

2021/42/26-48

Dodatok č. 47

k Zmluve č. 11NSP1000119

Čl. 1

Zmluvné strany

1.1. Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

sídlo: Panónska cesta 2, 851 04 Bratislava – mestská časť Petržalka
zastúpená: Ing. Richard Strapko, predseda predstavenstva
MUDr. Beata Havelková, MPH, podpredsedníčka predstavenstva
Ing. Ľubomír Kováčik, člen predstavenstva
IČO: 35937874
IČ DPH: SK2022027040
banka: Štátna pokladnica
číslo účtu: SK76 8180 0000 0070 0018 2387
zápis: Obchodný register Okresného súdu Bratislava I, odd.: Sa, vložka č. 3602/B
osoba oprávnená konať vo veci zmluvy: Ing. Mgr. Mária Hlbocká, PhD., MPH
regionálna riaditeľka oddelenia nákupu ZS
adresa: Halenárska 22, P.O.BOX 5, 917 02 Trnava 2
(ďalej len „poisťovňa“)

a

1.2. VITALITA n.o. LEHNICE

sídlo: 930 37 Lehnice 113
zastúpená: Ing. Július Slovák, MBA, riaditeľ
IČO: 36084328
banka: Slovenská sporiteľňa, a.s.
číslo účtu: SK42 0900 0000 0001 9193 1886
zápis: registrovaná Okresným úradom Trnava č. VVS/NO-24/2004 zo dňa 1.7.2014
identifikátor poskytovateľa: P20419
(ďalej len „poskytovateľ“)

uzatvárajú

tento dodatok (ďalej len „dodatok“)
k Zmluve č. 11NSP1000119 (ďalej len „zmluva“).

Čl. 2

Predmet dodatku

Na základe Čl. 7 zmluvy – Záverečné ustanovenia, bod 7. sa zmluvné dohodli na týchto zmenách zmluvy:

2.1. V zmluve sa doterajší bod 1. nahrádza nasledovným novým znením:

*„1. Zmluva sa uzatvára na dobu určitú **do 30.6.2022.**“*

2.2. Zmluvné strany sa dohodli na novej Prílohe č. 1 zmluvy – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti, ktorá tvorí Prílohu č. 2 tohto dodatku. Nová Príloha č. 1 zmluvy je platná do 31.3.2022.

2.3. Platnosť Prílohy č. 2 zmluvy – Rozsah zdravotnej starostlivosti sa predlžuje do 31.3.2022.

2.4. V Prílohe č. 2 zmluvy – Rozsah zdravotnej starostlivosti sa dátum „31.3.2021“ nahrádza novým dátumom „31.3.2022“.

- 2.5. V prílohe č. 2 zmluvy – Rozsah zdravotnej starostlivosti, sa časť II. Maximálny rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti nahrádza nasledovným znením:

„1. Špecializovaná ambulantná starostlivosť“

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	mesačný zmluvný rozsah v €
200	Špecializovaná v odbornosti FBLR	788,00

2. Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky – úhrada zdravotnej starostlivosti formou degresu

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	mesačný zmluvný rozsah v €
400	SVLZ FBLR - mesačný zmluvný rozsah	4 810,00
400	SVLZ FBLR – polročný zmluvný rozsah	28 860,00

Pokiaľ Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť vo výške presahujúcej zmluvný rozsah v kalendárnom polroku, Poistovňa ju Poskytovateľovi uhradí nasledovným spôsobom: úhrada bude realizovaná vo výške 35% zo sumy presahujúcej zmluvný rozsah v kalendárnom polroku, maximálne však vo výške 35% zo sumy vypočítanej ako 10% zmluvného rozsahu v kalendárnom polroku. V tomto prípade sa postup podľa čl. 6 bodu 3 Zmluvy nepoužije.“

3. Ústavná zdravotná starostlivosť

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	mesačný zmluvný rozsah v € na obdobie od 1.4.2021 do 30.4.2021	mesačný zmluvný rozsah v € na obdobie od 1.5.2021
603	Oddelenie/liečebňa dlhodobo chorých – ošetrovacie dni	208 457,00	191 385,00
603	Fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia – ošetrovacie dni	81 027,00	74 392,00

- 2.6. Platnosť Prílohy č. 3 zmluvy – Kritériá na uzatváranie zmlúv sa predlžuje do 30.6.2022.
- 2.7. V Prílohe č. 3 zmluvy – Kritériá na uzatváranie zmlúv sa dátum „30.6.2021“ nahrádza novým dátumom „30.6.2022“.

Čl. 3 Prechodné ustanovenia

3.1. Definícia pojmov

„**Mimoriadnou situáciou**“ sa na účely tohto dodatku rozumejú predvídateľné aj nepredvídateľné okolnosti v rámci systému verejného zdravotného poistenia, ktoré svojim pôsobením mali, majú alebo budú mať vplyv na výšku úhrad za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a priamo súvisia s ochorením COVID-19.

- 3.2. Vzhľadom na mimoriadnu situáciu sa zmluvné strany dohodli na mesačnej paušálnej úhrade za zdravotnú starostlivosť poskytovanú v jednotlivých typoch zdravotnej starostlivosti v štruktúre a vo výške ako je uvedená v Prílohe č. 1 tohto dodatku **na obdobie od 1.4.2021 do 31.3.2022**. V prípade, ak rozsah uznanej zdravotnej starostlivosti v danom mesiaci je nižší ako výška paušálnej úhrady podľa Prílohy č. 1 tohto dodatku, poisťovňa uhradí poskytovateľovi výšku paušálnej úhrady. V prípade, ak rozsah uznanej zdravotnej starostlivosti v danom mesiaci je vyšší ako výška paušálnej úhrady podľa Prílohy č. 1 tohto dodatku, poisťovňa uhradí poskytovateľovi rozsah uznanej zdravotnej starostlivosti podľa podmienok tejto zmluvy.

- 3.3. Poistovňa uhradí paušálnu úhradu podľa bodu Prílohy č. 1 tohto dodatku za zdravotnú starostlivosť za obdobie mesiacov počas ktorých sa uplatňuje paušálna mesačná úhrada poskytovateľovi v termíne splatnosti faktúry za zdravotnú starostlivosť poskytnutú za dané zúčtovacie obdobie na účet poskytovateľa, ktorý je zároveň dňom splatnosti mesačnej paušálnej úhrady. To neplatí, ak rozsah poskytnutej, riadne vykázanej a uznanej zdravotnej starostlivosti v danom mesiaci je rovný alebo vyšší ako výška mesačnej paušálnej úhrady podľa Prílohy č. 1 tohto dodatku.
- 3.4. Poistovňa si vyhradzuje právo neuhradiť mesačnú paušálnu úhradu v prípade, že dôvodom nedosiahnutia výšky vykázanej a poisťovňou uznanej zdravotnej starostlivosti aspoň na úroveň paušálnej mesačnej úhrady nie sú okolnosti objektívne zapríčinené Mimoriadnou situáciou.
- 3.5. Zmluvné strany sa dohodli, že za obdobie uplatňovania paušálnej úhrady sa za výkony zdravotnej starostlivosti považuje výška mesačnej paušálnej úhrady alebo produkcia poskytovateľa v prípadoch, ak presiahne výšku mesačnej paušálnej úhrady a zároveň vstupujú do ročného doúčtovania v zmysle Čl. 6 – Osobitné ustanovenia, bod 3. zmluvy. Kvartálne doúčtovanie sa počas obdobia uplatňovania paušálnej úhrady neuplatňuje.
- 3.6. V dodatku č. 46 k zmluve, Čl. 3 – Prechodné ustanovenia, sa doterajšie znenie bodu 3.7. nahrádza nasledovným novým znením:
- „3.7. Zmluvné strany sa dohodli, že záväzok poskytovateľa podľa bodu 3.5. tohto článku vrátiť preddavok poisťovni bude splnený tak, že poisťovňa započíta preddavky poskytnuté v mesiacoch január 2021, február 2021 a marec 2021 ako svoju pohľadávku voči poskytovateľovi s pohľadávkou poskytovateľa, ktorá mu vznikne voči poisťovni z titulu vyúčtovania zdravotnej starostlivosti poskytnutej na základe zmluvy, a to dňom splatnosti faktúry za zdravotnú starostlivosť poskytnutú v mesiaci apríl 2021. V prípade ak preddavok podľa bodu 3.6. nebude môcť byť v plnej výške započítaný voči pohľadávke poskytovateľa, poskytovateľ sa zaväzuje nezapočítanú časť preddavku vrátiť poisťovni najneskôr do troch dní od doručenia výzvy poisťovne na vrátenie.“*

Čl. 4 Záverečné ustanovenia

- 4.1. Tento dodatok, ktorý tvorí súčasť zmluvy, nadobúda platnosť dňom podpisu zmluvnými stranami a účinnosť dňom **1.4.2021** po jeho predchádzajúcom zverejnení v zmysle § 47a zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov.
- 4.2. Z dôvodu zhoršujúcej sa epidemiologickej situácie a uznesenia vlády Slovenskej republiky č. 160 zo dňa 17. marca 2021, čoho následkom môžu byť administratívne preťahy pri nadobudnutí platnosti a následnej účinnosti tohto dodatku, sa zmluvné strany dohodli a berú na vedomie, že v prípade potreby zachovania kontinuity poskytovania a úhrady zdravotnej starostlivosti bude zdravotná starostlivosť poskytnutá poskytovateľom v čase od 1.4.2021 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 Trnave dňa 20.4.2021

Za poskytovateľa:

VITALITA n.o. LEHNICE
930 37 Lehnice 113
IČO: 36 084 328 DIČ: 2021764228
-3-

Ing. Július Slovák, MBA
riaditeľ
VITALITA n.o. LEHNICE

Za poisťovňu:

 VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA
Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s.
krajská pobočka Trnava
Hajenarska 22, 917 02 Trnava Z
IČO: 35 937 874 DIČ: 2022027040 52

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

Príloha č. 1 k dodatku: Mesačná paušálna úhrada v jednotlivých typoch zdravotnej starostlivosti

Mesačná paušálna úhrada		
Ambulantná zdravotná starostlivosť		Mesačná paušálna úhrada v €
105	Stomatologická špecializovaná ambulantná starostlivosť	-
200	Špecializovaná ambulantná starostlivosť	487,00
205	Stomatologická špecializovaná ambulantná starostlivosť	-
210	Onkologická špecializovaná ambulantná starostlivosť	-
604	Denné stacionáre pre dospelých a deti	-
<u>Výnimky:</u> lieky (A, AS), ŠZM, zdravotnícke pomôcky, stomatoprotetika, RD kódy, FOTO a PACS.		
Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky		
400	Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky	1 744,00
420	Počítačová tomografia	-
421	Magnetická rezonancia	-
<u>Výnimky:</u> lieky (A, AS), ŠZM, zdravotnícke pomôcky, stomatoprotetika, RD kódy, FOTO a PACS.		
Ústavná zdravotná starostlivosť		
601	Lôžková nemocničná starostlivosť	-
602	Špecializovaná lôžková starostlivosť pre deti	-
603	Špecializovaná lôžková starostlivosť pre dospelých	136 123,00
<u>Výnimky:</u> lieky (A, AS), MFNZS lieky, ŠZM, MFNZS ŠZM.		
Iné		
800	Dopravná zdravotná služba	-

**Príloha č. 1
k Zmluve č. 11NSP1000119**

**Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti
od 1.4.2021 do 31.3.2022**

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 uzatvorenú platnú Dohodu a súčasne na požiadanie zdravotnej poisťovni doručí preukázateľné odstúpenie poistenca od Dohody s predchádzajúcim poskytovateľom.

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

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

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

2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu

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

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

3. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

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

4. Úhrada vyjadrená paušálnou cenou za jeden ošetrovací deň

Pevná cena za poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti osobe, ktorá spĺňa indikačné kritériá na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení sociálnych služieb a zariadení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately je 3,30 eura na osobu a deň. Cena zahŕňa náklady za komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť poskytnutú poistencovi

poistovne na jeden ošetrovací deň. Komplexná ošetrovateľská starostlivosť zahŕňa starostlivosť nielen o medicínske problémy pacienta, ale hlavne o jeho osobu ako celok, umožňuje holistický a vysoko humánny prístup k pacientovi, zabezpečuje všetky bio-psycho-sociálne a spirituálne potreby pacienta zamerané na upevňovanie zdravia, podporu zdravia a navrátenie zdravia. Náklady na lieky, zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny, ktoré sú zaradené v zozname kategorizovaných liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín, sa hradia nad cenu ošetrovacieho dňa.

5. Individuálne zložky úhrady

Individuálne zložky úhrady sú Individuálna dodatková kapitácia a Individuálna pripočítateľná položka a predstavujú jednu zo zložiek úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť. Poistovňa individuálnu zložku úhrady poskytovateľovi uhradza vo výške, ktorá je závislá od plnenia Hodnotiacich parametrov (ďalej ako „HP“).

5.1. Individuálna dodatková kapitácia

Individuálnou dodatkovou kapitáciou (ďalej aj ako „IDK“) sa rozumie paušálna mesačná úhrada za každého kapítovaného 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).

5.2. 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.

IPP môže poskytovateľ vykazovať iba na ambulanciách poliklinického typu.

5.3. Hodnotiace parametre

HP ovplyvňujú výslednú cenu individuálnych zložiek úhrady poskytovateľa uvedených v bodoch 5.1. a 5.2. 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 každý kalendárny štvrťrok za obdobie, ktoré tomuto štvrťroku predchádza. Ak nie je hodnotené obdobie inak špecifikované v doplňujúcich informáciách k parametrom, vyhodnocuje sa predchádzajúci kalendárny štvrťrok.

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. V špecializovanej ambulantnej starostlivosti (typ ZS 200, 210) (ďalej aj ako „ŠAS“) sa vyhodnocujú HP za každú odbornosť. Výsledné percento plnenia HP za celú ŠAS, ktoré ovplyvňuje výslednú cenu IPP vo všetkých odbornostiach, je vypočítané ako vážený aritmetický priemer HP za jednotlivé odbornosti. Aritmetický priemer HP je vážený pomocou počtu ošetrovaných poistencov v jednotlivých odbornostiach ŠAS.

HP vyhodnocuje poisťovňa u poskytovateľa iba na ambulanciách poliklinického typu.

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

Pri parametroch odborného hodnotenia poskytovateľa sú poskytovatelia zaradení do referenčných skupín podľa odbornosti a typu ambulancie 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 pobočky poisťovni elektronickou formou. Splnenie parametra Dostupnosť poisťovňa vyhodnotí na základe podkladov doručených poskytovateľom podľa predchádzajúcej vety a to k prvému dňu kalendárneho štvrťroka, v ktorom realizuje vyhodnotenie HP.

6. Úhrada zdravotnej starostlivosti v zmysle Verejného prísľubu

Poisťovňa v dôsledku Mimoriadnej situácie umožňuje poskytovateľovi vykazovať aj zdravotné výkony uvedené vo Verejnom prísľube a to za podmienok a spôsobom v ňom uvedených. Vzhľadom na jednostranný charakter vydania a aktualizovania Verejného prísľubu sa za prejav súhlasu s Verejným prísľubom zo strany poskytovateľa na účely tejto zmluvy považuje poskytnutie a vykávanie zdravotnej starostlivosti v súlade s Verejným prísľubom v platnom znení.

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

1. Všeobecný lekár pre dospelých

1.1. Kapitácia

Cena kapitácie	
Veková skupina	Cena
do 19 rokov vrátane	3,52 €
od 20 do 28 rokov vrátane	2,80 €
od 29 do 39 rokov vrátane	2,60 €
od 40 do 44 rokov vrátane	2,64 €
od 45 do 49 rokov vrátane	2,69 €
od 50 do 54 rokov vrátane	2,71 €
od 55 do 59 rokov vrátane	2,82 €
od 60 do 64 rokov vrátane	3,15 €
od 65 do 69 rokov vrátane	3,53 €
od 70 do 74 rokov vrátane	3,65 €
od 75 do 79 rokov vrátane	3,77 €
od 80 do 84 rokov vrátane	4,13 €
od 85 rokov a viac	4,20 €

1.2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu

Cena bodu			
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Počet bodov	Cena bodu v €
10	<p>Rozebora a plánovanie cielených terapeutických postupov na ovplyvnenie chronických ochorení v rámci komplexného manažmentu poistenca.</p> <ul style="list-style-type: none"> Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z.. Nastavenie alebo úprava liečby pri diagnóze artériovej hypertenzie alebo dyslipidémie v kombinácii výkonu č. H0003 alebo č. H0004 alebo č. H0005 v zmysle odborného usmernenia MZ SR na poskytovanie zdravotnej starostlivosti dospelým poistencom s artériovou hypertenziou alebo dyslipidémiou. Poskytovateľ vykazuje výkon č. 10 pri prevzatí poistenca s chronickým ochorením a po podpísaní dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v kombinácii s výkonom č. 60. Výkon bude akceptovaný výlučne v kombinácii s výkonom č. 60 alebo č. H0003 alebo č. H0004 alebo č. H0005. Úprava alebo zmena terapeutického postupu musí byť zaznamenaná v zdravotnej dokumentácii vrátane zmeny dávkovania zdôvodnenia úpravy medikamentózne liečby. Akokoľvek úprava terapeutického postupu musí byť v súlade s platnou legislatívou a účelnou farmakoterapiou. 	180	0,021995

11a	<p>Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor)</p> <p>Charakteristika zdravotného výkonu:</p> <p>Konzultácia s poistencom prostredníctvom preukázateľnej elektronickej komunikácie (webová aplikácia, videohovor) v online prostredí, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie, realizáciu fotografií pacienta/vyšetrovaného orgánu na pridanie do zdravotnej dokumentácie.</p> <p>Konzultácia s poistencom obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cieleňú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom alebo k psychickej poruche, • zhodnotenie výsledkov, ak ich má poskytovateľ k dispozícii, • vypísanie receptov, prípadne vypísanie žiadaniek na ďalšie vyšetrenie, • poučenie poistenca, • diagnostický záver, • určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. <p>Vykazovanie zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • výkon sa vykazuje ako komplexná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia, • súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je preukázateľný časový údaj z online prostredia, • diagnostický záver, ak je potrebné, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, • prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, • výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, • ak je po konzultácii potrebná aj kontrola v ambulancii, vykazujú sa len výkony, ktoré sa vykonali ambulantne, a výkon sa nevykazuje, • výkon sa vykazuje samostatne, najviac 1x za deň na jedného poistenca. 	210	0,026
1b	<p>Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty, telefonicky alebo SMS</p> <p>Konzultácia s poistencom prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cieleňú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom alebo k psychickej poruche popis subjektívnych ťažkostí, • diagnostický záver, • v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplývajú z konzultácie ohľadom zdravotného stavu, • v prípade potreby záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, • poskytnutie informácií poistencovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane nefarmakologickej a farmakologickej terapie. <p>Vykazovanie zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia poistenca, • súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj z online prostredia, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, • výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, • výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie poistenca, • vykazuje sa samostatne, najviac 1x za deň na jedného poistenca. 	160	0,026

70	<p>Opätovné lekárske vystavenie receptov a/alebo poukazov na základe požiadavky poistenca prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefónu</p> <p>Charakteristika zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronicou formou na lieky/zdravotnícke pomôcky/dietetické potraviny, ktoré poistenec užíva minimálne jeden mesiac, a nebola realizovaná zmena dávkovania lieku lebo liekovej formy lieku <p>Vykazovanie zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia poistenca, súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je preukázateľný časový údaj z online prostredia, údaj, kedy bol recept/lekársky poukaz vypísaný, údaj o predpise lieku/zdravotníckej pomôcky/dietetickej potraviny poistencovi prostredníctvom elektronickej služby, výkon sa vzťahuje na jedného poistenca bez ohľadu na počet liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín, ktoré boli poistencovi predpísané formou receptu/lekárskeho poukazu alebo formou jednorazového elektronickeho predpisu (t. j. za týchto podmienok sa výkon vykazuje najviac v počte 1x za deň na jedného poistenca), výkon sa vykazuje samostatne za každý vystavený recept a/alebo poukaz, ak ide o elektronicke predpis liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín typu opakovaný recept (preskripčný záznam s poznámkou „REPETATUR“), výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi. 	40	0,026
60	<p>Komplexné vyšetrenie poistenca pri prevzatí dospeléj osoby do zdravotnej starostlivosti ako prvotné komplexné vyšetrenie s vystavením zdravotného záznamu.</p> <ul style="list-style-type: none"> Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z., Poskytovateľ poskytne poistencovi komplexné vyšetrenie (kompletná anamnéza, fyzikálne vyšetrenie, založenie zdravotnej dokumentácie a stanovenie diagnostického záveru a diagnostického a liečebného plánu) v termíne do 60 dní od podpísania dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Vykázaný výkon č. 60 musí byť súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca. Kontrola povinného očkovania poistenca. Kontrola poslednej preventívnej prehliadky poistenca. Informovaný súhlas poistenca s poskytnutím zdravotnej starostlivosti v súvislosti výkonom č. 60. 	350	0,021995
160	<p>Preventívne výkony</p>	390	0,06000
64	<p>Príplatok pri sťaženom výkone</p> <p>Príplatok pri sťaženom výkone k výkonom č. 4, 8, 25, 26, 29 s použitím osobitných ochranných zdravotných prostriedkov (respirátor FFP2-3 prekrytý rúškom, okuliare a / alebo celotvárový priehľadný štít, pokrývka hlavy, oblečenie s dlhým rukávom zakrývajúce aj nohy, jednorazové rukavice) u poistencov s podozrením na ochorenie COVID 19.</p> <p>Výkon sa vykazuje k zdravotnému výkonu, ktorý súčasne spĺňa všetky nasledovné podmienky:</p> <ul style="list-style-type: none"> v prípade definovanom ako suspektný, pravdepodobný alebo potvrdený prípad COVID-19 v zmysle Usmernenia hlavného hygienika Slovenskej republiky v súvislosti s ochorením COVID-19 spôsobeným koronavírusom SARS-CoV-2 v znení platnom v čase poskytnutia výkonu (uvedenú skutočnosť je potrebné zaznamenať v zdravotnej dokumentácii), v čase vyhlásenia mimoriadnej situácie na území Slovenskej republiky v súvislosti pandémiou ochorenia COVID-19, 	70	0,026

	<ul style="list-style-type: none"> súčasne ho nie je možné odložiť na čas po skončení vyhlásenia mimoriadnej situácie na území Slovenskej republiky v súvislosti pandémiou ochorenia COVID-19. <p>Výkon bude akceptovaný:</p> <ul style="list-style-type: none"> u kapítovaných poistencov (nad rámec kapitácie), nekapítovaných poistencov (ak ide o neodkladnú ZS) a poistencov EÚ (ak spĺňajú legislatívne podmienky nároku úhrady ZS u EÚ poistencov), výkon sa vykazuje najviac 1x za deň na jedného poistenca. <p>Výkon je hrađený nad kapitáciu aj pre nepríslušných poistencov a EÚ poistencov.</p>		
5702	<p>Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardný 12-zvodový záznam EKG</p> <ul style="list-style-type: none"> Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z.. Zaznamenanie popisu a vyhodnotenia záznamu vrátane popisu štandardného 12-zvodového záznamu EKG v zdravotnej dokumentácii poistenca u všeobecného lekára pre dospelých. Vykazovanie jedenkrát pri súčasnom vykázaní výkonu č. 60 alebo č. 60b alebo výkonu č. H0003 alebo č. H0004 alebo č. H0005 v zmysle príslušných odborných usmernení MZ SR alebo pri podozrení na akútny koronárny syndróm alebo iné akútne ochorenie kardiovaskulárneho systému Vykazovanie u poistenca, za ktorého je hrađená kapitačná platba u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v zmysle tejto zmluvy, pri neodkladnej zdravotnej starostlivosti a pri súčasnom vykonaní EKG a popísaní EKG záznamu. Záznam a popis musí byť súčasťou zdravotnej dokumentácie. 	550	0,008105
5702P	<p>Vyšetrenia EKG pri preventívnej prehliadke poistencov 40 ročných a starších</p> <ul style="list-style-type: none"> Len spolu s výkonom 160. Len spolu s výkonom 160. Vykazovanie u poistenca, za ktorého je hrađená kapitačná platba u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v zmysle tejto zmluvy pri súčasnom vykonaní a popísaní štandardného 12-zvodového EKG záznamu. Záznam a popis musí byť súčasťou zdravotnej dokumentácie. 	550	0,008105
5715	<p>24-hodinové prístrojové monitorovanie tlaku krvi - naloženie a zosnímanie (Holterov monitoring)</p> <ul style="list-style-type: none"> Zaznamenanie výsledku a vyhodnotenia výsledku v zdravotnej dokumentácii poistenca u poskytovateľa. Výkon je vykázaný v prípade starostlivosti o dospelého poistenca s artériovou hypertenziou v zmysle odborného usmernenia MZ SR. Vykazovanie výkonov u poistenca, za ktorého je hrađená kapitačná platba v zmysle tejto zmluvy. 	750	0,016597
5716	<p>Počítačové vyhodnotenie 24 hodinového prístrojového monitorovania tlaku krvi (Holterov monitoring) a vyhodnotenie nálezu lekárom.</p> <ul style="list-style-type: none"> Zaznamenanie výsledku a vyhodnotenia výsledku v zdravotnej dokumentácii poistenca u poskytovateľa. Výkon je vykázaný v prípade starostlivosti o dospelého poistenca s artériovou hypertenziou v zmysle odborného usmernenia MZ SR. Vykazovanie výkonov u poistenca, za ktorého je hrađená kapitačná platba v zmysle tejto zmluvy. 	240	0,016597
252b	Očkovanie	70	0,06000
25	Návšteva u kapítovaných poistencov v pracovnom čase	285	0,02700
26	Návšteva u kapítovaných poistencov mimo pracovného času	500	0,02700
-	Výkony z I. časti Zoznamu výkonov pre poistencov EÚ, bezdomovcov, cudzincov a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z.	-	0,026
-	Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) pre poistencov EÚ, bezdomovcov, cudzincov a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. a nekapítovaných poistencov	-	0,007303

-	Neodkladná zdravotná starostlivosť poskytnutá poisťovňou, s ktorými poskytovateľ nemá uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti	-	0,026
<p><i>Poisťovňa uhradí zdravotné výkony s kódmi: 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 špecifík dištančného spôsobu poskytovania zdravotnej starostlivosti v súvislosti s epidemickým rizikom priameho kontaktu s poistencom vrátane mimoriadnej situácie. Telefonický rozhovor alebo videohovor alebo iná elektronická komunikácia medzi poisťovňou a zdravotníckym pracovníkom s diagnostikou a/alebo terapiou poistenca Zdravotné výkony musia byť zaznamenané v zdravotnej dokumentácii a nie je ich možné vzájomne kombinovať a ani kombinovať s inými výkonmi.</i></p>			

1.3. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

Cena za výkon		
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Cena za výkon v €
4571a	<p>Výšetrenie C – reaktívneho proteínu</p> <ul style="list-style-type: none"> - Výkon indikuje a vykonáva PZS. - Výkon môže byť vykázaný poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, s ktorým ma poistenec uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. - Výkon môže byť vykázaný s frekvenciou maximálne 1x denne na URČ. - Cena zahŕňa náklady na odobratie biologického materiálu a vyhodnotenie výsledku CRP vyšetrenia, - platný doklad o zakúpení, resp. prenájme prístrojového vybavenia, - prehlásenie o zhode k prístroju, - zaznamenanie výsledku a vyhodnotenia výsledku v zdravotnej dokumentácii poistenca. 	4,40
60b	<p>Komplexné predoperačné vyšetrenie vrátane odberu biologického materiálu, zhodnotenia laboratórnych a prístrojových vyšetrení. Výkon možno vykazovať iba raz v rámci jednej operácie pri dodržaní odborného usmernenia MZ SR. Výkon sa vykazuje samostatne s diagnózou, pre ktorú je poistenec plánovaný na operáciu.</p> <ul style="list-style-type: none"> • V prípade odoslania poistenca k špecialistovi, najmä kód odbornosti 001 (vnútorné lekárstvo), za účelom vykonania predoperačného vyšetrenia a/alebo EKG, zdravotná poisťovňa poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súvislosti s predoperačným vyšetrením uhrádza iba cenou kapitácie. 	13,00
62a	<p>Cielené vyšetrenie poistenca s respiračným syndrómom pri pandémie COVID-19</p> <p>Ide o ciele vyšetrenie dvoch alebo viacerých orgánových systémov (cieľná anamnéza, resp. anamnéza od poslednej kontroly), opis subjektívnych ťažkostí, objektívny nález, záznam nálezu, záver, vypracovanie plánu do nasledujúcej kontroly.</p> <p>Výkon poisťovňa akceptuje za nasledovných podmienok:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poistenec má COVID pozitívny výsledok nie starší ako 14 dní, PCR metódou alebo pri kontakte s osobou s potvrdenou infekciou COVID metódou PCR nie staršou ako 14 dní • Poistenec má príznaky akútneho respiračného syndrómu s/bez dokázanej pozitivity na COVID-19. • Výkon sa nevykazuje v kombináciu s iným výkonom. • Maximálne 1 - krát týždenne na jedno rodné číslo. • Výkon môžu vykonať nasledovné odbornosti: všeobecný lekár, pediater, internista, pneumoftizeológ, pediatričný pneumoftizeológ, infektológ, otorinolaryngológ, imunoalergológ. 	20,00
629a	<p>Skríningový antigénový test SARS-CoV-2</p> <p><u>Charakteristika výkonu:</u></p> <p>Skríningový, rýchly antigénový test SARS-CoV-2 zahŕňa odber biologického materiálu na stanovenie antigénov SARS-CoV-2 vrátane použitia osobných ochranných pracovných prostriedkov a dezinfekcie.</p> <p><u>Podmienky úhrady výkonu:</u></p>	5,20

	<ul style="list-style-type: none"> • zdravotný výkon vykonáva lekár alebo sestra, sestra špecialistka alebo iný zdravotnícky pracovník, • pacient je symptomatický, • použitie respirátora prekrytého rúškom, tvárového štítu (okuliarov) a jednorazových rukavíc pri odbere, • výkon nie je možné kombinovať s výkonom 629b, • povolená frekvencia: 2 krát mesačne na jedno rodné číslo <p>V prípade, ak si rýchlotest PZS obstaral sám na vlastné náklady, nákupnú cenu rýchlotestu môže k výkonu vykazať pripočítateľnou položkou s označením „AGTC“ v maximálnej cene 4,80 € a na požiadanie poisťovne tento nákup zdokladovať predložením dokladu o nadobudnutí rýchlotestu alebo zaslaním jeho kópie do poisťovne.</p> <p><u>Kritéria rýchlotestu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • in vitro zdravotnícka pomôcka pre profesionálne použitie; • CE značka, resp. kód ŠÚKLu • kvalitatívna detekcia; • zo vzoriek z výterov z nosohltanu; • odčítanie výsledku testu do 30 min. od naniesenia vzorky na doštičku. <p><u>Indikačné obmedzenia:</u></p> <p>U07.1; U07.2</p>	
629b	<p>Skriningový antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou</p> <p><u>Charakteristika výkonu:</u></p> <p>Skriningový, rýchly antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou zahŕňa odber biologického materiálu na stanovenie antigénov SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou pomocou prístroja na odčítanie výsledku reakcie, vrátane použitia osobných ochranných pracovných prostriedkov a dezinfekcie.</p> <p><u>Podmienky úhrady výkonu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • zdravotný výkon vykonáva lekár alebo sestra, sestra špecialistka alebo iný zdravotnícky pracovník, • pacient je symptomatický, • použitie respirátora prekrytého rúškom, tvárového štítu (okuliarov) a jednorazových rukavíc pri odbere, • výkon nie je možné kombinovať s výkonom 629a • zdokladovanie vlastníctva adekvátneho, CE certifikovaného prístroja <p><u>Kritéria rýchlotestu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • in vitro diagnostická zdravotnícka pomôcka pre profesionálne použitie; • CE značka, resp. kód ŠÚKLu • kvalitatívna detekcia; • zo vzoriek z výterov z nosohltanu. <p><u>Indikačné obmedzenia:</u></p> <p>U07.1; U07.2</p>	10,00
H0003	<p>Iniciálne vyšetrenie poistenca s chronickým ochorením.</p> <ul style="list-style-type: none"> • diferenciálna diagnostika artériovej hypertenzie alebo dyslipidémie v zmysle príslušných odborných usmernení MZ SR na poskytovanie ambulantnej starostlivosti dospelým poistencom s artériovou hypertenziou alebo dyslipidémiou. • Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z.. • Vykázanie výkonu jedenkrát za kalendárny rok po stanovení diagnostického záveru a diagnostického a liečebného plánu zdravotnej poisťovni nad rámec kapitácie výkon H0003 s príslušnou korektnou diagnózou zistenou pri vyšetrení. • Za iniciálne vyšetrenie sa považuje stav, keď poistenec v bezprostredne predchádzajúcich 24 mesiacoch nebol sledovaný ani liečený pre artériovú hypertenziu alebo dyslipidémiu. 	12,00

	<ul style="list-style-type: none"> • V cene výkonu je zahrnuté komplexné vyšetrenie poistenca, vyhodnotenie laboratórných, doplnkových a pomocných vyšetrení, odporúčenie ďalšej diagnostiky a liečby a stanovenie ďalšieho postupu v zmysle príslušných odborných usmernení MZ SR na poskytovanie ambulantnej starostlivosti dospelým poistencom s artériovou hypertenziou alebo dyslipidémiou. • V prípade hodnotenia laboratórných alebo zobrazovacích vyšetrení pri iniciálnom vyšetrení poisťovňa akceptuje aj vyšetrenia, ktoré neboli realizované bezprostredne v čase vyšetrenia a dátum ich realizácie nie je starší ako 3 mesiace (90 dní) pred vykonaním vyšetrenia a zároveň výsledok vyšetrení dosahoval fyziologické hodnoty a nie je žiadny medicínsky predpoklad, že výsledky by mohli byť signifikantne zmenené. V tomto prípade je lekár povinný zaznamenať alebo založiť do zdravotnej dokumentácie všetky výsledky tak, aby bolo zrejmé dátum ich realizácie a výsledok jednotlivých parametrov a jeho vyhodnotenie v rámci diferenciálnej diagnostiky alebo liečebného plánu. • V prípade laboratórných a zobrazovacích vyšetrení realizovaných iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti alebo realizovaných za účelom iných potrebných vyšetrení, ktorých výsledok bol vo fyziologickom rozmedzí, poisťovňa ich bude akceptovať za podmienky, že neprekročili časový interval odporúčený v príslušnom odbornom usmernení MZ SR, pokiaľ budú zaznamenané v zdravotnej dokumentácii. • Pokiaľ vyšetrenia a ich výsledky neboli realizované alebo neboli v rozmedzí fyziologických hodnôt, tak je potrebné ich vyšetrit' a výsledok zaznamenať do zdravotnej dokumentácie poistenca. V opačnom prípade výkon H0003 nebude akceptovaný. • Pokiaľ je potrebné, vzhľadom k zdravotnému stavu poistenca vykonať ďalšie doplňujúce vyšetrenia potrebné k diagnostike a liečbe poistenca s artériovou hypertenziou alebo dyslipidémiou nad rámec odborného usmernenia MZSR, ošetrojúci lekár zdôvodní ich vykonanie a výsledky zaznamená do zdravotnej dokumentácie poistenca. 	
H0004	<p>Kontrolné vyšetrenie poistenca s chronickým ochorením.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vykázanie výkonu s príslušnou korektnou diagnózou: artérová hypertenzia alebo dyslipidémia jedenkrát za kalendárny rok. V prípade vyššej frekvencie návštev je ďalšia poskytnutá zdravotná starostlivosť uhrádzaná cenou kapitácie. • Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z.. • Za kontrolné vyšetrenie sa považuje stav, keď poistenec má diagnostikovanú artérovú hypertenziu alebo dyslipidémiu a je v starostlivosti všeobecného lekára a zároveň nie je pre dané diagnózy dispenzarizovaný alebo liečený u lekára –špecialistu, okrem pomocného alebo konziliárneho vyšetrenia u lekára špecialistu alebo iného PZS za účelom konzultácie alebo vykonania zobrazovacieho vyšetrenia. V prípade konfliktu (neuznania výkonu) zdravotná poisťovňa na základe reklamácie poskytovateľom zdravotnej starostlivosti vyúčtovania preverí text výmenného lístka a požiadavku VLD u poskytovateľa ŠAS. • V cene výkonu je zahrnuté komplexné vyšetrenie poistenca, vyhodnotenie výsledkov všetkých dostupných vyšetrení, odporúčenie ďalšej liečby a stanovenie ďalšieho postupu v zmysle odborného usmernenia MZ SR na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým poistencom s artériovou hypertenziou alebo dyslipidémiou v zmysle príslušného odborného usmernenia MZ SR. • Pokiaľ vyšetrenia a ich výsledky neboli realizované alebo neboli v rozmedzí fyziologických hodnôt, tak je potrebné ich vyšetrit' a výsledok zaznamenať do zdravotnej dokumentácie poistenca. V opačnom prípade výkon H0004 nebude akceptovaný. • Pokiaľ je potrebné vykonať ďalšie doplňujúce vyšetrenia potrebné k diagnostike a liečbe poistenca s artériovou hypertenziou alebo liečbou nad rámec OU MZ SR, ošetrojúci lekár ich urobí sám, zdôvodní ich vykonanie a výsledky do zdravotnej dokumentácie poistenca. • V prípade hodnotenia laboratórných alebo zobrazovacích vyšetrení pri iniciálnom vyšetrení poisťovňa akceptuje aj vyšetrenia, ktoré neboli realizované bezprostredne v čase vyšetrenia a dátum ich realizácie nie je starší ako 3 mesiace (90 dní) pred vykonaním vyšetrenia a zároveň výsledok vyšetrení dosahoval fyziologické hodnoty a nie je žiadny medicínsky predpoklad, že výsledky by mohli byť signifikantne zmenené. V tomto prípade je lekár povinný zaznamenať alebo založiť do zdravotnej dokumentácie všetky výsledky tak, aby bolo zrejmé dátum ich realizácie a výsledok jednotlivých parametrov a jeho vyhodnotenie v rámci diferenciálnej diagnostiky alebo liečebného plánu. • V prípade laboratórných a zobrazovacích vyšetrení realizovaných iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti alebo realizovaných za účelom iných potrebných vyšetrení, ktorých výsledok nie starší ako 3 mesiace (90 dní) bol vo 	12,00

	fyziologickom rozmedzí, poisťovňa ich bude akceptovať za podmienky, že neprekročili časový interval odporučený v príslušnom odbornom usmernení MZ SR, pokiaľ budú zaznamenané v zdravotnej dokumentácii.	
H0005	<p>Cielené vyšetrenie poistenca s akútnym hypertenzným stavom</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vykázať výkon s diagnózou artériová hypertenzia maximálne 2x za kalendárny rok a súčasne je v starostlivosti všeobecného lekára a zároveň nie je pre danú diagnózu dispenzarizovaný alebo liečený u lekára –špecialistu. V prípade vyššej frekvencie návštev je ďalšia poskytnutá zdravotná starostlivosť uhrádzaná cenou kapitácie. • Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z.. • Za cielené vyšetrenie sa považuje ošetrenie akútneho hypertenzného stavu. V rámci akútneho hypertenzného stavu je potrebné stabilizovať vitálne funkcie poistenca, vykonať opatrenia na zabránenie orgánového poškodenia, v prípade potreby zabezpečiť bezpečný transport do cieľového zdravotníckeho zariadenia. • V cene výkonu je zahrnuté odobratie anamnézy súvisiacej s akútnym hypertenzným stavom, vrátane orientačného neurologického vyšetrenia a medikamentózneho liečby v zmysle odborného usmernenia MZ SR na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým poistencom s artériovou hypertenziou. 	6,00
H0006	<p>Stratifikácia kardiovaskulárneho rizika.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stanovenie stratifikácie kardiovaskulárneho rizika systémom SCORE u poistencov nad 40 rokov podľa platného odborného usmernenia MZ SR. • Zdravotná poisťovňa akceptuje výkon jedenkrát ročne k výkonu č. 160 alebo H0003 alebo H0004 s príslušnou diagnózou. • Podmienkou úhrady výkonu H0006 je vykázanie priložiteľnej položky „dosiahnuté skóre“ v dávke 751a platného dátového rozhrania podľa Metodického usmernenia ÚDZS, ktorá je v uvedených vybraných položkách vyplnená nasledovne: v položke č. 13 –PRÍPOČITATEĽNÁ POLOŽKA – uvedie dosiahnuté skóre v tvare: <ul style="list-style-type: none"> ▪ SKOR01 tj nízke riziko alebo SCORE <1%. ▪ SKOR02 ,tj stredné riziko alebo SCORE ≥1% < 5 % ▪ SKOR03, tj vysoké riziko alebo SCORE ≥5% a < 10 % ▪ SKOR04 tj veľmi vysoké riziko alebo SCORE ≥10% pričom na 5. a 6. mieste položky je vyjadrenie dosiahnutého skóre. • Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z.. • Pri novozistenej fibrilácii predsiení stanovenie rizika CMP podľa príslušného odborného usmernenia MZSR, v tomto prípade sa výkon vyžaduje s dg. I48.9. Podmienkou je vyhotovenie a vyhodnotenie 12-zvodového EKG záznamu s minimálne s 10QRS komplexami. 	5,00
H0007	<p>Kvantitatívne prístrojové INR vyšetrenie v ambulancii VLD</p> <p>Kontrolné kvantitatívne prístrojové vyšetrenie INR z kapilárnej krvi u poistencov pri dlhodobej (minimálne 2 mesiace) alebo celoživotnej antikoagulačnej liečbe.</p> <ul style="list-style-type: none"> – platný doklad o zakúpení, resp. prenájme prístrojového vybavenia; – potvrdenie o zaškolení výrobcom (dovozcom) prístroja; – prehlásenie o zhode k prístroju (jedná sa o registráciu prístroja na ŠÚKL); – potvrdenie o odbornej spôsobilosti poskytovateľa (lekára) - absolvovaní kreditovaného kurzu minimálne 4 kredity v rozsahu legislatívne určených kompetencií v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo; – potvrdenie o technickej (kvalitatívnej) kompatibilitate prístroja na ambulantnú diagnostiku, resp. doklad o externej kontrole kvality, ktorý nesmie byť starší ako 12 mesiacov. – Poisťovňa akceptuje a osobitne nad rámec kapitácie uhrádza výkon vo frekvencii spravidla raz za 2 mesiace u poistenca (maximálne 8x za kalendárny rok). – V cene výkonu je zahrnutý odber kapilárnej krvi, vyhodnotenie výsledku, návrh ďalšieho postupu, záznam o prípadnej zmene liečby, termín kontrolného vyšetrenia a poučenie poistenca. <p><u>Výkon nebude akceptovaný:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pri súčasnom odbere venóznej krvi na laboratórne vyšetrenie; 2. ak v kontrolovanom intervale (v rozpätí jedného mesiaca) bolo vyšetrenie INR vykázané zmluvným laboratóriom; 3. ak poskytovateľ na požiadanie nepredloží doklad o vykonanej externej kontrole kvality prístroja. 	5,20
H0008	Stanovenie indexu ABI oscilometrickou metódou vrátane pulznej vlny.	4,50

	<p>Meranie a vyhodnotenie indexu ABI oscilometrickou metódou vrátane pulznej vlny na štyroch končatinách pri včasnej diagnóze ischemickej choroby dolných končatín.</p> <ul style="list-style-type: none"> - platný doklad o zakúpení, resp. prenájme prístrojového vybavenia; - potvrdenie o zaškolení výrobcom (dovozcom) prístroja; - prehlásenie o zhode k prístroju (jedná sa o registráciu prístroja na ŠÚKL) <p><u>Výkon bude akceptovaný:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. u symptomatických poistencov s podozrením na ischemickú chorobu dolných končatín (ICHDK). Indikácia k výkonu je zaznamenaná v zdravotnej dokumentácii, vrátane výsledku a ďalšej diferenciálnej diagnostiky a terapeutického plánu. 2. u asymptomatických poistencov nad 50 rokov s minimálne jedným rizikovým faktorom (artériová hypertenzia, abnormálne EKG, diabetes mellitus, obezita s BMI nad 30, fajčiari, porucha metabolizmu lipidov, pacienti s postihnutím koronárnych alebo cerebrálnych artérií, a pod.); 3. u všetkých poistencov nad 60 rokov. <p>Bod 2 a 3 poistovňa akceptuje a osobitne nad rámec kapitácie uhradza výkon 1x za 2 roky pri vykázaní preventívnej prehliadky.</p> <p><u>Výkon nebude akceptovaný</u>, ak vyšetrenie výkonu bolo vykonané v špecializovanej ambulantnej starostlivosti alebo je poistenec dispenzarizovaný u poskytovateľa špecializovanej ambulantnej starostlivosti pri ICH DK..</p>	
250D	<p>Delegovaný odber biologického materiálu na základe písomnej žiadosti ŠAS pri návšteve poistenca v ambulancii VLD.</p> <ul style="list-style-type: none"> - dodržať postup, ktorý ustanovuje Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o postupe objednávaní, vykonávaní a kontroly laboratórných a zobrazovacích vyšetrení zo dňa 10.06.2014 číslo 02032/2014-SZ v platnom znení, - dodržať podmienky zdravotnej indikácie v zmysle účelného, efektívneho a hospodárneho nakladania s prostriedkami verejných zdrojov. 	1,05
159a	<p>Preventívne vyšetrenie na krv v stolici s použitím štandardizovaných testov v rámci opatrení na včasnú diagnostiku ochorenia na rakovinu, dodatok k výkonu pod kódom 160. Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti vtedy, ak ho sám uskutočnil. Výkon sa môže vykazovať za celé preventívne vyšetrenie. Ak sa vyšetrenie vykonalo v laboratóriu, môže ho vykazovať laboratórium.</p> <p>Výsledok výkonu TOKS pozitívny</p>	12,00
159z	<p>Preventívne vyšetrenie na krv v stolici s použitím štandardizovaných testov v rámci opatrení na včasnú diagnostiku ochorenia na rakovinu, dodatok k výkonu pod kódom 160. Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti vtedy, ak ho sám uskutočnil. Výkon sa môže vykazovať za celé preventívne vyšetrenie. Ak sa vyšetrenie vykonalo v laboratóriu, môže ho vykazovať laboratórium.</p> <p>Výsledok výkonu TOKS negatívny</p>	12,00
159x	<p>Preventívne vyšetrenie na krv v stolici s použitím štandardizovaných testov v rámci opatrení na včasnú diagnostiku ochorenia na rakovinu, dodatok k výkonu pod kódom 160. Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti vtedy, ak poistenca poučil o dôležitosti vyšetrenia a zároveň vydal poistencovi diagnostický test.</p> <p>Výsledok výkonu TOKS nevrátený / znehodnotený test</p>	3,02
163	<p>Vyšetrenie a včasné rozpoznanie hroziacej straty sebestačnosti u poistencov nad 60 rokov. (MoCA - Montrealsky kognitívny test – varianta „K“ pre Slovenskú republiku)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Podmienkou úhrady je súčasne vyšetrenie poškodenia kognitívnych funkcií podložených zhodnotením orientácie miestom, časom, osobou a zhodnotením procesov pamäte, myslenia a rečovej expresie, ktoré sa overuje štyrmi základnými otázkami. V prípade že aspoň na jednu odpoveď poistenec nesprávne, vykoná sa vyšetrenie pomocou MoCA testu. - Výkon bude akceptovaný u poistenca nad 60 rokov. - Kompletne vyplnený a vyhodnotený MoCA test, podpísaný poistencom musí byť súčasťou zdravotnej dokumentácie. - Kompetentným zdravotníckym pracovníkom na zadanie inštrukcií k vyplneniu MoCA testu poistencom je lekár alebo sestra. - Kompetentným zdravotníckym pracovníkom na vyhodnotenie vyplneného MoCA testu a následného komplexného posúdenia zdravotného stavu poistenca je lekár. - Test sa vykazuje s diagnózou Z03.2 Pozorovanie pre podozrenie na duševné poruchy a poruchy správania, ak je výsledné skóre menej ako 26. 	6,00

<ul style="list-style-type: none"> - Test sa vykazuje s diagnózou Z01.88 Iné bližšie určené špeciálne vyšetrenia v prípade, ak je výsledné skóre 26 a viac. - V prípade ak je výsledné skóre menej ako 26 vrátane, poskytovateľ vykoná vyšetrenie TSH (v zmysle odborného usmernenia) a orientačné neurologické vyšetrenie. V prípade, že je vyšetrenie indikované, odosiela poistenca na vyšetrenie k endokrinológovi, neurológovi alebo psychiatrovi. U tohto poistenca sa test už v budúcnosti neopakuje. - Pri hodnote 26 a viac je možné test zopakovať najskôr o dva roky.
VŠZP akceptuje výkon 159a,159z a 159x v súlade s prílohou č. 2 k zákonu č. 577/2004 Z. z. v znení neskorších. Štandardizovaný test na okultné krvácanie (TOKS) metódou POCT(i FOB) všeobecný lekár pre dospelých indikuje a vykonáva poistencov starších ako 40 rokov.

1.4. Individuálna zložka úhrady – Individuálna dodatková kapitácia

Základ pre výpočet ceny IDK		
Špecializácia	Veková skupina	Základ
Všeobecný lekár pre dospelých	všetky	1,20 €

1.5. Hodnotiace parametre

Zameranie	Parameter	Kritérium splnenia	Váha	Plnenie do 31.12.2021
Odborné hodnotenie poskytovateľa	Celkové náklady na kapitovaného poistenca	Hodnota parametra je pod hranicou horného pásma definovanou výpočtom v príslušnej referenčnej skupine ambulancií	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
	Komplexná ZS pri vybraných chronických ochoreniach	Hodnota parametra je nad hranicou dolného pásma definovanou výpočtom v príslušnej referenčnej skupine ambulancií.	10%	
	Prevenčia	Preventívne vyšetrenie na krv v stolici - Vyšetrenie na okultné krvácanie bolo vykonané aspoň u 50 % vopred identifikovaných poistencov.	20 %	20 % fixne bez ohľadu na reálne plnenie
		Preventívna prehliadka vykonaná aspoň u takého počtu poistencov, ktorý zodpovedá priemeru v príslušnej odbornosti v hodnotenom období.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
		Preventívna prehliadka vykonaná aspoň u takého počtu poistencov, ktorý zodpovedá 75% z priemeru v príslušnej odbornosti v hodnotenom období.	7%	Reálne plnenie poskytovateľa
Elektronizácia	ePobočka	Poskytovateľ zasiela všetky dávky vrátane faktúr za poskytnutú zdravotnú starostlivosť cez ePobočku.	10%	Reálne plnenie poskytovateľa
	eRecept	Aspoň 80% lekárske predpisy predpísaných prostredníctvom programu eRecept.	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.		

Výsledné percento plnenia Hodnotiacich parametrov

Pre účely výpočtu výslednej hodnoty individuálnej zložky úhrady sa na účely úhrady sa na účely tejto prílohy výsledné percento plnenia HP v type ZS 101 stanovuje na hodnotu 68%.

1.5.1. Doplňujúce informácie k Hodnotiacim parametrom

Celkové náklady na kapitovaného poistenca

Priemerné celkové náklady na priamo poskytnutú zdravotnú starostlivosť vrátane SVLZ, preskripcie liekov, zdravotníckych pomôcok a diietických potravín a indukovanej špecializovanej ambulantnej starostlivosti na jedného kapitovaného pacienta. Počet pacientov sa prepočíta podľa nákladových indexov veku a pohlavia. Do výpočtu nie je zahrnutá preventívna zdravotná starostlivosť a zdravotná starostlivosť podľa definovaných výnimiek. Hodnotené obdobie: dva po sebe nasledujúce štvrťroky.

Preventívne vyšetrenie na krv v stolici

Počet vyšetrených poistencov, ktorý zodpovedá počtu poistencov indikovaných na vyšetrenie na základe zmluvných podmienok. Poistovňa sa zaväzuje, že poskytovateľovi najneskôr k prvému dňu hodnoteného obdobia sprístupní zoznam poistencov, u ktorých je v hodnotenom období potrebné vykonať vyšetrenie stolice na prítomnosť krvi. Hodnotené obdobie: kalendárny rok.

Komplexná ZS pri vybraných chronických ochoreniach

Podiel poistencov s poskytovanou komplexnou zdravotnou starostlivosťou (výkony H0004) na počte všetkých kapítovaných poistencov u poskytovateľa s identifikovanými diagnózami pod kódom I10* a E78*. Hodnotené obdobie: štyri po sebe nasledujúce štvrťroky.

Prevenčia

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

Hodnotené obdobie: štyri po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky.

2. Špecializovaná ambulatná starostlivosť

2.1. 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	-	0,0268
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.	420	0,0268
	Pre odbornosti: fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	500	
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.	270	0,0268
	Pre odbornosti: fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	310	
63	Dôkladné vyšetrenie jedného orgánového systému alebo kontrolné vyšetrenie vrátane rád a dokumentácie.	210	0,0268
	Pre odbornosti: fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	250	0,0268
65	Príplatok pri sťaženom výkone Pri výkonoch pod kódmi 61, 62, 63 a pri výkonoch v rádiológii a v rádioterapii.	200	0,0268
66	Príplatok pri sťaženom výkone Pri výkone pod kódom 60.	320	0,0268
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.	200	0,0268
11a	Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor) Charakteristika zdravotného výkonu: Konzultácia s poistencom prostredníctvom elektronickej komunikácie (webová aplikácia, videohovor) v online prostredí, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie.	210	0,0260

	<p>Konzultácia s pacientom obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Vykazovanie zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta a zaznamená sa v zdravotnej dokumentácii • súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj z online prostredia, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení návštevy iného lekára, • výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, • výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta, • výkon sa vykazuje najviac 1x za deň na jedného poistenca. 		
1b	<p>Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty alebo telefonicky</p> <p>Konzultácia s pacientom prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cielenú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly vo vzťahu k jednému orgánovému systému, • popis subjektívnych ťažkostí, • diagnostický záver, • poučenie o diéte a životospráve, • v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplynuli z konzultácie ohľadom zdravotného stavu, • prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára, • poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie. <p>Vykazovanie zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta, • zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii, • súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj z online prostredia, popis zdravotného výkonu, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára, • výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, • výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta, • vykazuje sa samostatne, najviac 1x za deň na jedného pacienta. 	160	0,026
70	<p>Opätovné lekárske vystavenie receptov a (alebo) poukazov na základe požiadavky pacienta prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefónu</p> <p>Charakteristika zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronickou formou na lieky/zdravotnícke pomôcky/dietetické potraviny, ktoré 	40	0,026

	<p>pacient užíva dlhšie ako 3 mesiace, a nebola realizovaná zmena dávkovania lieku.</p> <p>Vykazovanie zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta, súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj z online prostredia, údaj, kedy bol recept/lekársky poukaz vypísaný, údaj o predpise lieku/zdravotníckej pomôcky/dietetickej potraviny pacientovi prostredníctvom elektronických služieb, výkon sa vzťahuje na jedného pacienta bez ohľadu na počet liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín, ktoré boli pacientovi predpísané formou papierového receptu/lekárskeho poukazu alebo formou jednorazového elektronického predpisu (t. j. za týchto podmienok sa výkon vykazuje najviac v počte 1x za deň na jedného pacienta), 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. 		
1c	<p>Krízová psychoterapeutická intervencia alebo individuálna psychoterapia alebo psychodiagnostický rozhovor prostredníctvom elektronickej komunikácie</p> <p>Popis zdravotného výkonu (ďalej len „výkon“):</p> <p>Krízová psychoterapeutická intervencia s pacientom telefonicky, alebo prostredníctvom elektronickej pošty, alebo webovej aplikácie, alebo videohovoru obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> cielenú anamnézu/heteroanamnézu, popis subjektívnych ťažkostí, krízovú psychoterapeutickú intervenciu ako okamžité opatrenie pri akútnej psychickej dekompenzácii (napríklad pokus o samovraždu), diagnostický záver, poučenie o psychohygiene, v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/zdravotníckych pomôcok, 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. <p>Vykazovanie výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez osobnej prítomnosti pacienta, zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii, súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj z online prostredia, popis zdravotného výkonu v trvaní najmenej 45 minút, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára, výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta, 	1000	0,026

	<ul style="list-style-type: none"> výkon sa vykazuje samostatne, najviac 1x za deň na jedného pacienta, opakované vykávanie v jednom liečebnom prípade vyžaduje osobitné zdôvodnenie v zdravotnej dokumentácii. 		
-	Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ).	-	0,008105
-	Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ okrem vybraných výkonov) z časti FYZIATRIA BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA.	-	0,009080
-	Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) vykonávané prístrojovou technikou ULTRAZVUK – USG a FUNKČNÁ DIAGNOSTIKA.	-	0,008473
516	Vybrané výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) z časti FYZIATRIA BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA.	180	0,013166
518		350	
523a		145	
530		180	
531		220	
540		180	
541		350	
542		300	0,013824
509a		220	
512		130	
513		250	
514a		450	
522		290	
532		300	
533a		450	

2.2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

Cena za výkon		
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Cena za výkon v €
250x	Odber venóznej krvi za účelom vyšetrenia laboratórnych parametrov. <ul style="list-style-type: none"> Výkon sa vykazuje samostatne maximálne 1x denne u poistenca na príslušnej ambulancii alebo na mieste určenom na odber krvi. V cene sú zahrnuté všetky náklady spojené s odberom vrátane odoslania krvi do laboratória. Výkon 250x nahrádza výkon pod kódom č. 250a a č. 250b. 	2,98
62a	Cielené vyšetrenie pacienta s respiračným syndrómom pri pandémii COVID-19 <p>Ide o cielené vyšetrenie dvoch alebo viacerých orgánových systémov (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.</p> <p><u>Výkon poisťovňa akceptuje za nasledovných podmienok:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <p><u>Výkon môžu vykázať nasledovné odbornosti:</u> všeobecný lekár, pediater, internista, pneumoftizeológ, pediatrický pneumoftizeológ, infektológ, otorinolaryngológ, imunoalergológ.</p>	20,00

629a	<p>Skríningový antigénový test SARS-CoV-2</p> <p><u>Charakteristika výkonu:</u></p> <p>Skríningový, rýchly antigénový test SARS-CoV-2 zahŕňa odber biologického materiálu na stanovenie antigénov SARS-CoV-2 vrátane použitia osobných ochranných pracovných prostriedkov a dezinfekcie.</p> <p><u>Podmienky úhrady výkonu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • zdravotný výkon vykonáva lekár alebo sestra, sestra špecialistka alebo iný zdravotnícky pracovník, • pacient je symptomatický, • použitie respirátora prekrytého rúškom, tvárového štítu (okuliarov) a jednorazových rukavíc pri odbere, • výkon nie je možné kombinovať s výkonom 629b, • povolená frekvencia: 2 krát mesačne na jedno rodné číslo <p>V prípade, ak si rýchlotest PZS obstaral sám na vlastné náklady, nákupnú cenu rýchlotestu môže k výkonu vykázat' pripočítateľnou položkou s označením „AGTC“ v maximálnej cene 4,80 € a na požiadanie poisťovne tento nákup zdokladovať predložením dokladu o nadobudnutí rýchlotestu alebo zaslaním jeho kópie do poisťovne.</p> <p><u>Kritéria rýchlotestu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • in vitro zdravotnícka pomôcka pre profesionálne použitie; • CE značka, resp. kód ŠÚKLu • kvalitatívna detekcia; • zo vzoriek z výterov z nosohltanu; • odčítanie výsledku testu do 30 min. od naniesenia vzorky na doštičku. <p><u>Indikačné obmedzenia:</u></p> <p>U07.1; U07.2</p>	5,20
629b	<p>Skríningový antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou</p> <p><u>Charakteristika výkonu:</u></p> <p>Skríningový, rýchly antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou zahŕňa odber biologického materiálu na stanovenie antigénov SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou pomocou prístroja na odčítanie výsledku reakcie, vrátane použitia osobných ochranných pracovných prostriedkov a dezinfekcie.</p> <p><u>Podmienky úhrady výkonu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • zdravotný výkon vykonáva lekár alebo sestra, sestra špecialistka alebo iný zdravotnícky pracovník, • pacient je symptomatický, • použitie respirátora prekrytého rúškom, tvárového štítu (okuliarov) a jednorazových rukavíc pri odbere. • výkon nie je možné kombinovať s výkonom 629a • zdokladovanie vlastníctva adekvátneho, CE certifikovaného prístroja <p><u>Kritéria rýchlotestu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • in vitro diagnostická zdravotnícka pomôcka pre profesionálne použitie; • CE značka, resp. kód ŠÚKLu • kvalitatívna detekcia; • zo vzoriek z výterov z nosohltanu. <p><u>Indikačné obmedzenia:</u></p> <p>U07.1; U07.2</p>	10,00

2.3. Individuálna zložka úhrady – Individuálna pripočítateľná položka

Základ pre výpočet ceny IPP			
Kategória IPP	Kód zdravotného výkonu, ku ktorému je možné IPP vykázat'	Základ pre výpočet ceny IPP	
IPP1	60, 62, 63, 60R, 503, 504, 505	1,80 €	
IPP2	1544A, 1594, 1240, 820, 822, 825	2,90 €	
IPP3	3286, 3288, 3306	4,90 €	
IPP4	3335, 3337, 867, 869, 3351, 3364, 841, 842, 845	4,90 €	
Charakteristika a pravidlá vykazovania vybraných IPP			
K výslednej cene IPP4 sa automaticky pripočítavajú 3,00 €.			
Charakteristika a pravidlá vykazovania vybraných IPP			
Kategória IPP	Odbornosť	Kód zdravotného výkonu, ku ktorému je možné IPP vykázat'	Výsledná cena IPP
IPP154	154	741	45,00 €
IPPD	002, 003, 004, 005, 010, 015, 017, 040, 048, 050, 064, 104, 107, 109, 114, 140, 153, 154, 155, 156, 163, 336	60, 62, 63	5,00 €
Výsledná cena IPP154 a IPPD nie je závislá od plnenia HP v zmysle Čl. I bod 3 tejto prílohy. Podmienkou úhrady IPPD je vek pacienta od 6 do 10 rokov. Ku kombinácii vybraných výkonov a príslušnej IPP môže poskytovateľ za dohodnutých podmienok vykázat' aj IPPD.			

2.4. Hodnotiace parametre

Časť - Špecializovaná ambulantná starostlivosť				
Zameranie	Parameter	Kritérium splnenia	Váha	Plnenie do 31.12.2021
Odborné hodnotenie poskytovateľa	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	ePobočka	Poskytovateľ zasiela všetky dávky vrátane faktúr za poskytnutú zdravotnú starostlivosť cez ePobočku.	10%	Reálne plnenie poskytovateľa
	eRecept	Aspoň 80% lekárske predpisov predpísaných prostredníctvom programu eRecept.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
Dostupnosť	Ordinačný čas	Stanovenie týždenného čistého ordinačného času v rozsahu aspoň 30 hodín pre každú ambulanciu.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa

Výsledné percento plnenia Hodnotiacich parametrov

Pre účely výpočtu výslednej hodnoty individuálnej zložky úhrady sa na účely úhrady sa na účely tejto prílohy výsledné percento plnenia HP v type ZS 200 stanovuje na hodnotu 65%.

2.4.1. Doplnujúce informácie k Hodnotiacim parametrom

Celkové náklady na ošetrovaného poistenca

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

Hodnotené obdobie: dva po sebe nasledujúce štvrtroky.

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 24 mesiacov pred posudzovaným vyšetrením.
Hodnotené obdobie: dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky.

3. Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (SVLZ)

3.1. SVLZ – ostatné				
SVLZ – ostatné				
Cena bodu				
Kód odb.	Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Počet bodov	Cena bodu v €
027	516	Vybrané výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) z časti FYZIATRIA BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA.	180	0,013166
	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
027	-	Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ okrem vybraných výkonov) z časti FYZIATRIA BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA.	-	0,009080

4. Ošetrovateľská starostlivosť v zariadení sociálnych služieb a v zariadení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately (ďalej aj ako „zariadenie sociálnej pomoci)

Cena za výkon

Kód výkonu	Názov výkonu	Cena za výkon v €
8899	jeden ošetrovací deň	3,30
Poskytovateľ vykazuje výkony v dátovom rozhraní pre ambulanciu zdravotnú starostlivosť v dávke 753a.		

Podmienky akceptovania výkonov ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení sociálnej pomoci:

- Poskytovateľ predkladá na príslušnú pobočku poisťovne Návrh zodpovednej osoby na indikáciu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti osobe umiestnenej v zariadení sociálnych služieb a v zariadení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately (ďalej len „Návrh“). Návrh musí byť riadne vyplnený a potvrdený zodpovednou osobou a všeobecným lekárom poistenca.
- Spolu s Návrhom pri prvej fakturácii poskytovateľ predkladá poisťovní:
 - Posudok o odkázanosti na sociálnu službu (ak bol vystavený),
 - minimálne jednu z Hodnotiacich škál podľa časti C Návrhu, ktorá potvrdzuje prítomnosť rizika destabilizácie,
 - Odborný lekársky nález popisujúci prítomné ochorenie uvedené v časti D Návrhu.
- Poisťovňa akceptuje Návrh na obdobie maximálne 3 mesiacov. Ak po 3 mesiacoch zdravotný stav poistenca vyžaduje pokračovanie poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti podľa indikačných kritérií na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti osobe umiestnenej v zariadení sociálnych služieb a v zariadení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately (ďalej len „indikačné kritériá“), je potrebné predložiť poisťovní:
 - nový Návrh,

- 3.2 minimálne jednu z Hodnotiacich škál podľa časti C Návrhu, ktorá potvrdzuje prítomnosť rizika destabilizácie,
- 3.3 priebežné zhodnotenie komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti sestrou,
- 3.4 epikrízu vyhotovenú ošetrovateľom.
- Posudok o odkázanosti na sociálnu službu, nie je potrebné zasielať, ak nebol vystavený nový.
4. Ak poistenec preruší pobyt v zariadení sociálnej pomoci na dlhšie ako 1 mesiac a po jeho návrate zdravotný stav poistenca vyžaduje poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti podľa indikačných kritérií, je potrebné predložiť poisťovní:
- 4.1 nový Návrh,
- 4.2 minimálne jednu z Hodnotiacich škál podľa časti C Návrhu, ktorá potvrdzuje prítomnosť rizika destabilizácie,
- 4.3 Odborný lekársky nález popisujúci prítomné ochorenie uvedené v časti D Návrhu.
- Posudok o odkázanosti na sociálnu službu, nie je potrebné zasielať, ak nebol vystavený nový. V ošetrovateľskej dokumentácii sestra zaznamená dátum a čas prerušenia pobytu v zariadení, dôvod prerušenia a dátum a čas návratu z prerušenia.
5. Ak poistenec preruší pobyt v zariadení sociálnej pomoci na obdobie kratšie ako 1 mesiac sestra v ošetrovateľskej dokumentácii uvedie dátum a čas prerušenia pobytu v zariadení, dôvod prerušenia a dátum a čas návratu z prerušenia.
6. Ak poistenec preruší pobyt v zariadení sociálnej pomoci na dlhšie ako 12 hod. súvisle, poisťovňa neuhradí v príslušný deň vykázanú ošetrovateľskú starostlivosť.
7. Prerušenie pobytu v zariadení sociálnej pomoci sa nepovažuje za prerušenie platnosti Návrhu, dátum ukončenia platnosti Návrhu sa nepredlžuje o čas prerušenia pobytu poistenca.
8. Prvý a posledný ošetrovací deň pobytu v zariadení sociálnej pomoci sa považuje za jeden ošetrovací deň.
9. Sestra poskytujúca ošetrovateľskú starostlivosť poistencom poisťovne v zariadení sociálnej pomoci spĺňa odbornú spôsobilosť a poskytuje zdravotnú starostlivosť správne, t.j. v súlade so štandardnými postupmi na výkon prevencie, štandardnými diagnostickými postupmi a štandardnými terapeutickými postupmi, ako aj v súlade s odbornými usmerneniami MZ SR a touto zmluvou.
10. V prípade, že sestra indikuje odber biologického materiálu, v zdravotnej (ošetrovateľskej) dokumentácii poistenca uvedie jeho odôvodnenie a výsledok konzultácie s lekárom. Výsledok vyšetrenia a ošetrovateľskú starostlivosť poskytnutú na základe výsledku vyšetrenia biologického materiálu zaznamená do zdravotnej (ošetrovateľskej) dokumentácie.
11. Zariadenie sociálnej pomoci vedie zdravotnú (ošetrovateľskú) dokumentáciu a zaznamenáva ošetrovateľskú starostlivosť do ošetrovateľskej dokumentácie v súlade s platnou legislatívou, odbornými usmerneniami MZ SR, štandardnými postupmi a touto zmluvou. Súčasťou ošetrovateľskej dokumentácie poistenca je aj:
- 11.1. Dohoda o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti,
- 11.2. Záznam o poučení poistenca a informovanom súhlase,
- 11.3. Návrh zodpovednej osoby na indikáciu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti osobe umiestnenej v zariadení sociálnych služieb a v zariadení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately,
- 11.4. Hodnotiace škály podľa časti C Návrhu,
- 11.5. Posudok o odkázanosti na sociálnu službu (ak bol vystavený),
- 11.6. Ošetrovateľský záznam vstupného posúdenia zdravotného stavu osoby,
- 11.7. Dekurz ošetrovateľskej starostlivosti,
- 11.8. Odborný lekársky nález popisujúci prítomné ochorenie uvedené v časti D Návrhu.
12. Návrh s prílohami poskytovateľ predkladá poisťovní spolu s faktúrou za príslušné zúčtovacie obdobie, ktorým je jeden kalendárny mesiac. Faktúru zasiela elektronicky, jej súčasťou je dávka vykázaná podľa platného dátového rozhrania. Poskytovateľ vykazuje choroby podľa 10. revízie Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH 10), pričom vykázaná diagnóza je v súlade s Odborným lekársким nálezom, tvoriacim prílohu k Návrhu. Návrh s vyššie uvedenými prílohami a Rozpisom vykonaných služieb sestier za zúčtovacie obdobie poskytovateľ predkladá Oddeleniu zdravotných a revízných činností na príslušnej krajskej pobočke poisťovne.
13. Poisťovňa neakceptuje poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti u poistenca v zmluvnom zariadení sociálnej pomoci prostredníctvom ADOS alebo iným poskytovateľom ošetrovateľskej starostlivosti.
14. V prípade zastupovania sestry počas jej neprítomnosti trvajúcej dlhšie ako 1 kalendárny mesiac, je poskytovateľ povinný poisťovní bezodkladne nahlásiť zastupujúcu sestru. V zdravotnej (ošetrovateľskej) dokumentácii pacienta musí byť vyznačené, že výkon poskytl zastupujúca sestra. Zastupujúca sestra musí spĺňať podmienku odbornej spôsobilosti v zmysle platných právnych predpisov.
15. Poskytovateľ je povinný zmeny v personálnom obsadení zariadenia sociálnej pomoci (ukončenie a vznik pracovnoprávneho vzťahu so zodpovednou osobou/sestrami) oznamovať bezodkladne

- poistovní.
16. Ak sa kontrolnou činnosťou u poskytovateľa zistí, že ošetrovateľská starostlivosť nebola poskytnutá a zaznamenaná v ošetrovateľskej dokumentácii, alebo bola zaznamenaná fiktívne, poisťovňa neuhradí paušálnu úhradu za ošetrovací deň za daného poistenca.
 17. Ak sa kontrolnou činnosťou u poskytovateľa zistí, že ošetrovateľská starostlivosť poistencovi nebola v ošetrovateľskej dokumentácii zaznamenaná správne, pravdivo a v plnom rozsahu v súlade s platnou legislatívou, odbornými usmerneniami MZ SR, štandardnými postupmi a touto zmluvou, je poisťovňa oprávnená krátiť paušálnu úhradu za jeden ošetrovací deň na daného poistenca až do výšky 100%.
 18. Ak sa kontrolnou činnosťou u poskytovateľa zistí, že nebola správne poskytnutá komplexná ošetrovateľská starostlivosť v súlade s platnou legislatívou, odbornými usmerneniami MZ SR, štandardnými postupmi a touto zmluvou, je poisťovňa oprávnená krátiť paušálnu úhradu za jeden ošetrovací deň na daného poistenca do výšky 100%.

B.1 Ústavná zdravotná starostlivosť

Cena za ošetrovací deň (OD)			
Odbornosť oddelenia	Názov oddelenia	Cena za OD v € od 1.4.2021 do 30.4.2021	Cena za OD v € od 1.5.2021
205	Oddelenie dlhodobo chorých Podmienky úhrady: - poisťovňa bude akceptovať úhradu za OD len v prípade, ak bude trvanie hospitalizácie viac ako 10 dní a maximálne 60 dní vrátane, - v prípade trvania hospitalizácie nad 60 dní je možná úhrada OD len na základe žiadosti poskytovateľa a predchádzajúcom súhlase revízneho lekára s miestom výkonu práce v sídle miestnej príslušnej pobočky VŠZP poskytovateľa. Tlačivo „Žiadosť o predĺženie poskytovania ústavnej ZS v LDCH/ODCH“ je zverejnené na stránke www.vszp.sk , - v prípade, že bude trvanie hospitalizácie 10 a menej dní, bude uhradená cena OD vo výške 50 %, okrem ukončenia hospitalizácie exitom pacienta alebo neodkladným prekladom pacienta na iné pracovisko/oddelenie - v cene OD sú zahrnuté náklady za rehabilitáciu poskytovanú na lôžku pacienta - cenou ošetrovacieho dňa budú hradené aj hospitalizácie neukončené v mesiaci december 2017	91,00	82,00
027	FBLR (indikačná skupina č. 1)	91,00	82,00
027	FBLR (indikačná skupina č. 2)	107,50	98,50

Cena za ukončenú hospitalizáciu, ošetrovací deň v ústavnej zdravotnej starostlivosti

I. Podmienky akceptácie a úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti.

1. Plánovanú zdravotnú starostlivosť poisťovňa uhradí na základe vopred schváleného Návrhu na rehabilitačnú liečbu, ktorý poskytovateľ posiela na schválenie na Oddelenie zdravotné a revízne v Trnave. Vzor Návrhu na rehabilitačnú liečbu je uverejnený na internetovej stránke poisťovne.
2. V prípade, ak dĺžka pobytu poistenca v zdravotníckom zariadení presiahne 60 dní, je potrebný súhlas revízneho lekára poisťovne. Žiadosť o predĺženie pobytu zasiela poskytovateľ na tlačive Návrh na rehabilitačnú liečbu.
3. Cena ošetrovacieho dňa v odb. 027 vo výške 91,00 € sa vzťahuje na indikačnú skupinu č. 1 od 1.4.2021 do 30.4.2021.
Cena ošetrovacieho dňa v odb. 027 vo výške 82,00 € sa vzťahuje na indikačnú skupinu č. 1 od 1.5.2021.
Cena ošetrovacieho dňa v odb. 027 vo výške 107,50 € sa vzťahuje na indikačnú skupinu č. 2 od 1.4.2021 do 30.4.2021.

Cena ošetrovacieho dňa v odb. 027 vo výške 98,50 € sa vzťahuje na indikačnú skupinu č. 2 od 1.5.2021.

Indikačná skupina č. 1:

- stav po akútnej cievnej mozgovej príhode viac ako 12 mesiacov konzervatívne liečenej, s pohybovým deficitom, s perspektívou zlepšenia funkčného deficitu,
- stav po trombolytickej liečbe pre ischemickú akútnu cievnu mozgovú prírodu viac ako 12 mesiacov, s perspektívou zlepšovania funkčného deficitu;
- stav po polytraumatizme viac ako 12 mesiacov s ťažkým pohybovým deficitom, s perspektívou zlepšovania funkčného deficitu;
- po amputácii končatín u polymorbídnych pacientov na nácvik sebestačnosti na mechanickom invalidnom vozíku;
- po neuropatiách s perspektívou zlepšovania zdravotného stavu (paraparézy, plégie), polyradikuloneuritídy Guillain – Baré sy, (tetraparézy, plégie).

Indikačná skupina č. 2:

- stav po akútnej cievnej mozgovej príhode najskôr po 4 týždňov do 12 mesiacov od príhody, konzervatívne liečenej, s pohybovým deficitom, s perspektívou zlepšenia funkčného deficitu,
 - stav po trombolytickej liečbe pre ischemickú akútnu cievnu mozgovú prírodu najskôr po 4 týždňov do 12 mesiacov od príhody, s perspektívou zlepšovania funkčného deficitu;
 - stav po polytraumatizme do 12 mesiacov s ťažkým pohybovým deficitom, s perspektívou zlepšovania funkčného deficitu,
4. V cene ošetrovacieho dňa je zahrnutá komplexná zdravotná starostlivosť vrátane liekov, zdravotníckych pomôcok a dieterík.
 5. Poistovňa a poskytovateľ sa dohodli na kontraindikáciách prijatia pacienta na oddelenie FBLR nasledovne:
 - opakované NCMP ťažkého stupňa s rizikom ďalších recidív;
 - ťažký organický psychosyndróm s ťažkou globálnou afáziou, agresivita, nespôlupráca, krátka výdrž aktívnej spolupráce;
 - akútne psychózy a duševné poruchy s asociálnymi prejavmi a zníženou možnosťou komunikácie, M. Alzheimer v pokročilejšom štádiu ochorenia;
 - bezvedomie;
 - vigilná kóma;
 - tracheostómia s kanylou;
 - ťažký imobilizačný syndróm skontraktúrami alebo paraartikulárnymi osifikáciami;
 - dekubity, nezhojený amputačný kýpet;
 - závažná polymorbidita alebo závažné interné ochorenia, ktoré znemožňujú, výrazne obmedzujú alebo sťažujú aktívnu intenzívnu rehabilitáciu, t.j. kardiopulmonálna dekompenzácia, nestabilná angina pectoris, nedostatočne liečená alebo malígna hypertenzia, dekompenzovaný diabetes mellitus, renálna insuficiencia ťažkého stupňa, akútna tromboembolická choroba, závažné a recidivujúce krvácajúce prejavy akútne infekčné ochorenia; zhubné nádory počas ich liečby, tiež s klinicky zistenými známkami pokračovania choroby;
 - syndróm závislosti na alkohole.
 6. UZS je poskytovaná poistencovi, ktorého zdravotný stav vyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín. Neodkladná UZS je poskytovaná aj bez odporúčania iného ošetrojúceho lekára. Odkladná (plánovaná) UZS je poskytovaná na základe odporúčania ošetrojúceho lekára poistenca a odôvodnenia prijatia do UZS.
 7. Poistovňa uhradí za hospitalizáciu dlhšiu ako 24 hodín cenu za ukončenú hospitalizáciu alebo cenu za ošetrovaní deň, to neplatí v prípade výkonov hrađených osobitným spôsobom. Cena za ukončenú hospitalizáciu sa uhrádza za oddelenie, na ktorom bola poistencovi poskytovaná zdravotná starostlivosť dlhšie ako 24 hodín.
 8. Cena za ukončenú hospitalizáciu a cena za ošetrovací deň zahŕňa všetky náklady a úhradu za komplexnú poskytnutú starostlivosť, pokiaľ ďalej nie je uvedené inak.
 9. Ak bol poistenec prijatý na lôžkové oddelenie na poskytovanie UZS, hospitalizácia však nebola dlhšia ako 24 hodín, je poskytovateľ oprávnený vykázat' poistovni všetky výkony, ktoré boli poskytnuté poistencovi formou ambulantných výkonov.
 10. Ak bol poistenec prijatý na lôžkové oddelenie na poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti, hospitalizácia však nebola dlhšia ako 24 hodín v dôsledku úmrtia poistenca, je poskytovateľ oprávnený vykázat' poistovni hospitalizáciu a pripočítateľné položky, ktoré boli poskytnuté poistencovi počas poskytovania ústavnej zdravotnej starostlivosti v dávke ústavnej starostlivosti vo výške 50% ceny za ukončenú hospitalizáciu.
 11. Ak bol poistenec prijatý na lôžkové oddelenie na poskytovanie UZS, hospitalizácia však nebola dlhšia ako 1 hodinu v dôsledku úmrtia poistenca, je poskytovateľ oprávnený vykázat' výkony poskytnuté počas resuscitácie spolu s pripočítateľnými položkami, ktoré sú vykazované v dávkach ambulantnej starostlivosti.
 12. Hospitalizácie na oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny budú posudzované vždy individuálne, na základe dokumentovaného zdravotného stavu poistenca a poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Hospitalizácia bude považovaná za odôvodnenú, ak zdravotný stav poistenca vyžadoval nepretržitú intenzívnu starostlivosť najvyššieho alebo vyššieho stupňa pri zlyhaní alebo zlyhávaní jednej alebo viacerých životných funkcií a orgánových systémov, podporu jednej alebo viacerých základných životných funkcií počas najmenej 24 hodín hospitalizácie na oddelení,

nepretržité neinvazívne, ev. invazívne monitorovanie všetkých životných funkcií, vrátane záznamu, opakované sledovanie rozšírených hematologických a biochemických parametrov, opakované intervencie pre poruchu funkcie orgánových systémov alebo vnútorného prostredia. Za prístrojové udržiavanie životných funkcií sa nepovažuje krátkodobá umelá pľúcna ventilácia poistencov po anestézii. Pri posudzovaní odôvodnenosti hospitalizácie poistenca bude poisťovňa ako pomocné kritérium uplatňovať TISS skórovací systém (Therapeutic Intervention Scoring Systém).

Hospitalizácia na oddelení pediatrickej intenzívnej starostlivosti bude považovaná za odôvodnenú, ak zdravotný stav poistenca vyžadoval nepretržitú intenzívnu starostlivosť stredného alebo vyššieho stupňa pri hroziacej poruche jednej alebo viacerých životných funkcií a orgánových systémov počas najmenej 24 hodín hospitalizácie na oddelení, nepretržité monitorovanie najmenej dvoch životných funkcií, vnútro žilovú infúziu liečbu, nepretržité sledovanie zdravotného stavu poistenca, bilanciú príjmu a výdaja tekutín, vrátane hodinovej diurézy, indikované laboratórne sledovanie základných hematologických a biochemických parametrov najmenej 1x denne a vedenie osobitnej dokumentácie (dokumentácia musí obsahovať písomné zdôvodnenie indikácie intenzívnej starostlivosti lekárom, ktorý žiada prijatie na oddelenie pediatrickej intenzívnej starostlivosti). Pri posudzovaní odôvodnenosti hospitalizácie poistenca bude poisťovňa ako pomocné kritérium uplatňovať TISS skórovací systém (Therapeutic Intervention Scoring Systém).

13. Ak je poistenec hospitalizovaný za účelom plánovaného poskytnutia operačného výkonu a tento nie je z akýchkoľvek dôvodov vykonaný, poisťovňa neuhradí cenu ukončenej hospitalizácie. Poskytovateľ je oprávnený vykázať v dávke ambulantnej starostlivosti rovnakej odbornosti poskytnutie výkonu s kódom 60a.
14. Poskytovateľ môže prijať na geriatrické oddelenie poistenca, ktorý v čase začatia hospitalizácie dovŕšil 65-ty rok života. Na oddelenie dlhodobo chorých alebo do liečebne dlhodobo chorých možno prijať poistenca, ktorého zdravotný stav predpokladá trvanie hospitalizácie dlhšie ako 21 kalendárnych dní.
15. Hospitalizácia na oddeleniach cievnej chirurgie bude poisťovňou posudzovaná ako odôvodnená a bude uhrádzaná vtedy, ak u poistenca bude vykonaný operačný výkon na magistrálnych cievach: operačné výkony na karotických artériách, hrudnej a brušnej aorte, hornej a dolnej dutej žily, by-passové operácie na periférnych vetvách artériového cievneho riečiska, tromboektómie a embolektómie.
16. Podmienkou akceptovania hospitalizácie na oddeleniach, kde je poskytovaná liečba cytostatickými a imunomodulačnými liekmi (napr. onkológia, hematológia, urológia, pneumológia, atď.) a jej úhrady je, že lieky podávané počas hospitalizácie neboli predpísané na lekársky predpis.
17. Na oddeleniach paliatívnej starostlivosti, jednotkách paliatívnej medicíny a hospicioch je poskytovaná paliatívna starostlivosť poistencom s chronickou nevyliciteľnou, pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou s časovo obmedzeným prežívaním a terminálna starostlivosť zomierajúcim poistencom.
18. Vysokošpecializované ústavy môžu prijímať poistencov len s ochoreniami, na ktoré je ústav špecializovaný.
19. Poskytovateľ môže poistenca, ktorému poskytuje UZS, preložiť na iné oddelenie toho istého zdravotníckeho zariadenia len v prípade, ak zdravotný stav poistenca nevyhnutne vyžaduje hospitalizáciu na inom oddelení.
20. Opakovaná hospitalizácia na rovnakom oddelení počas jedného súvislého poskytovania UZS sa považuje za jednu pokračujúcu hospitalizáciu na príslušnom oddelení. Preklad z oddelenia na oddelenia z dôvodu poskytnutia výkonu, vyšetrenia, ošetrovania, ktoré hospitalizáciu na ďalšom oddelení nevyžaduje, nebude poisťovňou akceptovaný a uhradený.
21. Poskytovateľ môže odoslať poistenca na poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti k inému poskytovateľovi po vzájomnej dohode len v prípade, ak to nevyhnutne vyžaduje zdravotný stav poistenca. Odoslanie poistenca na ďalšie poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa predchádzajúcej vety musí byť podrobne odôvodnené v zdravotnej dokumentácii a v prepúšťacej správe a musí byť podpísané primárom oddelenia, resp. primárom alebo prednostom kliniky, v ktorej bol poistenec hospitalizovaný.
22. Hospitalizácia poistenca, ktorá nadväzuje na hospitalizáciu na oddelení iného zdravotníckeho zariadenia, a ktorá nespĺňa podmienky odôvodnenia pokračovania poskytovania UZS podľa predchádzajúceho bodu, nebude poisťovňou akceptovaná a uhradená.
23. Poisťovňa neuhradí v priebehu hospitalizácie ambulantné výkony poskytnuté v špecializovanej ambulantnej starostlivosti okrem prvého a posledného dňa hospitalizácie a výkonov špecializovanej ambulantnej starostlivosti, ktoré nesúvisia s ochorením resp. Dg. hospitalizovaného pacienta.
24. Poisťovňa počas hospitalizácie poistenca neuhradí osobitne SVLZ výkony rovnakej odbornosti ako je odbornosť oddelenia, na ktorom je poistenec hospitalizovaný (napr. radiačná onkológia, fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia, výkony funkčnej diagnostiky prislúchajúce odbornosti lôžkového oddelenia).
25. Poisťovňa podľa § 1 vyhlášky MZ SR č. 412/2009 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o zozname poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti, v znení vyhlášky č. 151/2011 Z. z. (ďalej len „vyhláška“) vedie pre poskytovateľa zoznam poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „zoznam“) osobitne podľa súpisu vybraných chorôb a s nimi súvisiacich zdravotných výkonov.
26. Poskytovateľ pri vykonávaní výkonov plánovanej zdravotnej starostlivosti dodržiava poradie poistencov v zozname, ktorý je oznamovaný poskytovateľovi poisťovňou.
27. Ak poskytovateľ pri vykonávaní výkonov plánovanej zdravotnej starostlivosti poskytol výkon poistencovi nezaraďenému do zoznamu alebo nedodržiaval poradie poistencov v zozname, poisťovňa poskytovateľovi uhradí maximálne 25% z ceny ukončenej hospitalizácie na príslušnom oddelení prípadne z maximálnej úhrady výkonov uhrádzaných v ústavnej zdravotnej starostlivosti („balíčkové ceny TEP“).
28. Ustanovenie bodu 27 tohto článku sa neuplatní ak sa jedná o neodkladnú zdravotnú starostlivosť podľa § 2 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. alebo ak bolo uprednostnenie v zozname vopred odsúhlasené poisťovňou.
29. Pokiaľ poskytovateľ použije pri poskytovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti ŠZM uvedený v Zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov (ďalej len „Zoznam kategorizovaných ŠZM“) alebo nekategorizovaný ŠZM, poisťovňa uhradí poskytovateľovi cenu vo výške skutočných nadobúdacích nákladov ŠZM, maximálne však vo výške úhrady kategorizovaného a nekategorizovaného ŠZM so stanovenou maximálnou

tzv. pripočítateľnou položkou (ďalej len „pripočítateľná položka“) osobitne uhrádzanou v ústavnej starostlivosti, ktorý je zverejnený na webovej stránke poisťovne, v súlade s indikačnými kritériami. Pokiaľ maximálna cena ŠZM nie je uvedená v zmluve, uhradí poisťovňa maximálne cenu uvedenú v Zozname kategorizovaných ŠZM. Rozdiel medzi cenou, za ktorú poskytovateľ ŠZM obstaral a cenou, ktorú poisťovňa uhradila, je v cene výkonu alebo v cene ukončenej hospitalizácie.

30. Poskytovateľ vykazuje kategorizovaný ŠZM s kódom uvedeným v Zozname kategorizovaných ŠZM pod názvom „kód MZ SR“ a nekategorizovaný ŠZM s kódom uvedeným v zmluve. Ak je v zmluve uvedená skratka R alebo RR alebo v Zozname kategorizovaného ŠZM uvedená podmienka súhlasu poisťovne, poskytovateľ vyplní a zašle poisťovni na schválenie žiadosť uverejnenú na webovej stránke poisťovne pod názvom „Žiadosť“ o úhradu špeciálneho zdravotníckeho materiálu.
31. Pripustky počas hospitalizácie sú akceptované výlučne na psychiatrickom oddelení psychiatrickej nemocnice, psychiatrickej liečebne alebo centra pre liečbu drogovu závislých, v ktorých je poskytovanie zdravotnej starostlivosti uhrádzané formou dohodnutej ceny za ošetrovací deň. Dni, počas ktorých je poistenec na pripustke, sú zdravotníckemu zariadeniu uhrádzané v dĺžke najviac 3 dni vo výške 30% ceny ošetrovacieho dňa, pričom celkový stanovený zmluvný rozsah výkonov sa musí dodržať.
32. Po ukončení hospitalizácie 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,
 - d) medicínske zdôvodnenie prekladu na iné oddelenie, resp. do iného zdravotníckeho zariadenia.
 - e) dátum a čas začiatku a ukončenia hospitalizácie
33. 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.
34. Zabezpečovanie, schvaľovanie a vykazovanie osobitne uhrádzaných ŠZM:
 - a. Zdravotnícke zariadenie je povinné použiť ekonomicky a kvalitatívne najvýhodnejší druh ŠZM a na požiadanie poisťovne dokladovať účelnosť a efektívnosť vynaloženia prostriedkov verejného zdravotného poistenia pri nákupe ŠZM.
 - b. Zmluvné zdravotnícke zariadenie pri plánovanom poskytnutí ŠZM, ktorej úhrada vyžaduje schválenie poskytnutia vopred, podá Žiadosť o schválenie poskytnutia a úhrady ŠZM (ďalej len „žiadosť“) v dvoch vyhotoveniach zmluvnej pobočke (schvaľovanie označené symbolom „R“) resp. Odboru zdravotnému a revíznemu generálneho riaditeľstva poisťovne (schvaľovanie ŠZM označené symbolom „RR“). Vzor žiadosti je uverejnený na internetovej stránke poisťovne
35. Postup pri schvaľovaní a uhrádzaní mimoriadne finančne náročnej zdravotnej starostlivosti (ďalej aj len „MFNZS“) – finančne nákladných liekov v ÚZZ:
 - a. Poisťovňa považuje za MFNZS podanie lieku, ktorý sa nenachádza medzi pripočítateľnými položkami v Katalógu prípadových paušálov platnom pre príslušný kalendárny rok, ako jedinej terapeutickej alternatívy, ktorá bola použitá v súlade so súhrnom charakteristických vlastností lieku (SPC) a súčasne s indikačnými a preskripčnými obmedzeniami podľa aktuálneho Zoznamu kategorizovaných liekov. Poskytovateľ môže požiadať o úhradu MFNZS, ak náklady na podanie jedného lieku alebo skupiny liekov prevýšia sumu vypočítanú ako násobok dvojnásobku efektívnej relatívnej váhy konkrétneho hospitalizačného prípadu a základnej sadzby poskytovateľa platnej pre daný kalendárny rok. Ak je pri poskytovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti pacient hospitalizovaný na viacerých oddeleniach, uvedený postup sa vzťahuje na oddelenie, ktoré liečbu indikovalo. Požiadavku na úhradu si môže uplatniť poskytovateľ až po ukončení hospitalizácie.
 - b. Poskytovateľ zasiela žiadosť o úhradu MFNZS Generálnemu riaditeľstvu poisťovne - Sekcii nákupu zdravotnej starostlivosti na osobitnom tlačive uverejnenom na internetovej stránke poisťovne, ktorá je potvrdená podpisom a odtlačkom pečiatky vedúceho lekára lôžkového zariadenia a odtlačkom pečiatky a podpisom riaditeľa ÚZZ. Neoddeliteľnou súčasťou žiadosti sú:
 - prepúšťacia lekárska správa,
 - medicínske zdôvodnenie MFNZS, t.j. podania finančne náročných liekov,
 - vyčíslenie nákladov podľa jednotlivých položiek,
 - povolenie na použitie lieku vydané MZ SR, ak ide o liek, u ktorého sa vyžaduje povolenie MZ SR na použitie podľa zákona č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
 - kópia dokladu o nadobudnutí lieku (faktúra od dodávateľa),
 - kópie žiadaniek z ústavnej lekárne s vyznačením mena a rodného čísla poistenca.“
36. Výkony MFNZS sú hradené nad rámec Hospitalizačného prípadu a vykazujú sa v samostatnej faktúre.