

Dodatok č. 15

k Zmluve č. 33NSP2000122

Čl. 1

Zmluvné strany

1.1. Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

sídlo: Panónska cesta 2, 851 04 Bratislava – mestská časť Petržalka
zastúpená: doc. JUDr. PhDr. Michal Ďuriš, PhD., predseda predstavenstva
Ing. Matej Fekete, MBA, podpredseda predstavenstva
Ing. Matúš Jurových, PhD., člen predstavenstva
IČO: 35937874
IČ DPH: SK2022027040
banka:
číslo účtu:
zápis: Obchodný register Mestský súd Bratislava III, odd.: Sa, vložka č. 3602/B

Osoba oprávnená konať vo veci zmluvy: Mgr. Ivana Pačková
regionálna riaditeľka oddelenia nákupu ZS

Kontaktná adresa: 1. mája 34, 010 01 Žilina
(ďalej len „poisťovňa“)

1.2. Dolnooravská nemocnica s poliklinikou MUDr. L. Nádaši Jégého Dolný Kubín

sídlo: ul. Nemocničná 1944/10, 026 14 Dolný Kubín
zastúpený: PhDr. Jozefom Mintálom, MBA, MEng
IČO: 00634905
banka:
číslo účtu:
identifikátor poskytovateľa: P51283
(ďalej len „poskytovateľ“)

uzatvárajú

tento dodatok (ďalej len „dodatok“)
k Zmluve č. 33NSP2000122 (ďalej len „zmluva“).

Čl. 2

Predmet dodatku

Na základe Čl. 8 zmluvy – Záverečné ustanovenia, bod 8.8., sa zmluvné strany dohodli na týchto zmenách zmluvy:

- 2.1. Príloha č. 1b zmluvy – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti sa mení a nahrádza novým znením. Nové znenie Prílohy č. 1b tvorí Prílohu č. 1 tohto Dodatku.
- 2.2. Príloha č. 1c zmluvy – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti sa mení a nahrádza novým znením. Nové znenie Prílohy č. 1c tvorí Prílohu č. 2 tohto Dodatku.
- 2.3. Príloha č. 1d zmluvy – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti sa mení a nahrádza novým znením. Nové znenie Prílohy č. 1d tvorí Prílohu č. 3 tohto Dodatku.
- 2.4. Príloha č. 1e zmluvy – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti sa mení a nahrádza novým znením. Nové znenie Prílohy č. 1e tvorí Prílohu č. 4 tohto Dodatku.

- 2.5. Príloha č. 1o zmluvy – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti sa mení a nahrádza novým znením. Nové znenie Prílohy č. 1o tvorí Prílohu č. 5 tohto Dodatku.
- 2.6. Príloha č. 2j zmluvy – Rozsah a metodika úhrady zdravotnej starostlivosti sa mení a nahrádza novým znením. Nové znenie Prílohy č. 2j tvorí Prílohu č. 6 tohto Dodatku.
- 2.7. V Prílohe č. 2o zmluvy – Rozsah a metodika úhrady zdravotnej starostlivosti, časť A. Rozsah zdravotnej starostlivosti, sa mení bod „II. Maximálny rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti – prospektívny rozpočet“ a nahrádza sa nasledovným znením:

„II. MAXIMÁLNY ROZSAH ÚHRADY ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI – PROSPEKTÍVNY ROZPOČET

Maximálny rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti hradenej prospektívnym rozpočtom je určený výškou prospektívneho rozpočtu za zdravotnú starostlivosť poskytnutú v zúčtovacom období, ktorým je kalendárny mesiac.

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

1. Štruktúra prospektívneho rozpočtu

Zmluvné strany sa dohodli na nasledovnej štruktúre prospektívneho rozpočtu, ktorá vychádza z Vecného rozsahu predmetu zmluvy:

Štruktúra úhrady zdravotnej starostlivosti			
ZS hradená prospektívnym rozpočtom		ZS nehradená prospektívnym rozpočtom	
Ústavná zdravotná starostlivosť			
601	Lôžková nemocničná starostlivosť		
603	Špecializovaná lôžková starostlivosť pre dospelých		
		Ambulantná zdravotná starostlivosť	
		102	Všeobecná ambulantná starostlivosť pre deti a dorast
		103	Gynekologická špecializovaná ambulantná starostlivosť
		200	Špecializovaná ambulantná starostlivosť
		201	Mobilné odberové miesto
		300	Ambulantná pohotovostná služba
		302	Ústavná pohotovostná služba
		303	Urgentný príjem
		Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky	
		400	Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky
		420	Počítačová tomografia
		421	Magnetická rezonancia
		Iné	
		800	Dopravná služba

2. Výška prospektívneho rozpočtu

Zmluvné strany sa dohodli na výške prospektívneho rozpočtu (ďalej len „PRUZZ“) na jeden kalendárny mesiac:

Tabuľka platná pre obdobie od **1.4.2024**

Výška (PRUZZ) na jeden kalendárny mesiac (v EUR)	Typ ZS
1 580 530 €	Ústavná zdravotná starostlivosť

Tabuľka platná pre obdobie od **1.5.2024**

Výška (PRUZZ) na jeden kalendárny mesiac (v EUR)	Typ ZS
1 360 761 €	Ústavná zdravotná starostlivosť

Zúčtovacím obdobím je jeden kalendárny mesiac.

Vo vzťahu k úhrade zdravotnej starostlivosti hradenej prostredníctvom prospektívneho rozpočtu sa postup podľa bodu 7.3. zmluvy nepoužije.“

3. Výpočet úhrady za ústavnú zdravotnú starostlivosť rozpočtu

Úhrada za ústavnú zdravotnú starostlivosť sa vypočíta na základe nasledujúceho vzorca:

$$\text{Úhrada} = \text{PRUZZ} - \text{SKUT AZS}_{\text{DRG}} - \text{SKUT SVLZ}_{\text{DRG}}$$

PRUZZ – prospektívny rozpočet

SKUT AZS_{DRG} – ambulantná zdravotná starostlivosť, ktorej poskytnutie súvisí s hospitalizačným prípadom

SKUT SVLZ_{DRG} – zdravotná starostlivosť zo segmentu spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, ktorých poskytnutie súvisí s hospitalizačným prípadom

4. Vyhodnocovanie prospektívneho rozpočtu

Vyhodnocovanie prospektívneho rozpočtu vykonáva poisťovňa pre účely optimálneho nastavenia výšky prospektívneho rozpočtu za hodnotené obdobie. Vyhodnocovaním sa zisťuje primeranosť výšky nastaveného prospektívneho rozpočtu za hodnotené obdobie vo vzťahu k skutočne poskytnutej a uznannej zdravotnej starostlivosti poskytovateľom.

Termíny vyhodnotenia prospektívneho rozpočtu s finančným zúčtovaním:

Hodnotené obdobie (od - do)		Vyhodnocovanie (od – do)		Finančné zúčtovanie
1.1.	30.6.	1.7.	30.9.	Vo faktúre za poskytnutú ZS v mesiaci september
1.1.	31.12.	1.1.	31.3.	Vo faktúre za poskytnutú ZS v mesiaci marec

Vyhodnotenie sa realizuje nasledujúcim postupom:

$$\frac{CM_{HODN}}{CM_{REF}}$$

CM HODN – casemix hodnoteného obdobia – súčet efektívnych relatívnych váh akceptovaných hospitalizačných prípadov za hodnotené obdobie

CM REF – casemix referenčného obdobia na účely vyhodnotenia pre definované hodnotené obdobie (na účely vyhodnotenia sa ZS na NON-DRG zohľadňuje nasledovne: 1OD = 0,1; 1UH = 1,0)

CM REF	
hodnotené obdobie od 1.1. do 30.6.	2 781,14
hodnotené obdobie od 1.1. do 31.12.	5 562,28

Výsledok vyhodnotenia:		
$\frac{CM_{HODN}}{CM_{REF}}$		
≥98,00 %; ≤ 102,00 %	< 98,00 %	> 102,00 %

<i>Neutrálne pásmo – proces finančného zúčtovania sa nerealizuje</i>	<i>Realizácia procesu finančného zúčtovania</i>	<i>Realizácia procesu finančného zúčtovania</i>
--	---	---

Proces finančného zúčtovania hodnoteného obdobia „1.1. až 30.6.“:

$$\sum PRUZZ_{\text{hodn.obdobie}} \times \% \text{ zúčtovania}$$

Proces finančného zúčtovania hodnoteného obdobia „1.1. až 31.12.“:

$$\sum PRUZZ_{\text{hodn.obdobie}} \times \% \text{ zúčtovania} - \text{výsledok finančného zúčtovania v Eur za hodnotené obdobie 1.1. až 30.6.}$$

$\sum PRUZZ$ hodnoteného obdobia – hodnota $PRUZZ$ za hodnotené obdobie od 1.1. do 30.6.; prípadne od 1.1. do 31.12.;

% zúčtovania – vyjadruje % čerpania ako výsledok vyhodnotenia po zohľadnení neutrálneho pásma.
(pozn. na účely vyčíslenia finančného zúčtovania $\pm 1,00\%$ čerpania ako výsledok vyhodnotenia predstavuje $0,2\%$ zo súčtu $\sum PRUZZ$ hodnoteného obdobia).

% zúčtovania sa vypočíta nasledovne:

→ ak je % čerpania ako výsledok vyhodnotenia $< 98,00\%$

$$\% \text{ zúčtovania} = \frac{(\% \text{ čerpania ako výsledok vyhodnotenia} - 98,00\%)}{5}$$

→ ak je % čerpania ako výsledok vyhodnotenia $> 102,00\%$

$$\% \text{ zúčtovania} = \frac{(\% \text{ čerpania ako výsledok vyhodnotenia} - 102,00\%)}{5}$$

V celkovej výške realizácie finančného zúčtovania za obdobie od 1.1. do 31.12. sa zohľadní aj suma finančného zúčtovania realizovaného za obdobie od 1.1. do 30.6.

Čl. 3 Prechodné ustanovenia

3.1. Zmluvné strany sa dohodli, že na obdobie do 30.6.2024 sa neuplatňuje dohodovacie konanie v zmysle Čl. 8 tejto zmluvy.

Čl. 4

Závěrečné ustanovenia

- 4.1. Tento dodatok, ktorý tvorí súčasť zmluvy, nadobúda platnosť dňom podpisu zmluvnými stranami a účinnosť dňom nasledujúcim po dni jeho zverejnenia v zmysle § 47a zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov.
- 4.2. Zmluvné strany sa dohodli, že za účelom zachovania kontinuity poskytovania a úhrady zdravotnej starostlivosti bude zdravotná starostlivosť poskytnutá poskytovateľom v čase od 1.4.2024 do nadobudnutia účinnosti tohto dodatku uhradená v súlade s týmto dodatkom.
- 4.3. Súhlas s obsahom dodatku vyjadria zástupcovia zmluvných strán svojím podpisom na dodatku.
- 4.4. Tento dodatok je vyhotovený v dvoch rovnopisoch, z ktorých každý sa považuje za originál. Každá zmluvná strana obdrží jeden rovnopis dodatku.

V Žiline dňa

Za poskytovateľa:

Za poisťovňu:

"v.r."

"v.r."

.....
PhDr. Jozef M i n t á l, MBA, MEng
riaditeľ
Dolnooravská nemocnica s poliklinikou
MUDr. L. Nádaši Jégého Dolný Kubín

.....
Mgr. Ivana P a č k o v á
regionálna riaditeľka oddelenia nákupu ZS
Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

**Príloha č. 1b
k Zmluve č. 33NSP2000122**

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 poisťovni.

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 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 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 kapítovaných poistencov a poistencov EÚ, ktorí majú nárok na úhradu zdravotnej starostlivosti v plnom rozsahu v zmysle platnej legislatívy, ak nie je v tabuľke uvedené inak.

3. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

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

4. Individuálne zložky úhrady

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

4.1. Individuálna dodatková kapitácia

Individuálnou dodatkovou kapitáciou (ďalej aj ako „IDK“) sa rozumie paušálna mesačná úhrada za každého kapitovaného poistenca, ktorá sa hradí spolu s Kapitáciou vo výške Výslednej ceny IDK alebo vo výške bonifikovanej 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). Podmienky bonifikovania Výslednej ceny IDK sú uvedené v bode 4.1.1 tohto článku.

4.1.1. Bonifikácia Výslednej ceny IDK

K Výslednej cene IDK sa pripočítava suma v hodnote a za pravidiel uvedených v nasledovnej tabuľke:

Počet všetkých kapitovaných osôb u poskytovateľa v hodnotenom období	Bonifikácia Výslednej ceny IDK v € za kapitovaného poistenca poisťovne
1200 - 1279	0,10 €
1280 - 1359	0,20 €
1360 - 1439	0,30 €
1440 - 1519	0,40 €
1520 - 1599	0,50 €
1600 - 1839	0,60 €
1840 - 2079	0,70 €
2080 a viac	0,80 €

Za veľkokapacitnú ambulanciu sa považuje Poskytovateľ, ktorý má uzavretú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s 1200 a viac osobami na jedno lekárske miesto.

Kapitovaným poistencom poisťovne sa na účely tohto bodu rozumie taký poistenec poisťovne, za ktorého bola poskytovateľovi uhradená kapitačná platba aspoň za jedno zúčtovacie obdobie v rámci príslušného hodnoteného obdobia. Poisťovňa údaje o celkovom počte kapitovaných osôb prehodnotí vždy k 30.6. a 31.12. príslušného kalendárneho roka na základe údajov z Národného centra zdravotníckych informácií (ďalej len „NCZI“).

Poskytovateľ, ktorému vznikne nárok na priznanie bonifikácie podľa tohto bodu, je povinný na vyžiadanie poisťovne zdokladovať pracovno-právny vzťah zdravotných sestier alebo zdravotníckeho pracovníka s poskytovateľom vo výške viac ako 1,0 sesterského miesta alebo vo výške viac ako 1,0 miesta zdravotníckeho pracovníka alebo iných pracovníkov, podieľajúcich sa na poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Zároveň je povinný preukázať, že priestorová dispozícia ambulancie umožňuje efektívne poskytovať zdravotnú starostlivosť viacerým zdravotným sestrám alebo zdravotníckym pracovníkom (t.j. ďalšia zdravotná sestra resp. zdravotnícky pracovník, môže pracovať v samostatnej miestnosti).

V prípadoch hodných osobitného zreteľa, kedy počas hodnoteného obdobia dôjde k výraznej zmene počtu kapitovaných osôb s vplyvom na vyhodnotenie bonifikácie sa zmluvné strany dohodli, že pristúpia k individuálnemu prehodeniu nároku na vznik a výšku bonifikácie. Prípadoch hodných osobitného zreteľa sa na účely tohto bodu rozumie minimálna zmena v počte 100 kapitovaných osôb. Zaradenie do nového bonifikačného pásma bude realizované s účinnosťou od mesiaca, ktorý bezprostredne nasleduje po mesiaci, v ktorom došlo k preukázaniu danej skutočnosti.

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.

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

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

1. Všeobecný lekár pre deti a dorast (typ ZS 102)

1.1. Kapitácia

Cena kapitácie	
Veková skupina	Cena v €
do 1 roku	11,45
od 1 do 2 rokov vrátane	11,36
od 3 do 5 rokov vrátane	7,71
od 6 do 9 rokov vrátane	5,57
od 10 do 14 rokov vrátane	5,10
od 15 do 17 rokov vrátane	4,81
od 18 do 18 rokov vrátane	4,33
dorastový lekár	
od 19 do 19 rokov vrátane	4,33
od 20 do 25 rokov vrátane	3,44

1.2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu

Cena bodu			
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Počet bodov	Cena bodu v €
-	Preventívne výkony č. 143, 143a, 144, 145, 145a, 146, 146a, 146b, 146c, 148, 148a, 148b, 148c, 149, 149a, 149b, 149c, 149d, 159b	-	0,0840
1b	Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty, telefonicky alebo SMS. <u>Konzultácia s poistencom prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky obsahuje:</u> • 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 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. <u>Vykazovanie zdravotného výkonu:</u> • 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, <u>Povolená frekvencia akceptovania zdravotného výkonu:</u> 1-krát za deň a maximálne 4-krát za kalendárny mesiac na jedného poistenca	160	0,027
10	Rozbor a plánovanie cielených terapeutických postupov na ovplyvnenie chronických ochorení. • Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z.. • 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.	180	0,0318

	- Úprava alebo zmena terapeutického postupu musí byť zaznamenaná v zdravotnej dokumentácii vrátane zmeny dávkovania zdôvodnenia úpravy medikamentózneho liečby. - Akákoľvek úprava terapeutického postupu musí byť v súlade s platnou legislatívou a účelovou farmakoterapiou.		
11a	Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor). <u>Charakteristika zdravotného výkonu:</u> Konzultácia s poistencom prostredníctvom elektronickej komunikácie (webová aplikácia, videohovor) v online prostredí, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie. <u>Konzultácia s pacientom obsahuje:</u> - cielenú 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 poistenca - určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporúčení-návštevy iného lekára. <u>Vykazovanie zdravotného výkonu:</u> - výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta a zaznamená sa v zdravotnej dokumentácii - vyhotovenie záznamu v eZdravie, - súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj o realizácii, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporúčení návštevy iného lekára, a to len v prípade komunikácie e-mailom alebo chatovým rozhraním, ktoré si uchováva údaje o komunikácii, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, - výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta, - výkon sa vykazuje najviac 1x za deň na jedného poistenca	210	0,027
25	Návšteva u kapitovaných poistencov v pracovnom čase.	285	0,0350
26	Návšteva u kapitovaných poistencov mimo pracovného času.	500	0,0350
60	Komplexné vyšetrenie poistenca pri prevzatí dieťaťa alebo dorastenca do zdravotnej starostlivosti ako prvého komplexného vyšetrenia s vystavením zdravotného záznamu. - Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z., - Poskytovateľ poskytne poistencovi komplexné vyšetrenie (kompletná anamnéza, vyšetrenie všetkých orgánových systémov, založenie zdravotnej dokumentácie a stanovenie diagnostického záveru a diagnostického a liečebného plánu) v termíne do 60 dní od podpísania dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. - Vykázaný výkon č. 60 musí byť súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca. - Kontrola povinného očkovania poistenca. - Kontrola poslednej preventívnej prehliadky poistenca. - Informovaný súhlas pacienta s poskytnutím zdravotnej starostlivosti v súvislosti s výkonom č. 60.	620	0,0318
67	Príplatok pri sťaženom výkone do dovŕšenia piateho roku života pri výkonoch: delegovaný odber, odber krvi alebo výkon očkovania. Výkon bude akceptovaný aj v prípade poistenca vo veku do 18 rokov s poruchou autistického spektra, DMO a ADHD. Výkon bude akceptovaný aj k výkonom 252a, 252b, 252c.	200	0,029
70	Opätovné lekárske vystavenie receptov alebo poukazov na základe požiadavky poistenca prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefónu. <u>Charakteristika zdravotného výkonu:</u>	40	0,027

	- 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 <u>Vykazovanie zdravotného výkonu:</u> - výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia poistenca, - súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je preukázateľný 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. <u>Povolená frekvencia akceptovania zdravotného výkonu:</u> 1-krát za deň, maximálne 4-krát za kalendárny mesiac na jedného poistenca.		
142	1. preventívna prehliadka u VLDD. 1. preventívna prehliadka, bazálne vyšetrenie novorodenca. Výkon vykonáva lekár s príslušnou špecializáciou po prepustení novorodenca z ústavnej starostlivosti.	350	0,11750
160	Základná preventívna prehliadka u VLDD. Základná (radová) preventívna prehliadka (vstupná, periodická, výstupná). Výkon obsahuje komplexné vyšetrenie v rámci základnej preventívnej prehliadky vrátane prehliadky v rámci prevencie kardiovaskulárnych chorôb. Obsah vyšetrenia je zhodný s výkonom č. 60. Výkon môže vykazovať lekár so špecializáciou všeobecné lekárstvo.	390	0,0840
252a	Očkovanie. Vykázaná očkovacia látka je zaradená v kategorizačnom zozname, výkon sa vykazuje v nutnej kombinácii s príslušnou dg podľa MKCH 10. V prípade nepovinného očkovania bude výkon akceptovaný, ak je vykázaná očkovacia látka zaradená v kategorizačnom zozname v rozsahu IO a IP. Výkon 252b je akceptovaný u kapítovaných poistencov.	70	0,0840
252b			
252c			
950	Vyšetrenie psychomotorického vývinu dieťaťa vo vzťahu k hrubej a jemnej motorike, k reči a k sociálnym vzťahom podľa štandardnej stupnice vrátane dokumentácie. Kombinácia pri výkonoch pod kódmi: 143, 143a, 144, 145, 145a, 146, 146a, 146b, 146c.	390	0,0840
951	Kontrolné vyšetrenie funkčného vývinu so skúškami zodpovedajúcimi veku (vnímavosť, sedenie, lezenie, chôdza) u dojčat'a podľa štandardizovanej metódy spolu s dokumentáciou. Poskytovateľ môže výkon vykázať jedenkrát u dojčat'a do dovŕšenia prvého roka života.	250	0,0840
952	Kontrolné vyšetrenie funkčného vývinu so skúškami zodpovedajúcimi veku (reč, pochopenie reči alebo sociálny vek) u batoliat podľa štandardizovanej metódy spolu s dokumentáciou. Tento výkon môže poskytovateľ vykazovať 1x u batoliat'a v období od 1 do dovŕšenia 3 rokov dieťaťa.	60	0,0840
953	Vyšetrenie funkčného vývinu so skúškami zodpovedajúcimi veku (reč, pochopenie reči alebo sociálny vek) u dieťaťa predškolského veku podľa štandardizovanej metódy spolu s dokumentáciou. Kombinácia pri výkonoch pod kódmi 148 a 148a.	110	0,0840
-	Výkony z I. časti Zoznamu výkonov pre poistencov EÚ, bezdomovcov, cudzincov a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z.	-	0,0350

-	Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) pre poistencov EÚ, bezdomovcov, cudzincov a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. a nekapitovaných poistencov	-	0,0100
-	Neodkladná zdravotná starostlivosť poskytnutá poistencom poisťovne, s ktorými poskytovateľ nemá uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti	-	0,0350

Poisťovňa uhradí zdravotné výkony s kódom: 11a, 1b, 70 len za predpokladu, že relevantnú medicínsku radu alebo konzultáciu je možné poskytnúť poistencovi alebo jeho zákonnému zástupcovi telefonickou formou alebo formou videohovoru alebo inou elektronickou formou s ohľadom na zdravotný stav poistenca pri zachovaní správnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. a to pri súčasnom zohľadnení 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.

1.3. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

Cena za výkon		
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Cena za výkon v €
60b	Komplexné predoperačné vyšetrenie vrátane odberu biologického materiálu, zhodnotenia laboratórnych a prístrojových vyšetrení. Výkon možno vykazovať iba raz v rámci jednej operácie, alebo aj opakovane v prípade zrušenia operácie alebo z dôvodu uplynutia platnosti predoperačného vyšetrenia podľa klasifikácie ASA a súčasne pri dodržaní aktuálnej platnej legislatívy, schválenej MZ SR. Výkon sa vykazuje samostatne s diagnózou, pre ktorú je poistenec plánovaný na operáciu. 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.	17,33
62a	Cielené vyšetrenie pacienta s respiračným syndrómom pri pandémii COVID-19. Ide o cieľové vyšetrenie dvoch alebo viacerých orgánových systémov (cieľová anamnéza, resp. anamnéza od poslednej kontroly), opis subjektívnych ťažkostí, objektívny nález, vypísanie správy, záver, vypracovanie plánu do nasledujúcej kontroly. Poučenie o diéte a životospráve a predvolanie na vyšetrenie je súčasťou výkonu. <u>Výkon poisťovňa akceptuje za nasledovných podmienok:</u> - Pacient má COVID pozitívny výsledok nie starší ako 14 dní. - U detí do 10 rokov pri pozitívnej epidemiologickej anamnéze v rodine zaznamenatej v zdravotnej dokumentácii a klinických príznakoch dieťaťa, aj bez COVID-19 pozitívneho výsledku dieťaťa. - Pacient má príznaky, ktoré sú charakteristické pre COVID ochorenie. - Výkon sa nevykazuje v kombinácii s iným výkonom. - Maximálne 1 krát za týždeň na jedno rodné číslo. - Výkon môžu vykazovať nasledovné odbornosti: všeobecný lekár, pediater, internista, pneumoftizeológ, pediatrický pneumoftizeológ, infektológ, otorinolaryngológ, imunoalergológ	20,00
250D	Delegovaný odber krvi (odobratie krvi venepunkciou) pri návšteve pacienta v ambulancii VLDD. - Dodržať postup, ktorý ustanovuje Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o postupe objednávaní, vykonávaní a kontroly laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení zo dňa 10.06.2014 číslo 02032/2014-SZ v platnom znení, - Dodržať podmienky zdravotnej indikácie v zmysle účelného, efektívneho a hospodárneho nakladania s prostriedkami verejných zdrojov.	2,00
4571a	C – reaktívny proteín, pre kapitovaných poistencov s frekvenciou vykázania jedenkrát za deň na jedno rodné číslo. - Výkon môže byť vykázaný lekárom s odbornosťou 007 a 008. 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, - zaznamenanie odčítania výsledku a vyhodnotenia výsledku v zdravotnej dokumentácii pacienta.	5,75
H0002	Intenzifikovaná zdravotná starostlivosť pre rizikových poistencov s obezitou. Všeobecný lekár pre deti a dorast poskytuje zdravotnú starostlivosť deťom s obezitou v súlade s aktuálnym odborným usmernením MZ SR o diagnostike a liečbe obezity u	10,00

	detí. Intenzifikovaná zdravotná starostlivosť poskytovaná deťom s obezitou, uhrádzaná nad rámec kapitácie, zahŕňa zdravotnú starostlivosť poskytovanú deťom s obezitou bez komplikácií. Úvodný protokol a protokoly z následných kontrolných vyšetrení sú súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca (Protokoly sú uverejnené na webovej stránke poisťovne v časti tlačivá). Všeobecný lekár pre deti a dorast vykáže výkony intenzifikovanej starostlivosti poskytnuté poistencom s obezitou ako výkon H0002 s diagnózou E66.09. Poisťovňa akceptuje a osobitne nad rámec kapitácie uhrádza výkony intenzifikovanej starostlivosti vo frekvencii raz za 3 mesiace (maximálne 4x za rok). V cene výkonu je zahrnuté aj vyhodnotenie laboratórnych výsledkov, odporúčenie ďalšej liečby a stanovenie ďalšieho postupu. Pri potrebnej vyššej frekvencii kontrolných vyšetrení sú tieto vyšetrenia uhrádzané v rámci kapitácie. V prípade odoslania dieťaťa k špecialistovi, najmä kód odbornosti 048 (gastroenterológia, detská gastroenterológia) alebo 050 (diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy) s diagnózou E66.09, je ďalšia poskytnutá zdravotná starostlivosť v súvislosti s diagnózou E66.09 uhrádzaná iba cenou kapitácie. Kontrolné laboratórne vyšetrenia indikuje VLDD v prípade patologických výsledkov úvodných vyšetrení, v závislosti od celkového zdravotného stavu poistenca.	
--	---	--

1.4. Individuálna zložka úhrady – Individuálna dodatková kapitácia

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

1.5. Hodnotiace parametre

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

Prevencia

Parameter vyjadruje, akým percentom sa na celkovom počte kapitovaných poistencov podieľali tí poistenci, ktorým bola v hodnotenom období poisťovňou uhradená preventívna prehliadka (výkony 148, 148a, 148b, 148c, 149, 149a, 149b, 149d, 160). Za kapitovaného poistenca sa pre potrebu vyhodnotenia parametra považuje ten poistenec, ktorý v hodnotenom období dosiahol vek minimálne troch rokov a za ktorého bola poskytovateľovi v hodnotenom období uhradená kapitácia.

Hodnotené obdobie: 12 po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov.

**Príloha č. 1c
k Zmluve č. 33NSP2000122**

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 poisťovni.

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. Individuálne zložky úhrady

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

3.1. 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).

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

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

1. Gynekológia a pôrodníctvo (typ ZS 103)

1.1. Kapitácia

Cena kapitácie	
Veková skupina	Cena v €
všetky vekové skupiny po dovŕšení 15. roka života	1,99

1.2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu

Cena bodu			
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Počet bodov	Cena bodu v €
1b	Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty, telefonicky alebo SMS. <u>Konzultácia s poistencom prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky obsahuje:</u> • 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. <u>Vykazovanie zdravotného výkonu:</u> • výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia poistenca, • súčasťou zdravotnej 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, <u>Povolená frekvencia akceptovania zdravotného výkonu:</u> 1-krát za deň a maximálne 4-krát za kalendárny mesiac na jedného poistenca.	160	0,027
11a	Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor). <u>Charakteristika zdravotného výkonu:</u> Konzultácia s poistencom prostredníctvom preukázateľnej elektronickej komunikácie (webová aplikácia, videohovor) v online prostredí, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie, realizáciu fotografií pacienta/vyšetrovaného orgánu na pridanie do zdravotnej dokumentácie. <u>Konzultácia s poistencom obsahuje:</u>	210	0,027

	• cielenú 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 dispozícii, • vypísanie receptov, prípadne vypísanie žiadaniek na ďalšie vyšetrenie, • poučenie poistenca, • diagnostický záver, • určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. <u>Vykazovanie zdravotného výkonu:</u> • výkon sa vykazuje ako komplexná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia, • súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je preukázateľný časový údaj o realizácii, • vyhotovenie záznamu v eZdravie, • diagnostický záver, ak je potrebné, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, • prípadne záznam o odporúčení 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.		
60	Komplexné vyšetrenie poistenca pri prevzatí dospeléj osoby do zdravotnej starostlivosti ako prvé komplexné vyšetrenie s vystavením zdravotného záznamu. • Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z., • Poskytovateľ poskytne poistencovi komplexné vyšetrenie (kompletná anamnéza, vyšetrenie všetkých orgánových systémov, založenie zdravotnej dokumentácie a stanovenie diagnostického záveru a diagnostického a liečebného plánu) v termíne do 30 dní od podpísania dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. • Vykázaný výkon č. 60 musí byť súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca. • Kontrola povinného očkovania poistenca. • Kontrola poslednej preventívnej prehliadky poistenca. • Informovaný súhlas pacienta s poskytnutím zdravotnej starostlivosti v súvislosti výkonom č. 60.	420	0,0318
70	Opätovné lekárske vystavenie receptov alebo poukazov na základe požiadavky poistenca prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefónu. <u>Charakteristika zdravotného výkonu:</u> • Vystavenie receptov alebo poukazov elektronickou formou na lieky/zdravotnícke pomôcky/dietetické potraviny, ktoré poistenc užíva minimálne jeden mesiac, a nebola realizovaná zmena dávkovania lieku lebo liekovej formy lieku <u>Vykazovanie zdravotného výkonu:</u> • výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia poistenca, • súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je preukázateľný 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	40	0,027

	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. <u>Povolená frekvencia akceptovania zdravotného výkonu:</u> 1-krát za deň, maximálne 4-krát za kalendárny mesiac na jedného poistenca.		
102	Preventívny výkon.	320	0,0840
103	Výšetrenie a rady počas gravidity s vyhodnotením výsledkov laboratórnych výšetrení so zreteľom na riziká gravidity. Vykazuje sa spravidla jedenkrát za 28 dní a po 36. týždni gravidity jedenkrát za 7 dní ak poistenka je naďalej vo výlučnej starostlivosti vykazujúceho lekára, s diagnózou Z34.0, Z34.8, Z34.9, Z35.0 až Z35.4, Z35.7 až Z35.9	200	0,0840
105	Preventívny výkon.	250	0,0840
108	Ultrazvukové sledovanie tehotenstva vrátane biometrie a posúdenie vývoja orgánov vrátane obrazovej dokumentácie, za každé vyšetrenie. Ako súčasť preventívnej prehliadky v tehotenstve možno vykázat maximálne 4 krát (výkon sa nemôže vykazovať spolu s výkonom č. 5808) s diagnózou Z34.0, Z34.8, Z34.9, Z35*	350	0,0840
118	Externé kardiokografické vyšetrenie (CTG). vykazuje sa po 36. týždni tehotenstva s frekvenciou 1 x za týždeň, maximálne 4 x za tehotenstvo	230	0,019170
157	Preventívny výkon.	220	0,0840
252b	Očkovanie. Očkovacia látka je úplne alebo čiastočne hrazená z verejného zdravotného poistenia, vrátane očkovania proti chrípke pri tehotnej poistene.	70	0,0840
252c			
297	Odobratie, príprava a odoslanie sterového materiálu na cytologické vyšetrenie, prípadne aj fixácia vrátane nákladov.	50	0,0840
1070	Kolposkopia. Vykazovanie iba v kombinácii s výkonom č. 157.	150	0,0840
5303	Výšetrenie močového traktu a orgánov malej panvy u ženy. Ako súčasť preventívnej prehliadky.	1000	0,009574
5305	Ultrazvukové vyšetrenie intravaginálnou sondou. Ako súčasť preventívnej prehliadky.	1200	0,009574
5308	Ultrazvukové vyšetrenie obidvoch prsníkov, axíl a regionálnych lymfatických uzlín. - Ako súčasť preventívnej prehliadky. - Vykazuje sa na základe odbornej spôsobilosti lekára.	1500	0,009574
5808	Ultrazvukové sledovanie tehotenstva, vrátane biometrie plodu. - Výkon sa nemôže vykazovať spolu s výkonom č. 108 - Akceptuje sa z dôvodu zmeny zdravotného stavu, ktorý ohrozuje vývin plodu alebo zdravie matky. - Vykazuje sa s príslušnou diagnózou pre ktorú bolo vyšetrenie indikované	600	0,009574
-	USG výkony, ktoré nie sú súčasťou preventívnej prehliadky.	-	0,009574
-	Výkony z I. časti Zoznamu výkonov pre poistencov EÚ, bezdomovcov, cudzincov a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. .	-	0,0350
-	Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) pre poistencov EÚ, bezdomovcov, cudzincov a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. a nekapitovaných poistencov.	-	0,0100

-	Neodkladná zdravotná starostlivosť poskytnutá poisťovňou, s ktorými poskytovateľ nemá uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.	-	0,0350
<i>Poisťovňa uhradí zdravotné výkony s kódom: 11a, 1b, 70 len za predpokladu, že relevantnú medicínsku radu alebo konzultáciu je možné poskytnúť poisťovni alebo jeho zákonnému zástupcovi telefonickou formou alebo formou videohovoru alebo inou elektronickou formou s ohľadom na zdravotný stav poistenca pri zachovaní správnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. a to pri súčasnom zohľadnení špecifik dištančného spôsobu poskytovania zdravotnej starostlivosti. Telefonický rozhovor alebo videohovor alebo iná elektronická komunikácia medzi poisťovňou 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>			

1.3. Skrining rakoviny krčka maternice

Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Cena za výkon v €
4M04004	Konzultačná, expertná kolposkopia Výkon sa uhrádza - V prípade abnormálneho cytologického nálezu u poistenky. - Ak ho vykazuje lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore onkológia v gynekológii, držiteľ certifikovanej pracovnej činnosti v expertnej kolposkopii a vybrané gynekologicko-pôrodnice ambulancie. - Lekár musí byť evidovaný v informačnom systéme Poisťovne u daného Poskytovateľa a súčasne uvedený v Zozname lekárov na konzultácie v prípade zistených abnormálnych cytologických náleзов alebo v inom obdobnom zozname zverejnenom na webovom sídle Ministerstva zdravotníctva SR a platnom v čase vykonania výkonu. - Pri dodržiavaní postupu v zmysle Odborného usmernenia na vykazovanie zdravotných výkonov a diagnóz (kódovanie) pre zdravotníckych pracovníkov a zariadenia ambulantnej zdravotnej starostlivosti participujúcich na skriningu rakoviny krčka maternice v platnom znení.	25,00
4M04007	Punch biopsia Výkon sa uhrádza - V prípade abnormálneho cytologického nálezu u poistenky. - Ak ho vykazuje lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore onkológia v gynekológii, vybraná gynekologicko-pôrodnica ambulancia, držiteľ certifikovanej pracovnej činnosti – expertná kolposkopia a lekári, ktorí sú v príprave na získanie tejto certifikovanej pracovnej činnosti. - Lekár musí byť evidovaný v informačnom systéme Poisťovne u daného Poskytovateľa a súčasne uvedený v Zozname lekárov na konzultácie v prípade zistených abnormálnych cytologických náleзов alebo v inom obdobnom zozname zverejnenom na webovom sídle Ministerstva zdravotníctva SR a platnom v čase vykonania výkonu. - Pri dodržiavaní postupu v zmysle Odborného usmernenia na vykazovanie zdravotných výkonov a diagnóz (kódovanie) pre zdravotníckych pracovníkov a zariadenia ambulantnej zdravotnej starostlivosti participujúcich na skriningu rakoviny krčka maternice v platnom znení. - Ak bol vykázaný s niektorou z nasledovných diagnóz v rámci manažmentu abnormálnych cytologických náleзов: - Ascus- R87.60, - ASC-H- R87.61, - L-SIL- R87.62,H-SIL-R87.63, - karcinóm- R87.64, - chýbajú žľazové bunky transformačnej zóny- R87.65, - iný abnormálny cytologický nález- R87.66, - nešpecifikovaný abnormálny cytologický nález- R87.67. - Ak bol vykázaný po stanovení histologickej diagnózy v rámci ďalšieho sledovania, follow up, s niektorým z nasledovných histologických diagnostických kódov: - N87.0 (CIN I, low grade SIL, ľahká dysplázia), - N87.1 (CIN II), - D06.0 (CGIN, AIS-glandulárne neoplázie), - D06.1 (CIN III, high grade SIL, ťažká dysplázia), - C53.0-9 (invazívny karcinóm).	15,00

1.4. Individuálna zložka úhrady – Individuálna dodatková kapitácia

Základ pre výpočet ceny IDK		
Špecializácia	Veková skupina	Základ v €
Gynekológia a pôrodnictvo	všetky	0,60

1.5. Hodnotiace parametre

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	45%	Reálne plnenie poskytovateľa
	Prevenčia	Preventívna prehliadka vykonaná aspoň u takého počtu poistencov, ktorý zodpovedá priemeru v príslušnej odbornosti v hodnotenom období.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
		Preventívna prehliadka vykonaná aspoň u takého počtu poistencov, ktorý zodpovedá 75% z priemeru v príslušnej odbornosti v hodnotenom období.	7%	
Elektronizácia	eNávrhy	Poskytovateľ vystavuje žiadosť o schválenie vybraných liekov, zdravotníckych pomôcok alebo kúpeľnej liečby formou eNávrhu.	10%	Reálne plnenie poskytovateľa
	eZdravie	Poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vedie zdravotnú dokumentáciu v súlade s ustanovením § 19 a nasl. Zákona č. 576/2004 Z. z. a súčasne zasiela údaje zo zdravotnej dokumentácie elektronickou formou do elektronickej zdravotnej knižky (EZK) v rozsahu § 5 Zákona č. 153/2013 Z. z.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
Dostupnosť	Ordinačný čas	Stanovenie týždenného čistého ordinačného času na aspoň 30 hodín 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 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

Prevenčia

Parameter vyjadruje, akým percentom sa na celkovom počte kapitovaných poistencov podieľali tí poistenci, ktorým bola v hodnotenom období poisťovňou uhradená preventívna prehliadka (výkon 157). Za kapitovaného poistenca sa pre potrebu vyhodnotenia parametra považuje ten poistenec, za ktorého bola poskytovateľovi v hodnotenom období uhradená kapitácia.

Hodnotené obdobie: 12 po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov.

**Príloha č. 1d
k Zmluve č. 33NSP2000122**

Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti

Časť A. Ambulantná zdravotná starostlivosť

Čl. I

Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (všeobecné ustanovenia)

1. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu

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

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

2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

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

3. Individuálne zložky úhrady

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

3.1. Individuálna pripočítateľná položka

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

3.2. Hodnotiace parametre

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

HP vyhodnocuje poisťovňa dva krát počas kalendárneho roka nasledovným spôsobom:

I. vyhodnotenie

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

II. vyhodnotenie

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

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

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

1. Špecializovaná ambulantná starostlivosť – vrátane ÚPS

1.1. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu

Cena bodu			
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Počet bodov	Cena bodu v €
-	výkony z I. časti Zoznamu výkonov (v prípade, že v tejto tabuľke nie je uvedené inak)	-	0,03466
-	Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ).	-	0,009159
-	Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) vykonávané prístrojovou technikou ULTRAZVUK – USG a FUNKČNÁ DIAGNOSTIKA.	-	0,009574
1b	Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty, telefonicky alebo SMS. <u>Konzultácia s poistencom prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky obsahuje:</u> • 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. <u>Vykazovanie zdravotného výkonu:</u> • 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, <u>Povolená frekvencia akceptovania zdravotného výkonu:</u> 1-krát za deň a maximálne 3-krát za kalendárny mesiac na jedného poistenca.	160	0,0350
1c	Krízová psychoterapeutická intervencia alebo individuálna psychoterapia alebo psychodiagnostický rozhovor prostredníctvom elektronickej komunikácie. <u>Popis zdravotného výkonu (ďalej len „výkon“):</u> Krízová psychoterapeutická intervencia s pacientom telefonicky, alebo prostredníctvom elektronickej pošty, alebo webovej aplikácie, alebo videohovoru obsahuje: • cielenú anamnézu/heteroanamnézu, • popis subjektívnych ťažkostí, • krízovú psychoterapeutickú intervenciu ako okamžité opatrenie pri akútnej psychickej dekompenzácií (napríklad pokus o samovraždu), • diagnostický záver, • poučenie o psychohygiene, • v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/zdravotníckych pomôcok,	1000	0,0350

	• prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára, • individuálna psychoterapia (trvanie najmenej 50 minút) • rozhovor so súčasným zisťovaním biografickej anamnézy na psychoterapeutické účely, s písomným záznamom vrátane rady pacientovi (trvanie najmenej 20 minút) • poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie. <u>Vykazovanie výkonu:</u> • výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez osobnej prítomnosti pacienta, • zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii, • súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj o realizácii, popis zdravotného výkonu v trvaní najmenej 45 minút, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára, • vyhotovenie záznamu v eZdravie, • výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, • výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta, • výkon sa vykazuje samostatne, najviac 1x za deň na jedného pacienta, • opakované vykávanie v jednom liečebnom prípade vyžaduje osobitné zdôvodnenie v zdravotnej dokumentácii. • Výkon sa vykazuje v odbornosti: psychiatria, detská psychiatria, gerontopsychiatria a klinická psychológia		
4a	Vykonanie jednoduchého zdravotného výkonu. <u>Charakteristika zdravotného výkonu:</u> napríklad kontrola krvného tlaku pri liečení hypertenzie, odstránenie stehov, lokálne ošetrenie podnebných mandlí, aplikácia liečiv, napríklad do vonkajšieho zvukovodu a podobne. Výkon je možné vykonať pri kontrole selfmonnitoringu glykémie a pri manipulácii s močom. Neakceptuje sa ako vypísanie žiadanky, receptu, zhodnotenie výsledkov. Vykazuje sa samostatne. <u>Povolená frekvencia akceptovania zdravotného výkonu:</u> 1 x za deň, max. 2 x za 6 mesiacov. • zdravotný výkon vykonáva diabetológ, pediatričný endokrinológ	80	0,03466
11a	Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor). <u>Charakteristika zdravotného výkonu:</u> Konzultácia s poistencom prostredníctvom elektronickej komunikácie (webová aplikácia, videohovor) v online prostredí, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie. <u>Konzultácia s pacientom obsahuje:</u> • cielenú 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 poistenca • určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení-návštevy iného lekára. <u>Vykazovanie zdravotného výkonu:</u> • výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta a zaznamená sa v zdravotnej dokumentácii	210	0,0350

	- súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj o realizácii, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporúčení 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 poistenca.		
15d	Zhodnotenie rtg. dokumentácie. - 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 pediatriká.	150	0,0260
40	Zotrúvanie pri pacientovi môže vykazovať ošetrujúci lekár za prvú skončenú polhodinu a za každú ďalšiu začatú polhodinu zotrúvania pri pacientovi. Podmienky úhrady pre odbornosť 040: Výkon 40 sa akceptuje pri podávaní biologickej liečby, substitučnej liečby imunoglobulínmi, a pri zahájení alergénovej imunoterapie. Nutný zápis času podania a časového intervalu sledovania v ZD pacienta.	200	0,03466
40	Zotrúvanie pri pacientovi môže vykazovať ošetrujúci lekár za prvú skončenú polhodinu a za každú ďalšiu začatú polhodinu zotrúvania pri pacientovi. Podmienky úhrady pre odbornosť 003, 156: Výkon 40 sa akceptuje pri podávaní biologickej liečby. Nutný zápis času podania a časového intervalu sledovania v ZD pacienta.	200	0,03466
60	Komplexné vyšetrenie pacienta: kompletná anamnéza, vyšetrenie všetkých orgánových systémov, založenie zdravotnej dokumentácie, zhodnotenie výsledkov vyšetrení, diagnostický záver, liečebný plán a/alebo zaradenie do dispenzárnej starostlivosti, odoslanie pacienta na ďalšie laboratórne, prístrojové alebo odborné vyšetrenia -vypísanie žiadaniek, poučenie pacienta, vypísanie receptov a lekárskej správy, ak vyšetrenie trvá dlhšie ako 30 minút.	500	0,03466
	Pre odbornosti: neurológia, pediatriká neurológia, pediatriká gastroenterológia, vnútorné lekárstvo a geriatria	620	
60a	Komplexné predoperačné vyšetrenie vrátane odberov krvi, zhodnotenia laboratórných a prístrojových vyšetrení. Komplexné predoperačné vyšetrenie pre endokrinologické operačné dg., vrátane zhodnotenia výsledkov laboratórných a prístrojových vyšetrení. Výkon sa vykazuje s príslušnou diagnózou operačného výkonu v súvislosti s edokrinologickým ochorením. Povolená kombinácia s výkonmi 15c a 603A alebo 5702; 250x a/alebo 3525 alebo 3526, 3592 (pokiaľ SVLZ vyšetrenia nerealizovalo SVLZ pracovisko) Zakázaná kombinácia s výkonmi 60; 62; 63; 1; IPP*; 15a; 15b; 1b; 70; 11a 1x deň na 1 URČ; 1x pri jednej operácii (opakovane len v odôvodnených prípadoch) Súčasťou výkonu je aj kompletná lekárska správa. Výkon môže vykázat: endokrinológ, pediatriký endokrinológ ak pacienta indikoval na operačný výkon.	500	0,03466
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 kontroly. Poučenie o diéte a životospráve a predvolanie na vyšetrenie je súčasťou výkonu, ak vyšetrenie trvá dlhšie ako 20 minút.	310	0,03466

	Pre odbornosti: neurológia, pediatričná neurológia, pediatričná gastroenterológia, vnútorné lekárstvo a geriatra	400	
63	Dôkladné vyšetrenie jedného orgánového systému alebo kontrolné vyšetrenie vrátane rád a dokumentácie.	250	0,03466
	Pre odbornosti: neurológia, pediatričná neurológia, pediatričná gastroenterológia, vnútorné lekárstvo a geriatra	310	
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, 063, 064, 104, 105, 107, 108, 109, 114, 140, 145, 153, 154, 155, 156, 163, 323, 329, 331, 335, 336, 341 akceptované ako príplatok u dieťaťa do veku desiatich rokov.	200	0,03466
66	Príplatok pri sťaženom výkone. Pri výkone pod kódom 60. Pre odbornosti: 001, 002, 003, 004, 005, 007, 010, 015, 017, 027, 040, 048, 050, 063, 064, 104, 105, 107, 108, 109, 114, 140, 145, 153, 154, 155, 156, 163, 323, 329, 331, 335, 336, 341 akceptované ako príplatok u dieťaťa do veku desiatich rokov.	320	0,03466
67	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, 040, 048, 050, 063, 064, 104, 105, 107, 108, 109, 114, 140, 145, 153, 154, 155, 156, 163, 323, 329, 331, 335, 336, 341 pri výkonoch - odber krvi, injekcie, infúzie, transfúzie, infiltrácie, implantácie, odobratie sterov, punkcie a pri výkone očkovania.	200	0,03466
70	Opätovné lekárske vystavenie receptov a/alebo poukazov na základe požiadavky poistenca prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefónu. <u>Charakteristika zdravotného výkonu:</u> - Vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronickou formou na lieky/zdravotnícke pomôcky/dietetické potraviny, ktoré poistenc užíva minimálne jeden mesiac, a nebola realizovaná zmena dávkovania lieku lebo liekovej formy lieku <u>Vykazovanie zdravotného výkonu:</u> - 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), - výkon sa vykazuje samostatne za každý vystavený recept a/alebo poukaz, ak ide o elektronický predpis liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín typu opakovaný recept (preskripčný záznam s poznámkou „REPETATUR“), - výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi. <u>Povolená frekvencia akceptovania zdravotného výkonu:</u> 2-krát za kalendárny mesiac na jedného poistenca.	40	0,0350
158	Preventívna urologická prehliadka u mužov od 50. roku veku. Výkon sa vykazuje v odbornosti 012 s diagnózou Z12.5. <u>Frekvencia výkonu</u> – raz za 3 roky.	390	0,0800

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

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

763	Endoskopické vyšetrenie céka vrátane výkonu pod kódom 762, v prípade potreby aj s biopsiou a (alebo) punkciou a kontrolou polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatriká gastroenterológia, hepatológia a výživa	10340	0,03466
763a	Endoskopické vyšetrenie céka a (alebo) terminálneho ilea vrátane výkonu pod kódom 762, v prípade potreby aj s biopsiou a (alebo) punkciou a kontrolou polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatriká gastroenterológia, hepatológia a výživa	11838	0,03466
763P	Preventívna prehliadka konečníka a hrubého čreva kolonoskopom.	-	0,049
763M		-	0,049
765p	Odstránenie jedného polypu pomocou vysokofrekvenčnej elektrickej slučky (elektrických klieští - hot biopsy) – preventívny výkon. Výkon sa vykazuje s diagnózou Z12.1	946	0,03466
760sp	Parciálna skriningová kolonoskopia (SK) endoskopické vyšetrenie v oblasti colon descendens spolu so sigmoidoskopiou, rektoskopiou, v prípade potreby aj s biopsiou a/alebo punkciou vrátane kontroly polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy. • Preventívny výkon. • Výsledok kontroly – pozitívny. • Frekvencia výkonu raz za 10 rokov. • Výkon sa poskytuje 50 a viac ročným poistencom. • Výkon sa vykazuje s diagnózou Z12.1. <u>Výkon môžu vykazovať špecialisti v odbornosti 001, 010 a 048, ktorí majú certifikát v certifikovanej činnosti diagnostická a intervenčná kolonoskopia a pracujú na endoskopických pracoviskách zaradených do skriningu kolorektálneho karcinómu, zoznam ktorých je zverejnený na webovej stránke ministerstva zdravotníctva SR.</u>	1500	0,049
760sn	Parciálna skriningová kolonoskopia (SK) (endoskopické vyšetrenie v oblasti colon descendens spolu so sigmoidoskopiou, rektoskopiou, v prípade potreby aj s biopsiou a/alebo punkciou vrátane kontroly polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy). • Preventívny výkon. • Výsledok kontroly – negatívny • Frekvencia výkonu raz za 10 rokov. • Výkon sa poskytuje 50 a viac ročným poistencom. • Výkon sa vykazuje s diagnózou Z12.1. <u>Výkon môžu vykazovať špecialisti v odbornosti 001, 010 a 048, ktorí majú certifikát v certifikovanej činnosti diagnostická a intervenčná kolonoskopia a pracujú na endoskopických pracoviskách zaradených do skriningu kolorektálneho karcinómu, zoznam ktorých je zverejnený na webovej stránke ministerstva zdravotníctva SR.</u>	1500	0,049
760pp	Parciálna primárna skriningová kolonoskopia (PSK) (endoskopické vyšetrenie v oblasti colon descendens spolu so sigmoidoskopiou, rektoskopiou, v prípade potreby aj s biopsiou a/alebo punkciou vrátane kontroly polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy). • Preventívny výkon. • Výsledok kontroly – pozitívny • Frekvencia výkonu raz za 10 rokov. • Výkon sa poskytuje 50 a viac ročným poistencom. • Výkon sa vykazuje s diagnózou Z12.1. • <u>Výkon môžu vykazovať špecialisti v odbornosti 001, 010 a 048, ktorí majú certifikát v certifikovanej činnosti diagnostická a intervenčná kolonoskopia a pracujú na endoskopických pracoviskách zaradených do skriningu kolorektálneho karcinómu, zoznam ktorých je zverejnený na webovej stránke ministerstva zdravotníctva SR.</u>	1500	0,049

	• Predloženie certifikátu v certifikovanej pracovnej činnosti diagnostická a intervenčná kolonoskopia.		
760pn	Parciálna primárna skriningová kolonoskopia (PSK) (endoskopické vyšetrenie v oblasti colon descendens spolu so sigmoidoskopiou, rektoskopiou, v prípade potreby aj s biopsiou a/alebo punkciou vrátane kontroly polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy). • Preventívny výkon. • Výsledok kontroly – negatívny. • Frekvencia výkonu raz za 10 rokov. • Výkon sa poskytuje 50 a viac ročným poistencom. • Výkon sa vykazuje s diagnózou Z12.1. • <u>Výkon môžu vykazovať špecialisti v odbornosti 001, 010 a 048, ktorí majú certifikát v certifikovanej činnosti diagnostická a intervenčná kolonoskopia a pracujú na endoskopických pracoviskách zaradených do skríningu kolorektálneho karcinómu, zoznam ktorých je zverejnený na webovej stránke ministerstva zdravotníctva SR.</u>	1500	0,049
763sp	Totálna skriningová kolonoskopia (SK) (endoskopické vyšetrenie počnúc rektoskopiou po vyšetrenie céka vrátane, v prípade potreby aj s biopsiou a/alebo punkciou vrátane kontroly polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy). • Preventívny výkon. • Výsledok kontroly – pozitívny • Frekvencia výkonu raz za 10 rokov. • Výkon sa poskytuje 50 a viac ročným poistencom. • Výkon sa vykazuje s diagnózou Z12.1. • <u>Výkon môžu vykazovať špecialisti v odbornosti 001, 010 a 048, ktorí majú certifikát v certifikovanej činnosti diagnostická a intervenčná kolonoskopia a pracujú na endoskopických pracoviskách zaradených do skríningu kolorektálneho karcinómu, zoznam ktorých je zverejnený na webovej stránke ministerstva zdravotníctva SR.</u>	3000	0,049
763sn	Totálna skriningová kolonoskopia (SK) (endoskopické vyšetrenie počnúc rektoskopiou po vyšetrenie céka vrátane, v prípade potreby aj s biopsiou a/alebo punkciou vrátane kontroly polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy). • Preventívny výkon. • Výsledok kontroly – negatívny • Frekvencia výkonu raz za 10 rokov. • Výkon sa poskytuje 50 a viac ročným poistencom. • Výkon sa vykazuje s diagnózou Z12.1. • <u>Výkon môžu vykazovať špecialisti v odbornosti 001, 010 a 048, ktorí majú certifikát v certifikovanej činnosti diagnostická a intervenčná kolonoskopia a pracujú na endoskopických pracoviskách zaradených do skríningu kolorektálneho karcinómu, zoznam ktorých je zverejnený na webovej stránke ministerstva zdravotníctva SR.</u>	3000	0,049
763pp	Totálna primárna skriningová kolonoskopia (PSK) (endoskopické vyšetrenie počnúc rektoskopiou po vyšetrenie céka vrátane, v prípade potreby aj s biopsiou a/alebo punkciou vrátane kontroly polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy). • Preventívny výkon. • Výsledok kontroly – pozitívny. • Frekvencia výkonu raz za 10 rokov. • Výkon sa poskytuje 50 a viac ročným poistencom. • Výkon sa vykazuje s diagnózou Z12.1. • <u>Výkon môžu vykazovať špecialisti v odbornosti 001, 010 a 048, ktorí majú certifikát v certifikovanej činnosti diagnostická a intervenčná kolonoskopia a pracujú na endoskopických pracoviskách zaradených do skríningu kolorektálneho karcinómu, zoznam ktorých je zverejnený na webovej stránke ministerstva zdravotníctva SR.</u>	3000	0,049

763pn	Totálna primárna skriningová kolonoskopia (PSK) (endoskopické vyšetrenie počnúc rektoskopiou po vyšetrenie céka vrátane, v prípade potreby aj s biopsiou a/alebo punkciou vrátane kontroly polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy). • Preventívny výkon. • Výsledok kontroly – negatívny • Frekvencia výkonu raz za 10 rokov. • Výkon sa poskytuje 50 a viac ročným poistencom. • Výkon sa vykazuje s diagnózou Z12.1. • Výkon môžu vykazovať špecialisti v odbornosti 001, 010 a 048, ktorí majú certifikát v certifikovanej činnosti diagnostická a intervenčná kolonoskopia a pracujú na endoskopických pracoviskách zaradených do skríningu kolorektálneho karcinómu, zoznam ktorých je zverejnený na webovej stránke ministerstva zdravotníctva SR.	3000	0,049
802	Elektroencefalografické vyšetrenie vrátane prípadných provokácií. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> neurológia.	750	0,03466
	<u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatričná neurológia.	1500	0,03466
803	Elektroencefalografické vyšetrenie dieťaťa do skončeného ôsmeho roku života vrátane prípadných provokácií. • Výkon zahŕňa aj vyhodnotenie a popis. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> neurológia.	900	0,03466
	<u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatričná neurológia.	1800	0,03466
804	Elektroencefalografické vyšetrenie po fáze bdenia, prípadne po odvrátení spánku po provokáciách. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> neurológia.	900	0,03466
	<u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatričná neurológia.	1800	0,03466
813	Príplatok k výkonu č. 802 za simultánne elektroencefalografické monitorovanie <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> neurológia	60	0,03466
	<u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatričná neurológia.	120	0,03466
819d	Vertebrologické vyšetrenie vrátane poučenia a manipulácie (opakovane), mobilita eventuálne zvodová anestéza. • Výkon možno vykazovať v prípade komplexného vertebrologického vyšetrenia pri vertebrogénnych ochoreniach. • Výkon sa môže vykazovať v odbornosti neurológia. • Podmienkou úhrady je zápis vyšetrenia v zdravotnej dokumentácii pacienta. • Výkon sa môže vykazovať s výkonom č. 62 a 63 v prípade, ak je potrebné komplexné vertebrologické vyšetrenie. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> neurológia.	600	0,03466
	<u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatričná neurológia.	1200	0,03466
820	Prvé komplexné psychiatrické vyšetrenie pacienta <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> psychiatria, detská psychiatria medicína drogových závislostí, gerontopsychiatria, psychiatrická sexuológia, neuropsychiatria	950	0,03466
821	Podrobné psychiatrické vyšetrenie pred zahájením liečby <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> psychiatria, detská psychiatria medicína drogových závislostí, gerontopsychiatria, psychiatrická sexuológia, neuropsychiatria	890	0,03466
822	Kontrolné psychiatrické vyšetrenie vrátane rád a dokumentácie.	360	0,03466

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

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

	<u>Podmienky úhrady pre odbornosť: 001</u>		
5744	Echokardiografické vyšetrenie metódou TM a 2D. <u>Podmienkou akceptácie</u> je príslušné prístrojové vybavenie ambulancie akceptované poisťovňou (doklad o nadobudnutí prístroja, prehlásenie o zhode, zaškolenie). Kombináciu ECHOKG vyšetrení je nutné vykazovať v jeden deň s jednotnou dg. <u>Výkon sa nevykazuje</u> pri dg. I70.9 a E78*. <u>Výkon sa nemôže vykazovať</u> s výkonmi 614 a 617. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť: 049,155</u>	2000	0,009574
5745	Echokardiografické vyšetrenie PW a CW Dopplerom. <u>Podmienkou akceptácie</u> je príslušné prístrojové vybavenie ambulancie akceptované poisťovňou (doklad o nadobudnutí prístroja, prehlásenie o zhode, zaškolenie). Kombináciu ECHOKG vyšetrení je nutné vykazovať v jeden deň s jednotnou dg. <u>Výkon sa nevykazuje</u> pri dg. I70.9 a E78*. <u>Výkon sa nemôže vykazovať</u> s výkonmi 614 a 617. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť: 049,155</u>	1800	0,009574
5746	Echokardiografické vyšetrenie pomocou farebného mapovania toku (CFM) ako príplatok k výkonu pod kódom 5744. <u>Podmienkou akceptácie</u> je príslušné prístrojové vybavenie ambulancie akceptované poisťovňou (doklad o nadobudnutí prístroja, prehlásenie o zhode, zaškolenie). Kombináciu ECHOKG vyšetrení je nutné vykazovať v jeden deň s jednotnou dg. <u>Výkon sa nevykazuje</u> pri dg. I70.9 a E78*. <u>Výkon sa nemôže vykazovať</u> s výkonmi 614 a 617. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť: 049,155</u>	2100	0,009574
5754	Počítačové spracovanie údajov z echokardiografického vyšetrenia. Kombináciu ECHOKG vyšetrení je nutné vykazovať v jeden deň s jednotnou dg. <u>Výkon sa nevykazuje</u> pri dg. I70.9 a E78*. <u>Výkon sa nemôže vykazovať</u> s výkonmi 614 a 617. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť: 049,155</u>	750	0,009574
1A01033	Komplexné pneumoftizeologické vyšetrenie pacienta (kompletná anamnéza, vyšetrenie všetkých orgánových systémov, založenie zdravotnej dokumentácie, diagnostický záver, liečebný plán a (alebo) zaradenie do dispenzárnej starostlivosti, odoslanie pacienta na ďalšie laboratórne, prístrojové alebo odborné vyšetrenia – vypísanie žiadaniek, poučenie pacienta, vypísanie receptov a lekárskej správy (trvanie najmenej 30 minút). <u>Podmienky akceptácie výkonu:</u> Výkon vykazuje pneumoftizeológ, pediatrický pneumoftizeológ pri prvovýšetrení len raz za život pri prevzatí dospeléj osoby do zdravotnej starostlivosti ako prvotné komplexné vyšetrenie s vystavením zdravotného záznamu. <u>Výkon sa nemôže vykazovať s výkonom č. 60,62,63</u>	525	0,03466
1A02060	Cielené vyšetrenie pneumoftizeologické alebo dispenzárna kontrola (cielená anamnéza, resp. anamnéza od poslednej kontroly), opis subjektívnych ťažkostí, objektívny nález, vypísanie správy, záver, vypracovanie plánu do nasledujúcej kontroly. Poučenie o diéte a životospráve a predvolanie na vyšetrenie je súčasťou výkonu. Vyšetrenie trvá dlhšie ako 20 minút. <u>Podmienky akceptácie výkonu:</u>	340	0,03466

	Výkon vykazuje pneumoftizeológ, pediatrický pneumoftizeológ. Vykazuje sa v danom mesiaci na 1URČ/NZ PZS pri tej istej dg iba 1x. Ostatné návštevy sú už kontrolné vyšetrenie, a vykazuje sa výkon 11A03044/63. <u>Výkon sa nemôže vykazovať s výkonom č. 60, 62, 63</u>		
1A02072	Cielené artrologické vyšetrenie <u>Charakteristika výkonu:</u> Vyšetrenie periférnych kĺbov Vyšetrenie ich tvaru, teploty, farby kože nad kĺbami, vyšetrenie zmien na koži a adnexách, hybnosti kĺbov a rozsahu pohybov, hodnotenie zvukových fenoménov, vyšetrenie funkčných porúch kĺbov, vyšetrenie úponov Vyšetrenie chrbtice postavenie, palpačné vyšetrenie stavcov, stavcových výbežkov, paravertebrálnych svalov, hybnosti, deformít, postavenia lopatiek, panvy, gluteálneho svalstva, stuhlosti svalstva, vyšetrenie dýchacích exkurzií, vyšetrenie entezopatických zmien, vyšetrenie pohyblivosti jednotlivých úsekov chrbtice. <u>Podmienky akceptovania výkonu:</u> - výkon zahŕňa fyzikálne vyšetrenie 68 kĺbov horných aj dolných končatín a chrbtice s dôkladným zápisom do zdravotnej dokumentácie, - výkon je možné vykazovať len pri dg. M02.*- M09*, M10*-M13*, M30*-M35*, M45*, M46.8*, M46.9* - frekvencia vykazovania 4 krát za 12 mesiacov, - výkon môžu vykázať nasledovné odbornosti: 045, 145. <u>Kombinácia s vybranými výkonmi:</u> - Výkon možno kombinovať s výkonmi č. 60, 60R, 62, 63 pri špecifických diagnózach. - Výkon sa nedá kombinovať s výkonom č. 66 a 503, 504	1300	0,03466
1A02077	Cielené vyšetrenie poistenca s respiračným syndrómom pri pandémii COVID-19 <u>Podmienky akceptovania výkonu:</u> Výkon vykazuje pneumoftizeológ, pediatrický pneumoftizeológ Zdravotný výkon sa vykonáva u pacienta s COVID-pozitívnym výsledkom, ktorý nie je starší ako 14 dní, u detí do 10 rokov pri pozitívnej epidemiologickej anamnéze v rodine zaznamenatej v zdravotnej dokumentácii a pri klinických príznakoch u dieťaťa aj bez COVID-pozitívneho výsledku. Zdravotný výkon sa vykazuje samostatne, nevykazuje sa súčasne s inými zdravotnými výkonmi. Zdravotný výkon sa vykonáva s použitím osobných ochranných pomôcok.	900	0,03466
1A03044	Kontrolné pneumoftizeologické vyšetrenie vrátane rád a dokumentácie. Vyšetrenie trvá dlhšie ako 15 minút. <u>Podmienky akceptovania výkonu:</u> Výkon vykazuje pneumoftizeológ, pediatrický pneumoftizeológ. Vyšetrenie obsahuje subjektívny, objektívny nález, zhodnotenie výsledkov, záver, písomnú správu, vypísanie receptu, vypísanie žiadaniek na iné vyšetrenia, poučenie pacienta. Výkon sa nemôže vykazovať s výkonom č. 60, 62, 63.	260	0,03466
1A03057	Artrologické vyšetrenie <u>Charakteristika výkonu</u> Vyšetrenie periférnych kĺbov alebo chrbtice z hľadiska posúdenia chorobných zmien. <u>Podmienky akceptovania výkonu:</u> Výkon vykazuje reumatológ, pediatrický reumatológ	320	0,03466

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

	• edukáciu o význame fyzického pohybu, nastavenie pre daného pacienta, odporúčané druhy a intenzita fyzickej aktivity, • edukáciu o liečbe v prípade, ak sa nasadí farmakologická liečba – perorálne antidiabetiká alebo injekčné preparáty. <u>Podmienky úhrady výkonu:</u> • výkon vykazuje diabetológ, pediatrický endokrinológ • dĺžka trvania výkonu je minimálne 20 minút • možno akceptovať aj pri poruche glukózovej tolerancie dg R73.9 a pri gestačnom diabete dg O24* <u>Maximálna frekvencia vykazovania výkonu:</u> • 1 krát za život poistenca <u>Výkon nie je možné kombinovať s nasledovnými výkonmi:</u> ○ 10c, 10, 1B05012, 510		
1B05012	Edukácia aplikácie inzulínu a iných injekčných antidiabetík. <u>Výkon zahŕňa nasledovné činnosti:</u> A) Edukácia aplikácie inzulínu a iných injekčných antidiabetík obsahuje: • základné informácie pre pacienta o inzulíne, o jeho účinku, o jeho skladovaní, priebeh účinku ordinovaného inzulínu, likvidácii obalov liekov a inzulínových pier, striekačiek, ihliel, • edukácia o príznakoch hypoglykémie a jej liečbe, prevencia hypoglykémie, príčiny vzniku hypoglykémie, prvá pomoc pri hypoglykémii, hypoglykémia ako rizikový faktor ďalších ochorení, hypoglykémia a vedenie motorového vozidla, • edukácia o hyperglykémii a ketoacidóze, o jej príznakoch a o postupe pri jej prejavoch, • edukácia o dávkovaní inzulínu podľa konzumácie jedla s daným obsahom sacharidových jednotiek, • edukácia o mimoriadnych situáciách pri liečbe inzulínom (interkurentné ochorenia, operácie, vedenie motorového vozidla, práca pri vysokých teplotách, cestovanie a podobne), ako upravovať, kedy dávky znižovať, eventuálne aj vynechať podanie inzulínu, • edukácia pacienta o úprave dávok inzulínu vo vzťahu k fyzickej aktivite, • nastavenie jednotiek inzulínu stanovením individuálnej citlivosti pacienta na inzulín, • usmernenie a cielená odborná inštrukcia k používaniu inzulínového pera a edukácia na aplikáciu inzulínu, • usmernenie a cielená odborná inštrukcia pri obsluhu glukometra, • edukácia o meraní glykémii glukometrom, timingu meraní, frekvencií meraní, zapisovanie hodnôt a zapisovanie jedál – poučiť v ktorých prípadoch je to potrebné, • edukácia o prevencii a znížení rizika komplikácií diabetu samovyšetrením rôznych častí tela, predovšetkým dolných končatín, moču, tlaku krvi a iné. alebo B) Pohovor s pacientom s DM pri plánovaní zásadnej zmeny liečby na injekčnú liečbu (GLP1, PCSK-9) obsahuje: • edukáciu o postupe pri podávaní injekčnej liečby, skladovaní lieku, zmien miesta vpichov, • edukáciu o časovaní injekcií napr. pri vynechaní, dodržanie časových odstupov • edukácia o možných vedľajších účinkoch, kedy sa má pacient hlásiť u lekára, alebo liečbu ukončiť, • edukáciu o selfmonitoringu glykémii pri liečbe GLP-1 – obsluha glukometra, časovanie meraní.	420	0,03466

	<u>Podmienky úhrady výkonu:</u> - výkon vykazuje diabetológ, pediatrický endokrinológ - dĺžka trvania výkonu je minimálne 20 minút <u>Maximálna frekvencia vykazovania výkonu:</u> - jeden krát pri nastavení na liečbu inzulínom a inými injekčnými antidiabetikami <u>Výkon nie je možné kombinovať s nasledovnými výkonmi:</u> 10c, 10, 1B05011, 510		
1B05014	Edukácia pri diabete v súvislosti s prevenciou chronických komplikácií diabetu a ochorení zapríčinených diabetom. <u>Výkon zahŕňa nasledovné činnosti:</u> A) Edukácia pacienta ohľadom akútnych a chronických komplikácií DM obsahuje: - edukáciu o postupe pri akútnej hyperglykémii - vylúčenie ketoacidózy - fyzický pohyb, dopichovanie inzulínu s prevenciou kumulovania dávok inzulínu, - edukáciu pri novovzniknutej diabetickej retinopatii, neuropatii, nefropatii, makroangiopatii - to znamená pri makrovaskulárnych komplikáciách diabetu ako infarkt srdca, cievna mozgová príhoda, - edukáciu pri potrebe hemodialyzačnej alebo transplantačnej liečby, väčšej strate zraku až slepote, pri vzniknutej diabetickej nohe a/alebo B) Edukácia pacienta s diabetickou nohou obsahuje: - pri prevencii - edukáciu o starostlivosti o dolné končatiny pravidelným samovyšetrením aj s využitím príslušných pomôcok, správny výber obuvi, vložiek, zdravotná pedikúra, - pri vzniku defektu: kedy je potrebné ošetrovanie lekára pri vzniku defektu, edukácia o prísnej glykemickej kontrole. a/alebo C) Edukácia pacienta s dyslipidémiou obsahuje: - poruchy metabolizmu tukov, diferenciácia familiárnych foriem dyslipidémie, - súvislosť tukov s aterosklerózou a kardiovaskulárnymi ochoreniami, spôsoby a ciele liečby hyperlipoproteinémie podľa stratifikácie kardiovaskulárneho rizika a/alebo D) Edukácia pacienta s obezitou obsahuje: - edukáciu dôsledkoch obezity na dĺžku života a na zdravotný stav pacienta, - zdôraznenie prínosu zníženia telesnej hmotnosti na zdravie pacienta, - základná edukácia o znížení telesnej hmotnosti, rozpis a príprava individualizovaného rozpisu pre daného pacienta. <u>Podmienky úhrady výkonu:</u> - výkon vykazuje diabetológ, pediatrický endokrinológ - dĺžka trvania výkonu je minimálne 10 minút <u>Maximálna frekvencia vykazovania výkonu:</u> - raz za kalendárny štvrtrok <u>Výkon nie je možné kombinovať s nasledovnými výkonmi:</u>	270	0,03466

	10c, 1B05011, 1B05012.		
1B06025	Pohovor o zmene liečby na liečbu inzulínovou pumpou. <u>Charakteristika výkonu</u> Poučenie a edukáciu pacienta o výhodách aj rizikách liečby inzulínovou pumpou vrátane názornej ukážky požívania v spolupráci s manažérom pre inzulínové pumpy. <u>Podmienky úhrady výkonu</u> - výkon vykazuje diabetológ, pediatrický endokrinológ - schválenie inzulínovej pumpy poisťovňou - príprava na liečbu inzulínovou pumpou, vysvetlenie vhodnosti takejto liečby - stanovenie bazálneho a bolusového inzulínu, edukácia o zmenách dávok inzulínu a nácvik technickej obsluhy - dĺžka trvania výkonu je minimálne 180 minút - potrebný zápis v zdravotnej dokumentácii vrátane informovaného súhlasu pacienta - výkon sa nemôže vykazovať v kombinácii s inými výkonmi - vykázať možné len pri Dg.:E10.01, E10.11, E10.20, E10.21, E10.30, E10.31, E10.40, E10.41, E10.50, E10.51, E10.60, E10.61, E10.72 - 75, E10.80, E10.81, E10.90 - 95, E11.01, E11.11, E11.20, E11.21, E11.30, E11.31, E11.40, E11.41, E11.50, E11.51, E11.60, E11.61, E11.72 - 75, E11.80, E11.81, E11.90, E11.91, E13.01, E13.11, E13.20, E13.21, E13.30, E13.31, E13.40, E13.41, E13.50, E13.51, E13.60, E13.61, E13.72 - 75, E13.80, E13.81, E13.90, E13.91, O24.0, O24.1, O24.9 Frekvencia vykazovania výkonu: 1 krát za život	1200	0,0270
1A02009	Kontinuálny monitoring glykémii. <u>Podmienky úhrady výkonu</u> - výkon vykazuje diabetológ, pediatrický endokrinológ - kontinuálne monitorovanie koncentrácie glukózy v intersticiálnej tekutine so zavedením senzoru - prenesenie nameraných údajov a ich vyhodnotenie pre optimalizáciu liečby - vykázanie výkonu je podmienené dôkladným zápisom a odôvodnením v zdravotnej dokumentácii - vykázať možné len pri Dg.:E10.01, E10.11, E10.20, E10.21, E10.30, E10.31, E10.40, E10.41, E10.50, E10.51, E10.60, E10.61, E10.72 - 75, E10.80, E10.81, E10.90 - 95, E11.01, E11.11, E11.20, E11.21, E11.30, E11.31, E11.40, E11.41, E11.50, E11.51, E11.60, E11.61, E11.72 - 75, E11.80, E11.81, E11.90, E11.91, E13.01, E13.11, E13.20, E13.21, E13.30, E13.31, E13.40, E13.41, E13.50, E13.51, E13.60, E13.61, E13.72 - 75, E13.80, E13.81, E13.90, E13.91, O24.0, O24.1, O24.9 Výkon sa nemôže kombinovať s výkonmi č.: 60, 10, 10c, 66, 1B05011, 1B05012, 1B05025	1000	0,0270
1A02012	Nastavenie na inzulínovú pumpu. <u>Podmienky úhrady výkonu</u> - výkon vykazuje diabetológ, pediatrický endokrinológ - postupné nastavenie na liečbu inzulínovou pumpou - stanovenie dávky bazálneho a bolusového inzulínu - edukácia o zmenách dávok inzulínu - nácvik technickej obsluhy pumpy - vykázať možné len pri Dg.:E10.01, E10.11, E10.20, E10.21, E10.30, E10.31, E10.40, E10.41, E10.50, E10.51, E10.60, E10.61, E10.72 - 75, E10.80, E10.81, E10.90 - 95, E11.01, E11.11, E11.20, E11.21, E11.30, E11.31, E11.40, E11.41, E11.50, E11.51, E11.60, E11.61, E11.72 - 75,	12000	0,0270

	E11.80, E11.81, E11.90, E11.91, E13.01, E13.11, E13.20, E13.21, E13.30, E13.31, E13.40, E13.41, E13.50, E13.51, E13.60, E13.61, E13.72 – 75, E13.80, E13.81, E13.90, E13.91, O24.0, O24.1, O24.9 Výkon sa nemôže kombinovať s výkonmi č.: 60, 62, 63, 65, 66, 1B05012, 1B05025 Frekvencia vykazovania výkonu: 1 krát za 4 roky		
1A03007	Kontrolné diabetologické vyšetrenie pri liečbe inzulínovou pumpou <u>Podmienky úhrady výkonu</u> - výkon vykazuje diabetológ, pediatrický endokrinológ - obsluha a využívanie technických možností pumpy - úprava dávok inzulínu - identifikácia chýb na základe údajov z pamäti pumpy - vykázať možné len pri Dg.:E10.01, E10.11, E10.20, E10.21, E10.30, E10.31, E10.40, E10.41, E10.50, E10.51, E10.60, E10.61, E10.72 – 75, E10.80, E10.81, E10.90 – 95, E11.01, E11.11, E11.20, E11.21, E11.30, E11.31, E11.40, E11.41, E11.50, E11.51, E11.60, E11.61, E11.72 – 75, E11.80, E11.81, E11.90, E11.91, E13.01, E13.11, E13.20, E13.21, E13.30, E13.31, E13.40, E13.41, E13.50, E13.51, E13.60, E13.61, E13.72 – 75, E13.80, E13.81, E13.90, E13.91, O24.0, O24.1, O24.9 Výkon sa nemôže kombinovať s výkonmi č.: 60, 62, 63, 65, 66, 10, 10c, 1B05012, 1B05025 Frekvencia vykazovania výkonu: Najviac 3 krát po nastavení na inzulínovú pumpu alebo po každej výmene inzulínovej pumpy počas nasledujúcich 21 dní. Následne 6 krát ročne.	1200	0,0270
4H00001	Spirografické vyšetrenie na stanovenie expiračných a inspiračných parametrov (vitálna kapacita, úsilný výdych za prvú sekundu, prietoky na rôznych úrovniach vitálnej kapacity) metódou krivky prietok - objem, vrátane grafickej registrácie. <u>Podmienky akceptovania výkonu:</u> Výkon môže vykazovať:pneumológ, pediatrický pneumológ a ftizeológ, imunológ a alergológ, pediatrický imunológ a alergológ. Výkon sa môže kombinovať s výkonom č. 65 v zmysle platných zmluvných podmienok Výkon sa nemôže vykazovať s výkonom č. 5765, 5766.	1640	0,009159
4H00004	Stanovenie difúznej kapacity pľúc jednodychovou metódou. <u>Podmienky akceptovania výkonu:</u> Výkon môže vykazovať:pneumológ pediatrický pneumológ a ftizeológ Výkon sa nemôže vykazovať s výkonom č. 5772.	2400	0,009159
4H00005	Stanovenie difúznej kapacity pľúc metódou rovnovážneho stavu. <u>Podmienky akceptovania výkonu:</u> Výkon môže vykazovať:pneumológ, pediatrický pneumológ a ftizeológ Výkon sa nemôže vykazovať s výkonom č.5773.	1750	0,009159
-	Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ okrem vybraných výkonov) z časti FYZIATRIA BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA.	-	0,010260
516	Vybrané výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) z časti FYZIATRIA BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA.	180	0,016402
518		350	
523a		145	
530		180	
531		220	
540		180	
541		350	
542		300	

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

Poistovňa uhradí zdravotné výkony s kódom: 11a, 1b, 1c, 70 len za predpokladu, že relevantnú medicínsku radu alebo konzultáciu je možné poskytnúť poistencovi alebo jeho zákonnému zástupcovi telefonickou formou alebo formou videohovoru alebo inou elektronickou formou s ohľadom na zdravotný stav poistenca pri zachovaní správnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. a to pri súčasnom zohľadnení špecifík dištančného spôsobu poskytovania zdravotnej starostlivosti. Telefonický rozhovor alebo videohovor alebo iná elektronická komunikácia medzi poistencom a zdravotníckym pracovníkom s diagnostikou a/alebo terapiou poistenca. Zdravotné výkony musia byť zaznamenané v zdravotnej dokumentácii a eZdravie a nie je ich možné vzájomne kombinovať a ani kombinovať s inými výkonmi.

1.2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

Cena za výkon		
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Cena za výkon v €
250x	Odbor venóznej krvi za účelom vyšetrenia laboratórnych parametrov. - Výkon sa vykonáva 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
5153C	Punkcia alebo biopsia prostaty pod USG kontrolou - Výkon môže vykonávať rádiológ s certifikátom s certifikovanou pracovnou činnosťou intervenčná rádiológia, urológ so špecializáciou v špecializačnom odbore urológie I. stupňa s certifikátom v certifikovanej pracovnej činnosti intervenčná ultrasonografia v urológii. - Výkon sa môže kombinovať s výkonmi 62, 63, 5304	150,00
1A02013	Laboratórne vyšetrenie glykovaného hemoglobínu na mieste poskytovania zdravotnej starostlivosti (metódou Point of Care Testing - PoCT s vyhodnotením pomocou prístroja). Odbor vzorky kapilárnej krvi a kvantitatívne vyšetrenie hladiny glykovaného hemoglobínu (HbA1c) metódou PoCT s prístrojovým vyhodnotením pre účely ambulantného sledovania diabetu, jeho liečby a kompenzácie. Podmienkou akceptácie je príslušné prístrojové vybavenie ambulancie akceptované poisťovňou (doklad o nadobudnutí prístroja, prehlásenie o zhode, zaškolenie). Zdravotný výkon vykonáva diabetológ, pediatrický endokrinológ. Frekvencia výkonu: 3 krát za kalendárny rok	6,20
H0003	Iniciálne vyšetrenie poistenca s chronickým ochorením. Kompletná anamnéza vyšetrenie hormonálnej osi asociovanej s poruchou, orgánových systémov ovplyvnených ochorením, vyhodnotenie laboratórnych, prípadne iných pomocných vyšetrení, diagnostický záver, liečebný plán, prípadne zaradenie do dispenzárnej starostlivosti, odoslanie na ďalšie laboratórne, prístrojové alebo odborné vyšetrenia - vypísanie žiadaniek, vypísanie lekárskeho predpisu, prípadne poukazov, vypísanie lekárskej správy. <u>Podmienky akceptovania výkonu:</u> Endokrinológia (odbornosť 064, 153) Výkon vykonáva endokrinológ, pediatrický endokrinológ ako komplexné vyšetrenie s vystavením zdravotného záznamu a odoslaním do e-zdravia pri prvovýšetrení pacienta, u ktorého doposiaľ nebolo diagnostikované endokrinologické ochorenie alebo pri prevzatí pacienta do zdravotnej starostlivosti od iného endokrinológa. <u>Výkon sa môže vykonať pri dg:</u> sekundárna hypertenzia I15* (I15.2; I15.8; I15.9), sekundárna osteoporóza M80*; M81*; M82*, ochorenia hypofýzy E22*; E23*; E24.0, sterilita - mužská neplodnosť N46; E29; ženská neplodnosť N97, E28, ochorenia	27,00

	nadobličiek E27*, primárna hyperparatyreóza E21.0 a terciárna hyperparatyreóza (pri dlhšie trvajúcej sekundárnej hyperparatyreóze) – E21.1, nezhubný nádor D35.0-D35.3, nádor s iným správaním D44.0-D44.4, neuroendokrinné tumory C25.4; C75, karcinóm štítnej žľazy C73. Frekvencia vykazovania výkonu: 1 x za život na URC u jedného PZS. Výkon sa nemôže vykazovať s výkonmi 10, 15b, 15c, 60, 66, 603a. Vyšetrenie trvá najmenej 30 minút). Diabetológia: (odbornosť 050) Výkon vykazuje diabetológ, ako komplexné vyšetrenie s vystavením zdravotného záznamu a odoslaním do E-zdravia pri prvovýšetrení pacienta, u ktorého doposiaľ neboli diagnostikované nižšie uvedené ochorenia alebo pri prevzatí pacienta do zdravotnej starostlivosti od iného diabetológa. Súčasťou výkonu je elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie. Podmienkou akceptácie je príslušné prístrojové vybavenie ambulancie akceptované poisťovňou (doklad o nadobudnutí prístroja, prehlásenie o zhode, zaškolenie). Výkon je možné vykázať pri diagnózach E10.* diabetes mellitus typ 1, E11.* diabetes mellitus typ 2, E12*diabetes mellitus súvisiaci s podvýživou, E13* iný bližšie určený diabetes mellitus, E14* nešpecifikovaný diabetes mellitus, E16.* ostatné poruchy vylučovania podžalúdočnej žľazy, O24* diabetes mellitus v gravidite, E78* porucha metabolizmu tukov, E79* porucha metabolizmu purínu a pyrimidínu, E66* obezita, R73* zvýšená hladina glukózy v krvi. Výkon je možné kombinovať s výkonmi H0006 Stratifikácia kardiovaskulárneho rizika a/alebo s výkonom H0008 Stanovenie indexu ABI oscilometrickou metódou v prípade, že výkony neboli za posledných 12 mesiacov vykázané v ambulancii všeobecného lekára. Frekvencia vykazovania výkonu: 1 x za život na URC u jedného PZS. Výkon sa nemôže vykazovať s výkonmi 10, 15b, 15c, 60, 66, 603a, 5702. Dermatovenerológia:(odbornosť 018) Výkon vykazuje dermatovenerológ ako komplexné vyšetrenie s vystavením zdravotného záznamu a odoslaním do E-zdravia pri prvovýšetrení pacienta, u ktorého doposiaľ nebolo diagnostikované dermatovenerologické ochorenie alebo pri prevzatí pacienta do zdravotnej starostlivosti od iného dermatovenerológa. Výkon je možné vykázať pri diagnózach: Syphilis A50 - A53, Autoimunitné ochorenia L10*, L12*, L13.0, L63*, L80, L90, L93.0, L93.1, L93.2, M32*, L94.0, L94.1, L95*, Genodermatózy L20*, L40*, L41*, L85, Q80*, Q81*, Zhubné nádory kože C43*, C44*, C46.0, C46.1, D03*, D04*, Dermatomyozitída M33*, Leukoplakie N90.4, Vaskulitídy L95.8, L95.9, Vykazuje sa 1 x za život pri prijatí do dispenzárnej starostlivosti u jedného PZS. Výkon sa nemôže vykazovať s výkonmi 10, 15b, 60, 66.	
H0006	Stratifikácia kardiovaskulárneho rizika. <u>Podmienky akceptovania výkonu:</u> Diabetológia: (odbornosť 050) Stanovenie stratifikácie kardiovaskulárneho rizika systémom SCORE u poistencov nad 40 rokov podľa aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ SR. <u>Podmienkou úhrady výkonu H0006</u> je vykázanie pripočítateľnej položky „dosiahnuté skóre“ v dávke 751a platného dátového rozhrania podľa Metodického usmernenia ÚDZS, ktorá je v uvedených vybraných položkách vyplnená nasledovne: v položke č. 13 – PRIPOČÍTATEĽNÁ POLOŽKA – uvedie dosiahnuté skóre v tvare: ▪ SKOR01 tj nízke riziko ▪ SKOR02 ,tj stredné riziko ▪ SKOR03, tj vysoké riziko ▪ SKOR04 tj veľmi vysoké riziko ▪ SKOR05 tj. Extrémne vysoké riziko príčom na 5. a 6. mieste položky je vyjadrenie dosiahnutého skóre. <u>Výkon sa akceptuje</u> 1x za 12 mesiacov pri výkone H0003 v prípade, že za posledných 12 mesiacov nebol vykázaný v ambulancii všeobecného lekára.	5,65

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

1.3. Skrining rakoviny krčka maternice

Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Cena za výkon v €
4M04004	Konzultačná, expertná kolposkopia Výkon sa uhrádza • V prípade abnormálneho cytologického nálezu u poistenky. • Ak ho vykazuje lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore onkológia v gynekológii, držiteľ certifikovanej pracovnej činnosti v expertnej kolposkopii a vybrané gynekologicko-pôrodné ambulancie. • Lekár musí byť evidovaný v informačnom systéme Poisťovne u daného Poskytovateľa a súčasne uvedený v Zozname lekárov na konzultácie v prípade zistených abnormálnych cytologických náleзов alebo v inom obdobnom zozname zverejnenom na webovom sídle Ministerstva zdravotníctva SR a platnom v čase vykonania výkonu. • Pri dodržiavaní postupu v zmysle Odborného usmernenia na vykazovanie zdravotných výkonov a diagnóz (kódovanie) pre zdravotníckych pracovníkov a zariadenia ambulantnej zdravotnej starostlivosti participujúcich na skriningu rakoviny krčka maternice v platnom znení.	25,00
4M04007	Punch biopsia Výkon sa uhrádza • V prípade abnormálneho cytologického nálezu u poistenky.	15,00

	• Ak ho vykazuje lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore onkológia v gynekológii, vybraná gynekologicko-pôrodná ambulancia, držiteľia certifikovanej pracovnej činnosti – expertná kolposkopia a lekári, ktorí sú v príprave na získanie tejto certifikovanej pracovnej činnosti. • Lekár musí byť evidovaný v informačnom systéme Poistovne u daného Poskytovateľa a súčasne uvedený v Zozname lekárov na konzultácie v prípade zistených abnormálnych cytologických nálezov alebo v inom obdobnom zozname zverejnenom na webovom sídle Ministerstva zdravotníctva SR a platnom v čase vykonania výkonu. • Pri dodržiavaní postupu v zmysle Odborného usmernenia na vykazovanie zdravotných výkonov a diagnóz (kódovanie) pre zdravotníckych pracovníkov a zariadenia ambulantnej zdravotnej starostlivosti participujúcich na skríningu rakoviny krčka maternice v platnom znení. • Ak bol vykázaný s niektorou z nasledovných diagnóz v rámci manažmentu abnormálnych cytologických nálezov: - Ascus- R87.60, - ASC-H- R87.61, - L-SIL- R87.62,H-SIL-R87.63, - karcinóm- R87.64, - chýbajú žľazové bunky transformačnej zóny- R87.65, - iný abnormálny cytologický nálež- R87.66, - nešpecifikovaný abnormálny cytologický nálež- R87.67. • Ak bol vykázaný po stanovení histologickej diagnózy v rámci ďalšieho sledovania, follow up, s niektorým z nasledovných histologických diagnostických kódov: - N87.0 (CIN I, low grade SIL, ľahká dysplázia), - N87.1 (CIN II), - D06.0 (CGIN, AIS-glandulárne neoplázie), - D06.1 (CIN III, high grade SIL, ťažká dysplázia), - C53.0-9 (invazívny karcinóm).	
--	---	--

1.4. Výkony asistovanej reprodukcie (IVF)

Cena bodu			
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Počet bodov	Cena bodu v €
1192a	Výkon asistovanej reprodukcie jeden cyklus pred odberom oocytov	10 200	0,017925
1192b	Výkon asistovanej reprodukcie jeden cyklus s odberom oocytov k in vitro fertilizácii, bez prenosu embryí	48 630	0,017925
1192c	Výkon asistovanej reprodukcie jeden komplexný cyklus s prenosom embryí	65 200	0,017925
• Poistovňa uhradí výkony IVF v indikáciách stanovených platnou legislatívou: – chýbajúce vajcovody alebo nezvratné poškodenie vajcovodov diagnostikované laparoskopicky alebo laparotomicky okrem stavov, ktoré vznikli ako následok predchádzajúcej sterilizácie alebo umelého prerušenia tehotenstva, – endometrióza ženy, ktorá je diagnostikovaná laparoskopicky alebo laparotomicky, – nezvratné poškodenie vaječníkov, ktoré je potvrdené biochemicky, laparoskopicky alebo laparotomicky, ak toto poškodenie nie je následkom umelého prerušenia tehotenstva, – idiopatická sterilita, ktorá je neúspešne liečená jeden rok v špecializovanom zdravotníckom zariadení, – mužský faktor sterility - azoospermia, astenospermia, ejakulačné dysfunkcie a ochorenia súvisiace s chemoterapiou alebo poúrazovými stavmi, ktoré sú overené andrológom, – imunologické príčiny sterility overené laboratórne, – riziko dedičného ochorenia, v dôsledku ktorého nemôžu mať manželia zdravé potomstvo, ktoré je overené genetikom, – endokrinné príčiny sterility overené endokrinológom. • Na schválenie úhrady výkonu IVF nie je potrebné udelenie súhlasu poisťovne vopred. • Lieky indikované k realizácii cyklu IVF schvaľuje revízny lekár s miestom výkonu práce miestne príslušnej pobočky poisťovne v súlade s platným zoznamom kategorizovaných liekov. • Poskytovateľ pri fakturácii výkonov IVF priložuje vyplnené tlačivá „Protokol k úhrade výkonu IVF“, dostupné na internetovej stránke poisťovne www.vszp.sk časti tlačivá. • Poistovňa uhradí, v súlade s platnou legislatívou, maximálne 3 výkony IVF (vrátane úhrad v iných zdravotných poisťovniach do dovŕšenia 39. roku veku života (t. j. do 39 rokov a 364 dní).			

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

1.6. 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%	Reálne plnenie poskytovateľa
	eZdravie	Poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vedie zdravotnú dokumentáciu v súlade s ustanovením § 19 a nasl. Zákona č. 576/2004 Z. z. a súčasne zasiela údaje zo zdravotnej dokumentácie elektronickou formou do elektronickej zdravotnej knižky (EZK) v rozsahu § 5 Zákona č. 153/2013 Z. z.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
Dostupnosť	Ordinačný čas	Stanovenie týždenného čistého ordinačného času v rozsahu aspoň 30 hodín pre každú ambulanciu.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa

1.6.1 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.

1.7. Bonifikácia

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

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

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

Proces vyhodnotenia:

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

*zníženie nákladov v porovnaní s nákladmi predchádzajúceho roka

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

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

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

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

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

1.8. Špecializovaná ambulantná starostlivosť – mobilné odberové miesto

Špecifické výkony v súvislosti s pandémiou COVID – 19

Kód výkonu	Odbornosť	Názov výkonu	Diagnóza	Podmienky úhrady	Cena v €
299x	647	Odber a odoslanie biologického materiálu na bakteriologické, sérologické, mykologické, virologické a parazitologické vyšetrenie pri dôvodnom podozrení na infekčné ochorenie vrátane dezinfekcie.	U07.1 U07.2	Výkon indikovaný a poskytnutý v súlade s usmerneniami Ministerstva zdravotníctva SR pre vyšetrovanie na prítomnosť SARS-CoV-2, odberový set dodáva Regionálny úrad verejného zdravotníctva. Ak odberový set dodá zariadenie SVLZ, odber biologického materiálu uhradza poskytovateľovi toto zariadenie SVLZ. Výkon sa vykazuje najviac 1x za deň na jedného poistenca.	3,00

Vyhodnotenie COVID-19 IgM/IgG rýchleho diagnostického kazetového imunochromatografického testu

Spôsob vykazovania, uznávania a úhrady výkonu č. 16X					
Kód výkonu	Druh PZS	Odbornosť	Počet bodov	Cena bodu v €	Cena za výkon v €
16X	MOM	647	-	-	2,20

Poistovňa uhradí poskytovateľovi vyhodnotenie COVID-19 IgM/IgG rýchleho diagnostického kazetového imunochromatografického testu po predložení dokladu o preškolení personálu poskytovateľa. Doklad osvedčuje schopnosť poskytovateľa správne vyhodnotiť výsledky rýchlotestov a klinicky ich korektne interpretovať. Vystaviť takýto doklad je oprávnený lekár s odbornou špecializačnou skúškou z odboru 034 — klinická mikrobiológia. Okrem potvrdenia o preškolení poskytovateľ predloží nasledujúce doklady preukazujúce kvalitu rýchlotestov na protilátky anti-SARS-CoV-2:

- Declaration of Conformity vystavené originálnym výrobcom,
- CE značka,
- deklarovanie meraných tried imunoglobulínov,
- zabudovaná interná kontrola,
- funkčné aj pri vyššej hladine cholesterolu v sére ako 6,0 mmol/l.

Kritériá vychádzajú z Usmernenia Európskej komisie k diagnostickým testom in vitro na COVID-19 a ich funkčnosti (2020/C 1221/00 zverejnenom v Úradnom vestníku EÚ 15 apríla 2020). Poistovňa poskytovateľovi neuhradí vyhodnotene iných rýchlotestov ako takých, ktoré spĺňajú hore uvedené kritériá kvality.

Výjazdová služba MOM

Typ prevozu	Názov prevozu	Diagnóza	Podmienky úhrady	Cena za 1 km jazdy v €
COVM*	Preprava MOM za účelom odberu biologického materiálu formou výjazdovej služby, k osobe, ktorej je cez CovidPass potvrdená indikácia zo zdravotných dôvodov.	U07.1 U07.2	Indikácia na výjazd na odber MOM a späť, realizovaná lekárom. Poistenec nie je schopný zo závažných zdravotných dôvodov využiť všetky dostupné prostriedky na transport k prevádzkovateľovi MOM. Dôvod musí byť zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii.	0,903

*Poskytovateľ vykazuje prevozy v dátovom rozhraní pre dopravu v dávke 793n.

Príloha č. 1e
k Zmluve č. 33NSP2000122

Časť A. Ambulantná zdravotná starostlivosť

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

1. Urgentný príjem 1. typu

1.1. Urgentný príjem 1. typu

Pevná cena za poskytovanie urgentnej zdravotnej starostlivosti poskytovateľom, ktorý má povolenie na prevádzkovanie všeobecnej nemocnice alebo špecializovanej nemocnice, ktorá má urgentný príjem 1. typu je stanovená opatrením MZ SR č. 07045/203-OAP v platnom znení.

Poistovňa mesačne poskytovateľovi uhradí časť pevnej ceny, tzv. podiel poisťovne na úhrade pevnej ceny za 1 mesiac uhrádzaný formou mesačnej paušálnej platby (ďalej len „podiel poisťovne“), ktorému zodpovedá podiel poistencov poisťovne na celkovom počte poistencov.

K podielu poisťovne sa pripočítava rozdiel medzi:

1. súčtom
 - o základu pre výpočet ceny za poskytovanie zdravotnej starostlivosti na expektačnom lôžku a
 - o základu pre výpočet ceny za poskytovanie zdravotnej starostlivosti za výkony a

2. podielom poisťovne,

avšak len v prípade, ak súčet podľa bodu 1. **je vyšší** ako podiel poisťovne.

V prípade, ak súčet podľa bodu 1. **je nižší** ako podiel poisťovne, poisťovňa poskytovateľovi uhradí len podiel poisťovne.

Podiel poisťovne a nižšie uvedené pevné ceny za expekcie pacientov zahŕňajú všetky náklady súvisiace s poskytovaním urgentnej zdravotnej starostlivosti zabezpečeným materiálno-technickým vybavením podľa osobitného predpisu a náklady na prevádzku, okrem nákladov na lieky označené symbolom „A“ zaradené do zoznamu liekov podľa § 5 a § 8 zákona o úhrade liekov z verejného poistenia a okrem nákladov na spoločné a vyšetrovacie a liečebné zložky, ktoré sa vykazujú zdravotnej poisťovni poistenca na osobitnom zúčtovacom doklade.

Cena za poskytovanie zdravotnej starostlivosti na expektačnom lôžku

Kód výkonu	Názov výkonu	Pevná cena v €
1B03001	Expektácia – dospelí pacienti	41,80
Pod expektáciou pacienta na pracovisku urgentného príjmu sa rozumie poskytnutie zdravotnej starostlivosti s kontinuálnym monitorovaním základných vitálnych funkcií trvajúce minimálne 2 hodiny a menej ako 24 hodín. Základom pre výpočet ceny za poskytovanie zdravotnej starostlivosti na expektačnom lôžku za jeden kalendárny mesiac je súčin počtu ošetrovaných dospelých poistencov poisťovne v príslušnom kalendárnom mesiaci a pevnej ceny 41,80 Eur. Gena zahŕňa náklady: ▪ súvisiace s poskytovaním terapeutických výkonov (najmä infúzna liečba, inhalačná liečba, detoxikačná liečba, parenterálna liečba) okrem nákladov na lieky označené symbolom „A“ zaradené do zoznamu liekov podľa § 5 a § 8 zákona o úhrade liekov z verejného poistenia a okrem nákladov na spoločné a vyšetrovacie a liečebné zložky, ▪ súvisiace s poskytovaním podporných výkonov (polohovanie, aktívny ohrev, symptomatická liečba), ▪ na výkony sterilizácie zdravotníckych pomôcok.		
Kód výkonu	Názov výkonu	Pevná cena v €
1B03001	Expektácia – pacienti do dovŕšenia 19. roku veku	94,05
Po expektácii pacienta na pracovisku urgentného príjmu sa rozumie poskytnutie zdravotnej starostlivosti s kontinuálnym monitorovaním základných vitálnych funkcií trvajúce minimálne 2 hodiny a menej ako 24 hodín. Základom pre výpočet ceny za poskytovanie zdravotnej starostlivosti na expektačnom lôžku za jeden kalendárny mesiac je súčin počtu ošetrovaných poistencov poisťovne do dovŕšenia 19. roku veku v príslušnom kalendárnom mesiaci a pevnej ceny 94,05 Eur. Gena zahŕňa náklady: ▪ súvisiace s poskytovaním terapeutických výkonov (najmä infúzna liečba, inhalačná liečba, detoxikačná liečba, parenterálna liečba) okrem nákladov na lieky označené symbolom „A“ zaradené do zoznamu liekov podľa § 5 a § 8 zákona o úhrade liekov z verejného poistenia a okrem nákladov na spoločné a vyšetrovacie a liečebné zložky,		

- súvisiace s poskytovaním podporných výkonov (polohovanie, aktívny ohrev, symptomatická liečba),
- na výkony sterilizácie zdravotníckych pomôcok.

Cena za poskytovanie zdravotnej starostlivosti za výkony

Základom pre výpočet ceny za poskytovanie zdravotnej starostlivosti za výkony na urgentnom príjme 1. typu, okrem zdravotných výkonov poskytovaných na expektačnom lôžku, je súčin bodového ohodnotenia zdravotného výkonu uvedený v časti „C“ v zozname výkonov opatrenia MZ SR č. 07045/2003-OAP v platnom znení a ceny za jeden bod zdravotného výkonu.

Cena za bod v €:

výkony z I. časti Zoznamu výkonov	0,03466
výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ)	0,009159

Príloha č. 1o
k Zmluve č. 33NSP2000122

Časť A. Ústavná zdravotná starostlivosť

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

1. DRG relevantné odbornosti

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

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

1.1. Základné pojmy

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 1.2.1.** Úhrada za Hospitalizačný prípad je daná súčinom základnej sadzby a efektívnej relatívnej váhy v súlade s platnými dokumentmi vydanými Centrom pre klasifikačný systém v znení platnom v čase prijatia poistenca do zdravotníckeho zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti: Definičná príručka, Katalóg prípadových paušálov, Pravidlá kódovania, Kalkulačná príručka ako aj ďalšie nevyhnutne súvisiace dokumenty vydané Centrom pre klasifikačný systém.
- 1.2.2.** Úhrada za Hospitalizačný prípad u poskytovateľa zahŕňa úhradu za akceptovanú komplexnú zdravotnú starostlivosť (vrátane nákladov na lieky, zdravotnícke pomôcky, dietetické potraviny a špeciálny zdravotnícky materiál, tkanivá a bunky poskytované pri transplantáciách, materské mlieko, transfúzne lieky), ak z medicínskeho hľadiska tieto mali byť podané poistencovi počas trvania Hospitalizačného prípadu:
- poskytnutú pacientovi poskytovateľom zdravotnej starostlivosti počas Hospitalizačného prípadu,
 - poskytnutú pacientovi iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti počas Hospitalizačného prípadu na základe žiadanky alebo výmenného lístka vystaveného poskytovateľom,
 - poskytnutú aj po ukončení Hospitalizačného prípadu, ak žiadanka alebo výmenný lístok na poskytnutú zdravotnú starostlivosť boli vystavené počas Hospitalizačného prípadu.
- 1.2.3.** Úhrada za Hospitalizačný prípad nezahŕňa úhradu za:
- poskytnutú zdravotnú starostlivosť na základe žiadanky alebo výmenného lístka, ak neboli vystavené počas Hospitalizačného prípadu,
 - pripočítateľné položky zverejnené v Katalógu prípadových paušálov,
 - komplexnú zdravotnú starostlivosť v ambulancii záchrannej zdravotnej služby pri preprave novorodencov a detí,
 - dopravnú službu (DS),
 - vrtníkovú záchrannú zdravotnú službu (VZZS),
 - záchrannú zdravotnú službu (ZZS)
 - lieky, zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny predpísané v deň prepustenia pacienta zo zdravotníckeho zariadenia v ambulancii poskytovateľa alebo iného poskytovateľa, ak z medicínskeho hľadiska tieto lieky, zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny nemali byť podané poistencovi ešte počas trvania Hospitalizačného prípadu,
 - vybraný špeciálny zdravotnícky materiál uvedený v bode 1.2.8.
- 1.2.4.** Úhrada za komplexnú zdravotnú starostlivosť na základe žiadanky vystavenej poskytovateľom alebo iným poskytovateľom v deň prijatia a v deň prepustenia z hospitalizácie, ako aj kedykoľvek počas hospitalizácie, bez ID Hospitalizačného prípadu, bude automaticky započítaná do úhrady za Hospitalizačný prípad, pokiaľ poskytovateľ nepreukáže, že zdravotná starostlivosť nesúvisí s Hospitalizačným prípadom. V prípade, ak na žiadanke nebude uvedený dátum vystavenia, zdravotná poisťovňa zdravotnú starostlivosť neuhradí a požiada poskytovateľa alebo iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o jeho doplnenie.
- 1.2.5.** Na základe verejného zdravotného poistenia sa plne alebo čiastočne uhrádzajú lieky zaradené v zozname kategorizovaných liekov poskytované v rámci ústavnej starostlivosti, ktoré sú použité v súlade s indikačnými obmedzeniami a obmedzeniami úhrady zdravotnej poisťovne na jej predchádzajúci súhlas.
- 1.2.6.** Poskytovateľ za zaväzuje vykázat mesačne všetky hromadné dávky poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti (typ ZS 60*) na jednej faktúre, ktorej súčasťou budú aj opravné a aditívne dávky poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti z predchádzajúcich období. V prípade, ak sa jedná o dávky za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v predchádzajúcom kalendárnom roku, poskytovateľ je oprávnený vykázat hromadné dávky na samostatnej faktúre.
- 1.2.7.** Poskytovateľ zaradený v systéme vykazovania poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa DRG, vykazuje ústavnú zdravotnú starostlivosť za všetkých poistencov EÚ (okrem poistencov SR) ošetrovaných v príslušnom mesiaci v jednej samostatnej faktúre v súlade s platným metodickým usmernením Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.
- 1.2.8.** Zmluvné strany sa dohodli, že vybraným špeciálnym zdravotníckym materiálom (ďalej len „vybrané ŠZM“) sa rozumie:

Kód poisťovne	Popis
120026	Lokálne hemostiptické prostriedky
120027	Set autotransfúzny

120028	Set Stapler (Aortálny spojovací systém ACS)
170007	Nožnice k harmonickému skalpelu

Vybrané ŠZM podľa tohto bodu je poskytovateľ povinný vykázat poisťovni v samostatnej faktúre. Poisťovňa posudzuje použitie vybraného ŠZM individuálne na unikátnej rodné číslo poistenca, a až po jeho schválení môže byť uskutočnená úhrada.

Poisťovňa uhrádza skutočné náklady súvisiace s obstaraním ŠZM, maximálne však do výšky maximálnej ceny kategorizovaného ŠZM podľa Zoznamu kategorizovaného ŠZM s maximálne stanovenou cenou zverejnenou na webovej stránke poisťovne.

Vybrané ŠZM definované v tomto bode je považované za mimoriadne finančne náročnú zdravotnú starostlivosť, v zmysle prílohy 2o je hrazené nad rámec PRUZZ.

- 1.2.9.** Poskytovateľ zaradený v systéme vykazovania poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa DRG vykazuje pripočítateľné položky k hospitalizačným prípadom podľa dokumentu „Pripočítateľné položky DRG“ platný pre aktuálny kalendárny rok, ktorý je zverejnený na webom sídle poisťovne (www.vszip.sk). V prípade, že pripočítateľné položky nebudú poisťovni vykázané spôsobom podľa predchádzajúcej vety, poisťovňou akceptované nebudú. V prípade podania liekov, ktoré obstarala poisťovňa centrálnym nákupom, poskytovateľ vykazuje pripočítateľnú položku s nulovou cenou.
- 1.2.10.** Pripočítateľné položky s typom úhrady B sú hrazené, ak sa na úhrade a cene týchto pripočítateľných položiek Poisťovňa a Poskytovateľ dohodli. Ak cena pre úhradu nebola pevne stanovená je Poskytovateľ oprávnený Poisťovňu vopred písomne požiadať o jej dohodnutie. Postup je uvedený v bode 1.2.11.
- 1.2.11.** Zmluvné strany sa dohodli, v prípade, že pripočítateľná položka, ktorej pevná cena nie je stanovená v Katalógu prípadových paušálov a ani v dokumente „Pripočítateľné položky DRG“ platnom pre aktuálny kalendárny rok (ďalej len „dokument“), ktorý je zverejnený na webom sídle poisťovne (www.vszip.sk), je poskytovateľ oprávnený poisťovňu vopred písomne požiadať o jej dohodnutie. V prípade, ak zo strany poskytovateľa ide o použitie pripočítateľnej položky, ktorá nemá stanovenú alebo dohodnutú cenu v súvislosti s poskytnutím neodkladnej zdravotnej starostlivosti, poskytovateľ môže poisťovňu požiadať o dohodnutie ceny pripočítateľnej položky aj dodatočne, najneskôr však do päť pracovných dní od poskytnutia tejto neodkladnej zdravotnej starostlivosti. V žiadosti je poskytovateľ povinný predložiť doklady (nadobúdacie doklady) preukazujúce nadobúdaciú cenu pripočítateľnej položky – poisťovňa je v prípade potreby oprávnená vyžiadať si od poskytovateľa aj ďalšie relevantné doklady. Poisťovňa žiadosť poskytovateľa posúdi a v prípade, že jej vyhovie, túto skutočnosť poskytovateľovi písomne oznámi. Cena danej pripočítateľnej položky sa tým považuje za dohodnutú. Poisťovňa následne takto dohodnutú cenu pripočítateľnej položky platnú pre všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti zverejní v dokumente, pričom zverejnená cena je odo dňa jej zverejnenia, resp. odo dňa uvedeného v dokumente. Poisťovňa si vyhradzuje právo na prehodnotenie dohodnutej ceny pripočítateľnej položky najmä v prípade, kedy nadobudne vedomosť o nižšej nadobúdacej cene danej pripočítateľnej položky ako je uvedená v dokumente.
- 1.2.12.** V prípade hospitalizácie, ktorej doba presiahne 6 po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov a stav pacienta nedovoľuje jeho prepustenie do domácej starostlivosti, poskytovateľ je povinný pred uplynutím 6. mesiaca hospitalizácie pacienta poisťovňu požiadať o schválenie úhrady zdravotnej starostlivosti cenou ošetrovacieho dňa. V prípade schválenia úhrady cenou ošetrovacieho dňa poskytovateľ Hospitalizačný prípad ukončí posledným dňom 6. mesiaca a od prvého dňa 7. mesiaca bude ústavná zdravotná starostlivosť v prípade tohto pacienta uhrádzaná formou ceny ošetrovacieho dňa. Cena ošetrovacieho dňa bude zo strany poisťovne určená až po posúdení náročnosti zdravotnej starostlivosti.
- 1.2.13.** V prípade, ak Hospitalizačný prípad bol klasifikovaný do diagnosticko-terapeutickej skupiny, ktorá je v platnom katalógu prípadových paušálov uvedená bez relatívnej váhy, pri vybraných kódoch DRG sa použije relatívna váha uvedená v nasledovnej tabuľke:

DRG	Segment	Popis	Relatívne váhy (RV)	Stredná hodnota ošetrovacej doby	Zníženie RV pri OD kratšej ako dolná hranica		Zvýšenie RV pri OD dlhšej ako horná hranica		Zníženie RV pri externom preložení
					Dolná hranica ošetrovacej doby	Relatívne váhy / deň	Horná hranica ošetrovacej doby	Relatívne váhy / deň	Relatívne váhy / deň
A01A	O	Transplantácia pečene s UPV > 179 hodín	32,8630	58,0	19	1,4374	75	0,5605	
A02Z	O	Transplantácia obličky a pankreasu	10,4953	26,8	9	0,8452	44	0,2952	
A03A	O	Transplantácia pľúc s UPV > 179 hodín	46,7956	72,5	24	1,6789	90	0,5557	
A03B	O	Transplantácia pľúc bez UPV > 179 hodín	14,5104	27,0	9	1,2523	44	0,4174	
A63Z	M	Evaluačná hospitalizácia pred transplantáciou pľúc alebo srdca-pľúc	2,6212	14,1	5	0,4381	25	0,1784	0,1454
A64Z	M	Evaluačná hospitalizácia pred transplantáciou pečene alebo obličky-pankreasu	1,9840	11,0	4	0,4444	22	0,1618	0,1483
A66Z	M	Evaluačná hospitalizácia pred inými transplantáciami orgánov	1,2058	5,2	2	0,4955	13	0,1918	0,1607
B02A	O	Komplexná kraniotómia alebo operácia chrbtice s rádioterapiou, viac ako 8 ožiarení pri určitých nádoroch nervového systému	8,8902	50,4	17	0,4319	67	0,1798	

B44A	I	Komplexná včasná rehabilitačná geriatrická liečba pri určitých funkčných obmedzeniach, ťažké motorické funkčné obmedzenia, s neurologickou komplexnou liečbou akútnej CMP	3,7425	29,5			44	0,0882	0,1219
B44B	I	Komplexná včasná rehabilitačná geriatrická liečba pri určitých funkčných obmedzeniach, ťažké motorické funkčné obmedzenia, bez neurologickej komplexnej liečby akútnej CMP	2,3876	22,5			35	0,0735	0,1005
B44C	I	Komplexná včasná rehabilitačná geriatrická liečba pri určitých funkčných obmedzeniach, bez ťažkého motorického funkčného obmedzenia, s neurologickou komplexnou liečbou akútnej CMP	2,8718	25,1			36	0,0797	0,1095
B44D	I	Komplexná včasná rehabilitačná geriatrická liečba pri určitých funkčných obmedzeniach, bez ťažkého motorického funkčného obmedzenia, bez neurologickej komplexnej liečby akútnej CMP	1,8254	20,8			32	0,0609	0,0831
C10A	O	Výkony na okohybných svaloch so zvýšenou náročnosťou	0,8397	2,9	2	0,2544	4	0,0948	0,1003
D39Z	O	Iné výkony na nose	0,5224	3,5	2	0,1730	6	0,0668	0,0744
D60A	M	Zhubné nádory ucha, nosa, úst a krku, viac ako 1 ošetrovací deň, s veľmi ťažkými alebo ťažkými CC, s endobronchiálnou kryobiopsiou a/rigidnou endoskopiou	0,9515	5,7			14	0,1383	0,0991
E08A	O	Rádioterapia pri ochoreniach a poruchách dýchacích orgánov s OP výkonom alebo s UPV > 24 hodín	4,4779	28,4	9	0,4040	45	0,1278	
K04B	O	Veľké výkony pri obezite bez komplexného výkonu	2,1806	5,2	2	0,3294	8	0,0882	0,1058
L42A	I	Extrakorporálna litotripsia pri močových kameňoch s auxiliárnymi opatreniami alebo pri para-/tetraplégií	0,8504	4,6	2	0,3394	9	0,1075	0,1261
L73Z	M	Ochrnutie močového mechúra, viac ako jeden ošetrovací deň	0,7211	4,9			11	0,0995	0,1181
M38Z	O	Komplikovaná konštelácia s operačným výkonom pri ochoreniach a poruchách mužských pohlavných orgánov	5,1232	16,7	6	0,6011	31	0,2162	0,2040
N01A	O	Panvová eviscerácia u ženy a radikálna vulvektómia alebo určitá lymfadenektómia s veľmi ťažkými CC, s komplexným výkonom alebo komplikujúca konštelácia	7,1749	24,3	8	0,5154	39	0,2204	0,1629
N01B	O	Panvová eviscerácia u ženy a radikálna vulvektómia alebo určitá lymfadenektómia s veľmi ťažkými CC, bez komplexného výkonu, bez komplikujúcej konštelácie s multiviscerálnym výkonom	6,1311	18,9	6	0,5568	32	0,1240	0,1683
R60A	M	Akútna myeloická leukémia s vysoko komplexnou chemoterapiou	11,0094	49,9	17	0,6407	67	0,2183	0,2140
U40Z	I	Komplexná včasná rehabilitačná geriatrická liečba pri psychických poruchách	1,6835	19,6			29	0,0595	0,0808
V40Z	I	Kvalifikovaná odvykacia kúra	0,9598	10,9			15	0,0612	0,0800
Z44Z	I	Multimodálna liečba bolesti pri faktoroch, ktoré ovplyvňujú zdravotný stav, a iné využitie zdravotných služieb	1,3633	13,7			22	0,0693	0,0922
Z64A	M	Iné faktory, ktoré ovplyvňujú zdravotný stav a následná starostlivosť po ukončenej liečbe s komplexnou rádiodiagnostikou	1,2639	2,4	2	0,6319	4	0,3685	0,3716
Ostatné DRG skupiny bez určenej relatívnej váhy			1,0164						

1.3. Ustanovenia o revíznej činnosti

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

Príloha č. 2j
k Zmluve č. 33NSP2000122

Rozsah a metodika úhrady zdravotnej starostlivosti

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

I. VECNÝ ROZSAH PREDMETU ZMLUVY

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

Druh zdravotníckeho zariadenia:		všeobecná nemocnica		
Miesto prevádzky: ul. Nemocničná 1944/10, 026 14 Dolný Kubín				
Druh a forma zdravotnej starostlivost' podľa Čl. 2 Zmluvy "Predmet zmluvy"				
	Ambulantná zdravotná starostlivost'			
1.	Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky	Druh	odbornost' ambulancií / (časť kódov poskytovateľa "yzz")	typ ZS
		Zobrazovacie	023/(501,502,504)	400
		Funkčná diagnostika	187/(501)	400
		FBLR	027/(501)	400
		Laboratórne	024/(501), 029/(501,502), 031/(501), 034/(501)	400
		CT - počítačová tomografia	023/(503)	420
		MR - magnetická rezonancia	023/(505)	421

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

II. MAXIMÁLNY ROZSAH ÚHRADY ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

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

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

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	zmluvný rozsah v €
400, 420, 421	Laboratórne, zobrazovacie, funkčná diagnostika, počítačová tomografia, magnetická rezonancia - mesačný zmluvný rozsah	185 683 €
400, 420, 421	Laboratórne, zobrazovacie, funkčná diagnostika, počítačová tomografia, magnetická rezonancia - zmluvný rozsah od 1.4. 2024 do 30.6.2024	557 049 €
400, 420, 421	Laboratórne, zobrazovacie, funkčná diagnostika, počítačová tomografia, magnetická rezonancia - polročný zmluvný rozsah	1 114 098 €

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

III. ÚHRADA NAD MAXIMÁLNY ROZSAH ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

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

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

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

1. Kapitácia.
2. Preventívne zdravotné výkony a ostatné zdravotné výkony vo všeobecnej ambulantnej starostlivosti uvedené v tabuľke „Cena bodu“ a „Cena za výkon“.
3. Ambulantná zdravotná starostlivosť – lieky (A, AS);
4. Individuálne pripočítateľné položky;
5. Preventívne zdravotné výkony a zdravotné výkony, ktoré sú súčasťou preventívnej prehliadky v špecializovanej ambulantnej starostlivosti; výkony s Dg. Q35-Q37 v odbore čefustná ortopédia poskytovaná poistencom s rázštepom pery a rázštepom podnebia – podmienkou uznania výkonov je predloženie potvrdenia o evidencii poistenca v príslušnom špecializovanom pracovisku;
6. Výkony č. 4M04004 a 4M04007 ako súčasť skríningu rakoviny krčka maternice
7. Zubno-lekárske výkony vrátane stomatoprotetiky;
8. Preventívne zdravotné výkony v stomatológii č. D02, D02a a D06. Poistovňa neuhrádza zdravotné výkony v základnom prevedení v súvislosti so zubným kazom u poistenca, ktorý v predchádzajúcom kalendárnom roku neabsolvoval preventívnu prehliadku;
9. Zdravotné výkony v stomatológii č. D01 a D05
10. Expektačné lôžka;
11. Paušálna platba na urgentný príjem; zdravotné výkony poskytnuté na urgentnom príjme.
12. Paušálna platba na APS; zdravotné výkony poskytnuté na APS.
13. Výkony ADOS č. 3439, 3440 a 3441
14. Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky – výkony č. 5303, 5305 a 5308 s Dg.Z01.4 ako súčasť preventívnej prehliadky; výkony č. 1301 a 1301a až 1301e s Dg. Z01.6, Z80.3 a Z87.7 ako súčasť skríningu karcinómu prsníka.
15. Výkony RTG, USG a mamografie, resp. výkony rádiologickej diagnostiky v častiach skelet, vnútorné orgány, skiaskopia, osteodenzitometria a ultrazvuk – USG a k tomu prislúchajúce PACS a snímky v súlade s platným katalógom zdravotných výkonov.
16. Výkony poskytované v odbornosti fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia
17. Výkony dialýz; odporúčaný maximálny počet chronických dialýz poskytovaných jednému poistencovi zaradenému do dlhodobého dialyzačného programu (v súlade s koncepciou odboru) sú tri dialýzy týždenne, prekročenie uvedeného počtu musí byť osobitne zdôvodnené v zdravotnej dokumentácii.
18. Výkony LSPP, ZZS, prevoz typu APS, LSPP, LSPP, RLP, RLP, RZP, MIJ, LPP, LPS, DZSZ, RZP „S“.
19. Lieky, okrem liekov pri mimotelovej eliminačnej liečbe a liekov podávaných v stacionároch s výnimkou psychiatrického stacionára, so symbolom úhrady „A“ zaradené do zoznamu liekov podľa osobitného predpisu, pokiaľ tieto budú preukázateľne nadobudnuté v súlade so všeobecne záväznými predpismi, v súlade so zákonom č. 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, v súlade so zákonom č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach v znení neskorších predpisov, zákonom č. 147/2001 Z. z. o reklame v znení neskorších predpisov, zákonom č. 18/1996 Z. z. o cenách v znení neskorších predpisov, zákonom č. 431/2002 Z. z. o účtovníctve v znení neskorších predpisov a súvisiacich predpisoch a vykázané v súlade s platným Metodickým usmernením Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou lieky so symbolom úhrady „A“ zaradené do zoznamu liekov podľa osobitného predpisu. Tento bod sa neuplatňuje pre typ zdravotnej starostlivosti 420 – počítačová tomografia a typ zdravotnej starostlivosti 421 – magnetická rezonancia. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností platí, že úhrada podľa prvej vety tohto bodu je pre typ 420 – počítačová tomografia a 421 – magnetická rezonancia zahrnutá do výpočtu úhrady za zdravotnú starostlivosť poskytnutú v účtovacom období podľa Prílohy č. 2j zmluvy - Maximálny rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti“.
20. Výkony zdravotnej starostlivosti poskytovanej poistencom iných členských štátov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska, cudzincom zo štátov, s ktorými má SR uzavreté medzištátne dohody, bezdomovcom a poistencom podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.
21. Výkony IVF 1932a, 1192b, 1192c.