebné uviesť popis lokálneho nálezu a indikáciu lokálnej liečby od ošetrujúceho lekára - Popis lokálneho nálezu v návrhu obsahuje - lokalizáciu; veľkosť (dĺžka, šírka a v prípade, že sa nejedná o povrchovú ranu aj hĺbka); fáza hojenia - popis spodiny s uvedením charakteru a množstva exsudátu a okolie. V prípade výskytu viacerých rán s neidentickou lokálnou liečbou, uviesť liečbu ku každej rane. - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonmi 3422B a 3410 (ak ide o tú istú lokalizáciu) - výkon sa akceptuje aj pri výbere stehov z rany a v prípade ošetrovania rany hojacej sa per primam do výberu stehov (max.14 dní) - výkon sa neakceptuje v súvislosti s ošetrovaním intertriga, psoriázy a v prípade lymfedému
3423B	PREVÁZ RANY VEĽKOSTI NAD 5 CM2.	6,88	<ul style="list-style-type: none"> - 1 x pri návšteve pacienta. V návrhu je potrebné uviesť popis lokálneho nálezu a indikáciu lokálnej liečby od ošetrujúceho lekára - Popis lokálneho nálezu v návrhu obsahuje - lokalizáciu; veľkosť (dĺžka, šírka a v prípade, že sa nejedná o povrchovú ranu aj hĺbka); fáza hojenia - popis spodiny s uvedením charakteru a množstva exsudátu a okolie. V prípade výskytu viacerých rán s neidentickou lokálnou liečbou, uviesť liečbu ku každej rane. - V prípade, že pacient má viacpočetné alebo rozsiahle, hlboké rany, VŠZP po individuálnom posúdení zdravotného stavu pacienta akceptuje výkon viackrát pri 1 návšteve pacienta. V prípade, že ide o cirkulárny defekt na predkolení, VŠZP akceptuje výkon 3423B 2x pri jednom cirkulárnom defekte. - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonmi 3422C a 3410 (ak ide o tú istú lokalizáciu) - výkon sa neakceptuje v súvislosti s ošetrovaním intertriga, psoriázy a v prípade lymfedému

3424	OŠETROVATEĽSKÁ REHABILITÁCIA, TRVANIE NAJVIAC 30 MINÚT.	4,24	<ul style="list-style-type: none"> - výkon sa akceptuje u imobilných a ťažko mobilných pacientov 1 x pri návšteve pacienta - výkon sa akceptuje na obdobie maximálne 3 mesiacov. V návrhu je potrebné uviesť popis plánovanej RHB, pri predložení návrhu uviesť vyhodnotenie RHB vzhľadom k stanoveným cieľom a zdravotnému stavu poistenca a zdôvodnenie pre pokračovanie RHB. - výkon sa neakceptuje u pacientov v chronickom stabilizovanom stave, v kombinácii s výkonmi 3422A, 3407 (samotný výkon zahŕňa v sebe odmeranie tlaku pred a po RHB), 3407, 3413 (pokiaľ ide o masážne prípravky) a u pacientov po plánovaných TEP, u ktorých prebehla LTV v rámci hospitalizácie a prepustení boli chodiaci za pomoci bariel a u pacientov v tesnej nadväznosti na kúpeľnú liečbu
3426	ODSAVANIE PACIENTA.	1,40	<ul style="list-style-type: none"> - 1 x pri návšteve pacienta
3427	ODSATIE ŽALÚDOČNÉHO OBSAHU.	3,51	<ul style="list-style-type: none"> - 1 x za výkon - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonom 3404
3428	VYŠETRENIE MOČU INDIKÁTOROVÝM MEDIOM.	3,38	<ul style="list-style-type: none"> - 1 x za výkon podľa ord. lekára so zdôvodnením
3431	ASISTENCIA PRI VÝPLACHU MOČOVÉHO MECHÚRA	0,93	<ul style="list-style-type: none"> - výkon sa akceptuje v prípade potreby preplachu močového katétra ordinovaného lekárom 1 x za výkon, v prípade odstránenia permanentného močového katétra a ako asistencia lekárovi pri výplachu močového mechúra. - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonom 3399A (s výnimkou ošetrovania defektu kože v oblasti ústia PK do moč. rúry s ošetrovaním, ktoré je ordinované lekárom).
3432	PRÁCA SESTRY PRI DOMACEJ PERITONEÁLNEJ DIALÝZE.	5,84	<ul style="list-style-type: none"> - 1 x za výkon - výkon sa akceptuje na odporúčenie nefrológa, po individuálnom zhodnotení zdravotného stavu pacienta
3433	ODBER KRVÍ VENEPUNKCIOU DO JEDNEJ STRIEKAČKY ALEBO JEDNEJ ODB. SÚPRAVY.	5,34	<ul style="list-style-type: none"> - výkon sa akceptuje len u imobilných a ťažko mobilných pacientov, za jeden odber v jeden deň Výkon bude akceptovaný pri uvedení kódu indikujúceho (odosiatajúceho) lekára v dávke. - V prípade izolovaných výkonov odberu krvi sa prídanie výkonu 3407 nepovažuje za rozšírenie nad rámec izolovaných výkonov
3434	ODBER KAPILÁRNEJ KRVÍ.	0,85	<ul style="list-style-type: none"> - výkon sa akceptuje len u imobilných a ťažko mobilných pacientov, ktorým sa poskytuje komplexná ošetrovateľská starostlivosť a v osobitne odôvodnených prípadoch po schválení VŠZP vopred 1 x za výkon - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonom 3635A
3435	UMELÉ DÝCHANIE A MASÁŽ SRDCA.	6,88	<ul style="list-style-type: none"> - 1 x za výkon
3436	ODBERY: TT, TN, VÝTER Z REKTA, ODBER SPŮTA.	1,65	<ul style="list-style-type: none"> - výkon sa akceptuje len u imobilných a ťažko mobilných pacientov, ktorým sa poskytuje komplexná ošetrovateľská starostlivosť - výkon sa akceptuje 1x pre odber v jednej lokalite (maximum 4x za deň) - VŠZP akceptuje výkon aj v prípade odberu moču u imobilných a ťažko mobilných pacientov, ktorým sa poskytuje komplexná ošetrovateľská starostlivosť - v prípade odberu moču a odberov zo všetkých lokalít uvedených v znení výkonu v jeden deň sa výkon akceptuje v max. množstve 5x za deň
3437	DOPRAVA BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU.	0,68	<ul style="list-style-type: none"> - u pacientov, u ktorých bol vykonaný odber biologického materiálu, jedenkrát na jedného pacienta - pokiaľ sa vykonáva viac odberov naraz v jednom zariadení (ZSS,DSS,DD) alebo na tej istej adrese, sa výkon akceptuje len 1x
3439	NÁVŠTEVA PACIENTA (KLIENTA) V PRACOVNOM ČASE.	4,88	<ul style="list-style-type: none"> - podľa Návrhu na poskytovanie domácej ošetrovateľskej starostlivosti - v prípade ošetrovania viacerých pacientov na jednom mieste (manželia, ZSS,DSS,DD, stationára,...) sa akceptuje výkon len 1x v daný deň

3440	NÁVŠTEVA MIMO RIADNEHO PRACOVNÉHO ČASU (OD 19.00 DO 7.00 HODINY V SOBOTU, V NEDELU A VO SVIATOK).	9,12	- podľa Návrhu na poskytovanie domácej ošetrovateľskej starostlivosti, ktorý musí okrem iného obsahovať zdôvodnenie indikácie poskytovania DOS mimo riadneho pracovného času od ošetrojúceho lekára. VŠZP zväží rozsah poskytovanej DOS, v nejasných prípadoch konzultuje potrebu poskytovania DOS mimo riadneho pracovného času s ošetroujúcim lekárom (týka sa predovšetkým frekvencie 2-3x týždenne), v prípade ošetrovania viacerých pacientov na jednom mieste (manžela, ZSS, DSS, DD, stacionára, ...) sa akceptuje výkon len 1x v daný deň
3441	NÁVŠTEVA PACIENTA V RIZIKOVÝCH SKUPINÁCH POPULÁCIE - KRÍZOVÁ INTERVENČIA PRI ZHORŠENÍ PSYCHICKÉHO STAVU PACIENTA.	5,83	- výkon sa akceptuje individuálne, v odôvodnených prípadoch po schválení VŠZP vopred a následnom zaznamenaní v dokumentácii - 1 x za výkon - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonmi 3439, 3440
3447	PSYCHOSOMATICKÁ INTERVENČIA V TERMINÁLNOM ŠTÁDIU ŽIVOTA.	2,75	- výkon sa akceptuje v odôvodnených prípadoch, pri naplnení obsahu výkonu a jeho zaznamenaní v dokumentácii - 1x M - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonom 3449
3449	KONTINUÁLNA STAROSTLIVOSŤ O UMIERAJÚCEHO PACIENTA, ZA KAŽDÚ HODINU.	3,30	- výkon sa akceptuje v odôvodnených prípadoch, pri naplnení obsahu výkonu a jeho podrobnom zaznamenaní v dokumentácii - ak sestra mobilného hospicu zotrváva pri pacientovi minimálne 8 hod. denne. V takomto prípade sa výkon akceptuje za každú hodinu. - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonom 3447, 3458, 3461, 3406, 3407, 3408, 3398, 3413, 3422A
3451	KONZULTÁCIA SESTRY O JEDNOM PACIENTOVI S OŠETRUJÚCIM LEKÁROM.	0,68	- 1 x mesačne alebo pri zmene zdravotného stavu vyžadujúcej konzultáciu s lekárom. Dôvod konzultácie s lekárom a výsledok konzultácie sestra zaznamená v dokumentácii pacienta - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonom 3390, 3394
3452	POSKYTNUTIE PREDLEKÁRSKEJ POMOCI PRI NÁHLÝCH STAVOCH OHROZUJÚCICH ŽIVOT.	6,88	- 1 x za výkon
3458	VERBALNA INTERVENČIA PRI PSYCHOSOMATICKÝCH ŤAŽKOSTIACH U PACIENTA S NADOROVÝM OCHORENÍM.	5,08	- v odôvodnených prípadoch, pri naplnení obsahu výkonu a zaznamenaní v dokumentácii - 1x M - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonmi 3449, 3447
3461	OŠETRENIE DŮTNINY ÚSTNEJ U ONKOLOGICKÉHO PACIENTA ALEBO U PACIENTA S IMUNODEFICIENTNÝM STAVOM.	4,23	- 1 x za výkon u imobilných pacientov. V Návrhu je potrebné uviesť popis lokálneho nálezu, indikáciu lokálnej liečby a frekvenciu ošetrovania od ošetrojúceho lekára. - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonom 3449
3635A	KONTROLA GLYKÉMIE GLUKOMEROM	1,02	- výkon sa akceptuje v akútnom prípade alebo v individuálne odôvodnených prípadoch, väčšina pacientov a ich príbuzných tento výkon zvládajú sami (zaučení v diabetologickej ambulancii) - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonom 3434
3474	HYGIENA POŠVY ZA ÚČELOM LIEČEBNÝM.	0,77	- 1 x za výkon - výkon sa akceptuje v prípade indikácie a primeraného zdôvodnenia kapitujúceho gynekológa u poisteniek s obmedzenou hybnosťou a u imobilných poisteniek, ktoré sa nemôžu dostať do ambulancie
Výkony z časti fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie vykonávané výhradne fyzioterapeutmi			
Cena za výkon			
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Cena výkonu v €	Pravidlá vykazovania a uznávania výkonov
509a	Mäkké a mobilizačné techniky na chrbtici, periférnych kĺboch a svaloch, špecializované liečebné výkony s cieľom upraviť funkčnú poruchu v oblasti pohybového systému (špeciálne	3,72	- výkon sa akceptuje v maximálnom počte 16-krát za 3 mesiace - možná kombinácia s 513, 512, 522, 520

512	mäkké techniky, PIR-postizomietrická relaxácia, AGR-antigravitácia relaxácia, trakčné techniky, stretch and spray, banky), za jedno ošetrovanie		<ul style="list-style-type: none"> - 3 mesiace sa pre tento účel myslia tri kalendárne mesiace, bez možnosti presunu výkonov na ďalšie 3 kalendárne mesiace - výkon sa neakceptuje v tesnej nadväznosti na kúpeľnú liečbu - výkon sa akceptuje v maximálnom počte 30-krát za 3 mesiace na jednu diagnózu - možná kombinácia s 513 alebo 509a, 520 a 522 - 3 mesiace sa pre tento účel myslia tri kalendárne mesiace, bez možnosti presunu výkonov na ďalšie 3 kalendárne mesiace - výkon sa neakceptuje v tesnej nadväznosti na kúpeľnú liečbu
513	Individuálna liečebná telesná výchova I. Individuálna LTV zameraná na zvýšenie svalovej sily a zlepšenie rozsahu pohybov s použitím jednoduchých metód. Aplikácia prvkov dýchacej cievnej a kondičnej pohybovej liečby, využítie náradia, závesovej postele, liečebná výchova k sebestačnosti a podobne	2,19	<ul style="list-style-type: none"> - výkon sa akceptuje v maximálnom počte 30-krát za 3 mesiace na jednu diagnózu - možná kombinácia s 512 alebo, 520, 522 a 509a - 3 mesiace sa pre tento účel myslia tri kalendárne mesiace, bez možnosti presunu výkonov na ďalšie 3 kalendárne mesiace - výkon sa neakceptuje v tesnej nadväznosti na kúpeľnú liečbu
520	Dychová gymnastika. Individuálna dychová gymnastika vrátane podporných ošetrovaní, trvanie najmenej 10 minút za jednu dychovú gymnastiku.	1,36	<ul style="list-style-type: none"> - výkon sa akceptuje v maximálnom počte 30-krát za 3 mesiace - možná kombinácia s 509a, 512, 513, 522 - 3 mesiace sa pre tento účel myslia tri kalendárne mesiace, bez možnosti presunu výkonov na ďalšie 3 kalendárne mesiace - výkon sa neakceptuje v tesnej nadväznosti na kúpeľnú liečbu
522	Špeciálne polohovanie. Odborné preventívne a liečebné polohovanie tela a segmentov končatín s prípadným využitím polohovacích pomôcok	4,91	<ul style="list-style-type: none"> - výkon sa akceptuje v maximálnom počte 30-krát za 3 mesiace - 3 mesiace sa pre tento účel myslia tri kalendárne mesiace, bez možnosti presunu výkonov na ďalšie 3 kalendárne mesiace - výkon sa neakceptuje pri diagnóze R26.- - výkon sa neakceptuje v tesnej nadväznosti na kúpeľnú liečbu

<ul style="list-style-type: none"> • Pri jednorazovom poskytnutí zdravotnej starostlivosti mobilným hospicom a pri poskytnutí izolovaných výkonov u pacientov, ktorým sa neposkytuje iná ošetrovateľská starostlivosť prostredníctvom sestry mobilného hospicu, poisťovňa nepožaduje dokumentáciu, ktorá je obsahom výkonu 3390 (Príjem pacienta do mobilného hospicu a odobratie sesterskej anamnézy), 3393 (Vypracovanie plánu komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti) a 3395 (Vyhodnotenie KOS a záverečná správa) a zároveň neuhrádza výkony 3390 a 3395 na základe verejného zdravotného poistenia. • V prípade vopred plánovaného podávania infúzií 5 a viac krát a prijatím poisťovne do starostlivosti mobilného hospicu s realizovaním výkonu 3390, 3393 a zahájením podávania infúzií s následným neočakávaným prerušením z dôvodu úmrtia alebo hospitalizácie poisťovne, poskytovateľ ku faktúre priloží záverečnú správu, ktorá obsahuje vyhodnotenie výsledkov ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá bola poskytovaná, dôvod ukončenia a dátum posledného ošetrovania. • V prípade nejasnosti a nezrovnalosti vzniknutej pri nepriamej revízií na základe dostupných podkladov je na požiadanie rev. pracovníka potrebné predložiť fotodokumentáciu dekubitu alebo nehojacej sa rany s uvedením lokalizácie, identifikačných údajov pacienta a dátumom vyhodnotenia. • Odborný zástupca mobilného hospicu, lekáreň mobilného hospicu a sestry mobilného hospicu spĺňajú požiadavky na personálne zabezpečenie podľa Výnosu Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno - technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v znení neskorších predpisov. • Poskytovateľ je povinný nahlásiť VŠZP kódy všetkých zamestnancov mobilného hospicu, ktorí poskytujú zdravotnú starostlivosť s následným vykázaním k úhrade do VŠZP, to znamená kmeňových zamestnancov aj zamestnancov, ktorí poskytujú zdravotnú starostlivosť len v prípade nutnosti zastupovania kmeňového zamestnanca. Zastupujúca sestra musí spĺňať podmienku odbornej spôsobilosti v zmysle Výnosu Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno - technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v znení neskorších predpisov. • Poskytovateľ domácej ošetrovateľskej starostlivosti predkladá poisťovní Návrh na poskytovanie domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ďalej len „Návrh“) na tlačive, ktorého vzor je zverejnený v Odbornom usmernení MZ SR o vedení zdravotnej dokumentácie, príloha č. 15. V Návrhu uvedie aktuálne bydlisko

pacienta (napr. prechodné) a ak sa poistenec nachádza v ZSS, tak adresu a názov príslušného zariadenia sociálnych služieb. Návrhy predkladá spolu s faktúrou za príslušné zúčtovacie obdobie. Návrhy, prípadne lekárske správy, tvoria prílohu k faktúre, ktoré poskytovateľ zasiela elektronicky výlučne prostredníctvom ePobočky spolu s faktúrou za príslušné zúčtovacie obdobie. Prílohy PZS zasiela jednotlivo na každého poistenca s označením priezviska, mena, rokom narodenia, obdobi, zoradené v abecednom poradí (napr. Novák, Ján, 1943, 2022-03) je možné zaslať aj viac súborov v závislosti od množstva vykázaných poistencov. Povinnou prílohou faktúry sú aj dávky vykázané podľa platného dátového rozhrania. Na každého lekára, sestru poskytujúcu ošetrovateľskú starostlivosť alebo fyzioterapeuta poskytujúceho rehabilitačnú starostlivosť poistencom VŠZP, poskytovateľ zasiela samostatnú dávku, v ktorej je zdravotná starostlivosť vykázaná pod kódom lekára, ošetrujúcej sestry alebo fyzioterapeuta prideleným ÚDZS. Pri nahrávaní jednotlivých poistencov v dávke uvedie aktuálny Dátum vystavenia žiadanky.

- Návrh musí byť riadne vyplnený, zdôvodnený a potvrdený a podpisom ošetrujúceho lekára, poistenca a zodpovednou sestrou. Frekvencia realizácie výkonov musí byť jasne definovaná. Napríklad uvedenie frekvencie „denne“ znamená 7 krát za týždeň; uvedenie frekvencie „obdeň“ alebo „každý druhý deň“ znamená pondelok, streda, piatok, nedeľa, utorok, štvrtok, sobota, ... Frekvencia 3xT, znamená pondelok, streda, piatok a frekvencia 5xT, znamená pondelok až piatok, ak indikujúci lekár nepožaduje realizovanie výkonov v iné dni v týždni, ktoré uvedie v Návrhu.

- Mobilný hospic doručí Návrh spolu s príslušnými dokladmi pri prijatí pacienta do ADOS a následne len v prípade:

- ošetrovania 3 a viac kožných defektov
- ošetrovania 3 a viac stomií. Tiež pri ošetrovaní stomie dlhšie ako 3M
- podávania infúzie dlhšie ako 1 hod.
- podávania sc. inj. viac ako 3x
- podávania im. ic. inj. dlhšie ako 1 M (výskyt viac ako 31 dní aj keď vykazované 3xT.)
- potreby rehabilitačnej starostlivosti dlhšie ako 3M – (viac ako 92 dní aj keď 3xT)
- vykázaná výkonu 3398, 3399A (u muža), 3407, 3428, 3441, 3447, 3449, 3461, 3635A
- požiadania revíziom pracovníkom

- Poistovňa akceptuje Návrh na poskytovanie domácej ošetrovateľskej starostlivosti na obdobie 3 mesiacov. Ak po 3 mesiacoch zdravotný stav poistenca vyžaduje pokračovanie poskytovania domácej zdravotnej starostlivosti, je potrebný nový Návrh.

- VŠZP neakceptuje vykázanú ošetrovateľskú starostlivosť prostredníctvom sestry mobilného hospicu alebo iného poskytovateľa ošetrovateľskej starostlivosti u poistenca v zmluvnom zariadení sociálnej pomoci.

- Poskytovateľ zasiela do poisťovne len jednu faktúru za mesiac, ktorá obsahuje riadnu faktúru za dané obdobie, prípadne aj opravné a aditívne dávky. Výnimku tvoria faktúry za EU poistencov, UT poistencov a bezdomovcov, ktoré sa zasielajú samostatne.

- Príplatok k ošetrovateľským výkonom u imobilných poistencov, u poistencov s obmedzenou hybnosťou, u poistencov s psychiatrickou diagnózou, u mentálne retardovaných poistencov a u detí do 7 rokov veku je zahrnutý v cene výkonu.

- Poistovňa uhrádza výkony špecializačného odboru fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia (ďalej len „FBLR“) č. 509a, 512, 513, 520, 522 poskytované v rámci domácej ošetrovateľskej starostlivosti pri splnení nasledovných podmienok:

- a. poskytovanie výkonov navrhuje lekár so špecializáciou v odbore FBLR (v zmluvnom vzťahu s poisťovňou). Indikáciu primerane zdôvodní, uvedie frekvenciu a predpokladanú dĺžku poskytovania výkonov,
- b. výkony FBLR realizuje fyzioterapeut,
- c. poisťovňa akceptuje Návrh na poskytovanie výkonov špecializačného odboru FBLR najviac na obdobie 3 mesiacov. Ak zdravotný stav poistenca vyžaduje pokračovanie poskytovania domácej ošetrovateľskej starostlivosti, je potrebný nový Návrh, v ktorom ošetrujúci lekár vyhodnotí efektívnosť predchádzajúcej starostlivosti a v zdôvodnení uvedie očakávaný efekt pri pokračovaní poskytovania výkonov FBLR, u chronických, dlhodobo stabilizovaných stavov poisťovňa uhrádza v prípade potreby ošetrovateľskú rehabilitáciu. V prípade indikácie výkonov FBLR u týchto poistencov, poisťovňa požaduje osobitné zdôvodnenie lekára so špecializáciou v odbore FBLR, s uvedením očakávaného efektu v porovnaní s prínosom ošetrovateľskej rehabilitácie.

1.3. Cena dopravy

Pevná cena dopravy za kilometer jazdy

Označenie	Cena km v € do 31.12.2023	Cena km v € od 1.1.2024
typ prevozu MOHO - pevná cena za každý kilometer jazdy od miesta prevádzky, ak je doprava vykonaná v dosahu 0-60 km od miesta prevádzky agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti	0,30	0,35
typ prevozu MOHO - pevná cena za každý kilometer jazdy od miesta prevádzky, ak je doprava vykonaná v dosahu 61 km a viac od miesta prevádzky agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti	0,15	0,175

Spôsob vykazovania typu prevozu MOHO:

preprava zdravotníckeho pracovníka (lekár a/alebo sestra) osobným motorovým vozidlom na návštevu pacienta v paliatívnej zdravotnej starostlivosti.

Vyказuje sa skutočný počet kilometrov od miesta prevádzky mobilného hospicu do miesta poskytnutia paliatívnej starostlivosti pacientovi, vždy so samostatným číslom jazdy.

Ak sú na jednom mieste ošetrovaní viacerí poistenci iba jednej zdravotnej poisťovne, vyказuje sa príslušný počet kilometrov do príslušnej zdravotnej poisťovne na jedno rodné číslo poistenca. Ostatní poistenci v rámci jednej návštevy sa už nevyказujú.

Ak sú na jednom mieste ošetrovaní viacerí poistenci viacerých zdravotných poisťovní, vyказuje sa príslušný počet kilometrov na jedného poistenca do každej zdravotnej poisťovne. Ostatní poistenci v rámci jednej návštevy sa už nevyказujú.

Cesta späť do východiskovej stanice sa nehradí.

Poskytovateľ vyказuje pevnú cenu dopravy za jeden kilometer jazdy osobným motorovým vozidlom za ošetrovateľskú starostlivosť v dátovom rozhraní pre Dopravu a v súlade s opatrením MZ SR č. 07045/2003 – OAP z 30. decembra 2003.

**Príloha č. 1d
k Zmluve č. 11KSTA002922**

Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti

Časť A. Ambulantná zdravotná starostlivosť

ČI. I

Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (všeobecné ustanovenia)

1. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu

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

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

2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

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

3. Individuálne zložky úhrady

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

3.1. Individuálna pripočítateľná položka

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

Výsledná cena IPP sa vypočíta ako násobok Základu pre výpočet IPP a výsledného percenta plnenia HP.

3.2. Hodnotiace parametre

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

HP vyhodnocuje poisťovňa dva krát počas kalendárneho roka nasledovným spôsobom:

I. vyhodnotenie

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

II. vyhodnotenie

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

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

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

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

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

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

Splnenie parametra Dostupnosť určuje aj „Flexibilný ordinačný čas“, ktorý je daný vyhradením aspoň 2 hodín týždenne, preferenčne určených pre poistencov poisťovne na vykonanie preventívnych prehliadok, predoperačných vyšetrení, skríningu, komplexnému manažmentu poistencov s chronickými ochoreniami alebo návštevných služieb poistencov. Poskytovateľ dokladuje poisťovní vyplnením formulára, ktorým určuje rozsah aspoň 2 ordinačných hodín preferenčne určených pre poistencov poisťovne. Formulár je zverejnený na webovej stránke poisťovne (ďalej ako: „formulár“). Formulár musí byť v súlade s ordinačnými hodinami, ktoré schválil príslušný samosprávny kraj. Dokladovaním sa rozumie zaslanie formulára príslušnej pobočke poisťovni elektronickou formou. Splnenie parametra Dostupnosť poisťovňa vyhodnotí k prvému dňu kalendárneho polroka, v ktorom realizuje vyhodnotenie HP.

Čl. II

Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (ceny)

1. Špecializovaná ambulatná starostlivosť (typ ZS 200)

1.1. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu

Cena bodu			
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Počet bodov	Cena bodu v €
-	výkony z I. časti Zoznamu výkonov (v prípade, že v tejto tabuľke nie je uvedené inak)	-	0,03180
60	Komplexné vyšetrenie pacienta kompletná anamnéza, vyšetrenie všetkých orgánových systémov, založenie zdravotnej dokumentácie, zhodnotenie výsledkov vyšetrení, diagnostický záver, liečebný plán alebo zaradenie do dispenzárnej starostlivosti, odoslanie pacienta na ďalšie laboratórne, prístrojové alebo odborné vyšetrenia -vypísanie žiadaniek, poučenie pacienta, vypísanie receptov a lekárskej správy, ak vyšetrenie trvá dlhšie ako 30 minút.	420	0,03180
62	Cielené vyšetrenie dvoch alebo viacerých orgánových systémov alebo dispenzárna kontrola (cielená anamnéza, resp. anamnéza od poslednej kontroly), popis subjektívnych obtiaží, objektívny nález, zhodnotenie výsledkov, vypísanie správy, záver, vypracovanie plánu do nasledujúcej	270	0,03180

	kontroly. Poučenie o diéte a životospráve a predvolanie na vyšetrenie je súčasťou výkonu, ak vyšetrenie trvá dlhšie ako 20 minút.		
63	Dôkladné vyšetrenie jedného orgánového systému alebo kontrolné vyšetrenie vrátane rád a dokumentácie.	210	0,03180
65	Príplatok pri sťaženom výkone Pri výkonoch pod kódmi 61, 62, 63 a pri výkonoch v rádiológii a v rádioterapii. Pre odbornosti: 001, 002, 003, 004, 005, 007, 010, 015, 017, 027, 040, 048, 050, 060, 063, 064, 104, 105, 107, 108, 109, 114, 140, 145, 153, 154, 155, 156, 163, 323, 329, 331, 335, 336, 341 akceptované ako príplatok u dieťaťa do veku desiatich rokov.	200	0,03180
66	Príplatok pri sťaženom výkone Pri výkone pod kódom 60. Pre odbornosti: 001, 002, 003, 004, 005, 007, 010, 015, 017, 027, 040, 048, 050, 060, 063, 064, 104, 105, 107, 108, 109, 114, 140, 145, 153, 154, 155, 156, 163, 323, 329, 331, 335, 336, 341 akceptované ako príplatok u dieťaťa do veku desiatich rokov.	320	0,03180
67	Príplatok pri sťaženom výkone Príplatok u dieťaťa do veku piatich rokov pri výkonoch - odber krvi, injekcie, infúzie, transfúzie, infiltrácie, implantácie, odobratie sterov, punkcie a pri výkone očkovania. Príplatok u dieťaťa do veku desiatich rokov pre odbornosti: 001, 002, 003, 004, 005, 007, 010, 015, 017, 027, 040, 048, 050, 060, 063, 064, 104, 105, 107, 108, 109, 114, 140, 145, 153, 154, 155, 156, 163, 323, 329, 331, 335, 336, 341 pri výkonoch - odber krvi, injekcie, infúzie, transfúzie, infiltrácie, implantácie, odobratie sterov, punkcie a pri výkone očkovania.	200	0,03180
11a	Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor) Charakteristika zdravotného výkonu: Konzultácia s poisťencom prostredníctvom elektronickej komunikácie (webová aplikácia, videohovor) v online prostredí, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie. Konzultácia s pacientom obsahuje: <ul style="list-style-type: none"> • cieľnú anamnézu a popis subjektívnych ťažkostí, • zhodnotenie výsledkov • v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP a vypísania žiadaniek • poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým a liečebným postupom • poučenie poisťenca • určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení-návštevy iného lekára. Vykazovanie zdravotného výkonu: <ul style="list-style-type: none"> • výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta a zaznamená sa v zdravotnej dokumentácii • súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj o realizácii, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení návštevy iného lekára, • vyhotovenie záznamu v eZdravie, • výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, • výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta, • výkon sa vykazuje najviac 1x za deň na jedného poisťenca. 	210	0,0350
1b	Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty, telefonicky alebo SMS	160	0,0350

	<p>Konzultácia s poistencom prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cielenú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom alebo k psychickej poruche popis subjektívnych ťažkostí, • diagnostický záver, • v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplynuli z konzultácie ohľadom zdravotného stavu, • v prípade potreby záznam o odporúčení 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. <p>Vykazovanie zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia poistenca, • súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj o realizácii, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, • vyhotovenie záznamu v eZdravie, • výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, • výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie poistenca, <p>Povolená frekvencia akceptovania zdravotného výkonu: 1-krát za deň a maximálne 3-krát za kalendárny mesiac na jedného poistenca.</p>		
70	<p>Opätovné lekárske vystavenie receptov alebo poukazov na základe požiadavky poistenca prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefónu</p> <p>Charakteristika zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vystavenie receptov alebo poukazov elektronicou formou na lieky/zdravotnícke pomôcky/dietetické potraviny, ktoré poistenec užíva minimálne jeden mesiac, a nebola realizovaná zmena dávkovania lieku lebo liekovej formy lieku. <p>Vykazovanie zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia poistenca, • súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj o realizácii, • vyhotovenie záznamu v eZdravie, • údaj, kedy bol recept/lekársky poukaz vypísaný, • 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 elektronickeho predpisu (t. j. za týchto podmienok sa výkon vykazuje najviac v počte 1x za deň na jedného poistenca), • v prípade ak ide o elektronicke 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. <p>Povolená frekvencia akceptovania zdravotného výkonu: 2-krát za kalendárny mesiac na jedného poistenca.</p>	40	0,0350
-	Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ).	-	0,009159

-	Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) vykonávané prístrojovou technikou ULTRAZVUK – USG a FUNKČNÁ DIAGNOSTIKA.	-	0,009574
15d	Zhodnotenie rtg. dokumentácie. <ul style="list-style-type: none"> • Zhodnotenie nie je vykonané pracoviskom RTG. • Vrátane popisu v zdravotnej dokumentácii. • Výkon môžu vykazovať odbornosti chirurgia, traumatológia, ortopédia, pneumológia, otorinolaryngológia, reumatológia, neurológia, kardiológia a všetky odbornosti uvedené v tomto bode s prívlastkom pediatrika. 	150	0,0260
<p><i>Poistovňa uhradí zdravotné výkony s kódom: 11a, 1b, 1c, 70 len za predpokladu, že relevantnú medicínsku radu alebo konzultáciu je možné poskytnúť poisťencovi alebo jeho zákonnému zástupcovi telefonickou formou alebo formou videohovoru alebo inou elektronickou formou s ohľadom na zdravotný stav poistenca pri zachovaní správnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. a to pri súčasnom zohľadnení špecifík dištančného spôsobu poskytovania zdravotnej starostlivosti. Telefonický rozhovor alebo videohovor alebo iná elektronická komunikácia medzi poisťencom a zdravotníckym pracovníkom s diagnostikou alebo terapiou poistenca. Zdravotné výkony musia byť zaznamenané v zdravotnej dokumentácii a eZdravie a nie je ich možné vzájomne kombinovať a ani kombinovať s inými výkonmi.</i></p>			

1.2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

Cena za výkon		
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Cena za výkon v €
250x	Odber venóznej krvi za účelom vyšetrenia laboratórných parametrov <ul style="list-style-type: none"> • Výkon sa vykazuje samostatne maximálne 1x denne u poistenca na príslušnej ambulancii alebo na mieste určenom na odber krvi. • V cene sú zahrnuté všetky náklady spojené s odberom vrátane odoslania krvi do laboratória. • Výkon 250x nahrádza výkon pod kódom č. 250a a č. 250b. 	5,00

Kód výkonu	Znenie výkonu	Podmienky akceptácie výkonu	Počet bodov	Cena bodu v €
5744	Echokardiografické vyšetrenie metódou TM a 2D. Výkon môže vykazovať kardiológ.	Podmienkou akceptácie je príslušné prístrojové vybavenie ambulancie akceptované poisťovňou (doklad o nadobudnutí prístroja, prehlásenie o zhode, zaškolenie). Kombináciu ECHOKG vyšetrení je nutné vykazovať v jeden deň s jednotnou dg. Výkon sa nevykazuje pri dg. I70.9 a E78*. Výkon sa nemôže vykazovať s výkonmi 614 a 617. Podmienky úhrady pre odbornosť: 049, 155	2000	0,009574
5745	Echokardiografické vyšetrenie PW a CW Dopplerom. Výkon môže vykazovať kardiológ.	Podmienkou akceptácie je príslušné prístrojové vybavenie ambulancie akceptované poisťovňou (doklad o nadobudnutí prístroja, prehlásenie o zhode, zaškolenie). Kombináciu ECHOKG vyšetrení je nutné vykazovať v jeden deň s jednotnou dg. Výkon sa nevykazuje pri dg. I70.9 a E78*. Výkon sa nemôže vykazovať s výkonmi 614 a 617. Podmienky úhrady pre odbornosť: 049, 155	1800	0,009574
5746	Echokardiografické vyšetrenie pomocou farebného mapovania toku (CFM) ako	Podmienkou akceptácie je príslušné prístrojové vybavenie ambulancie akceptované poisťovňou (doklad o nadobudnutí prístroja, prehlásenie o zhode, zaškolenie).	2100	0,009574

	príplatok k výkonu pod kódom 5744. Výkon môže vykazovať kardiológ.	Kombináciu ECHOKG vyšetrení je nutné vykazovať v jeden deň s jednotnou dg. Výkon sa nevykazuje pri dg. I70.9 a E78*. Výkon sa nemôže vykazovať s výkonmi 614 a 617. Podmienky úhrady pre odbornosť: 049, 155		
5754	Počítačové spracovanie údajov z echokardiografického vyšetrenia. Vyšetrenie môže vykazovať kardiológ.	Kombináciu ECHOKG vyšetrení je nutné vykazovať v jeden deň s jednotnou dg. Výkon sa nevykazuje pri dg. I70.9 a E78*. Výkon sa nemôže vykazovať s výkonmi 614 a 617. Podmienky úhrady pre odbornosť: 049, 155	750	0,009574

1.3. Individuálna zložka úhrady – Individuálna pripočítateľná položka

Základ pre výpočet ceny IPP		
Kategória IPP	Kód zdravotného výkonu, ku ktorému je možné IPP vykázat'	Základ pre výpočet ceny IPP
IPP1	60, 62, 63, 60R, 503, 504, 505, 1A01033, 1A02060, 1A03044	2,24 €
IPP2	1544A, 1594, 1240, 820, 822, 825	3,60 €
IPP3	3286, 3288, 3306	6,09 €
IPP4	3335, 3337, 867, 869, 3351, 3364, 841, 842, 845	6,09 €
Charakteristika a pravidlá vykazovania vybraných IPP		
K výslednej cene IPP4 sa automaticky pripočítavajú 3,00 €.		

1.4. Hodnotiace parametre

Časť - Špecializovaná ambulantná starostlivosť				
Zameranie	Parameter	Kritérium splnenia	Váha	Plnenie
Poistenec	Celkové náklady na ošetrovaného poistenca	Hodnota parametra je pod hranicou horného pásma definovanou výpočtom v príslušnej referenčnej skupine ambulancií.	40%	Reálne plnenie poskytovateľa
	Frekvencia návštev na ošetrovaného poistenca		10%	
	Podiel prvovýšetrení	Hodnota parametra je nad hranicou dolného pásma definovanou výpočtom v príslušnej referenčnej skupine ambulancií.	10%	
Elektronizácia	eNávrhy	Poskytovateľ vystavuje žiadosť o schválenie vybraných liekov, zdravotníckych pomôcok alebo kúpeľnej liečby formou eNávrhu.	10%	Aplikácia vyhodnotenia od 1.4.2024
	eZdravie	Poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vedie zdravotnú dokumentáciu v súlade s ustanovením § 19 a nasl. Zákona č. 576/2004 Z. z. a súčasne zasiela údaje zo zdravotnej dokumentácie elektronickou formou do elektronickej zdravotnej knižky (EZK) v rozsahu § 5 Zákona č. 153/2013 Z. z.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
Dostupnosť	Ordinačný čas	Stanovenie flexibilného ordinačného času na aspoň 2 hodiny týždenne pre každú ambulanciu	15%	Reálne plnenie poskytovateľa

1.4.1 Doplnujúce informácie k Hodnotiacim parametrom

Celkové náklady na ošetrovaného poistenca

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

Hodnotené obdobie: dva po sebe nasledujúce štvrťroky.

Frekvencia návštev na ošetrovaného poistenca

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

Hodnotené obdobie: štyri po sebe nasledujúce štvrťroky.

Podiel prvovýšetrení

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

Hodnotené obdobie: dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky.

