

Dodatok č. 51

k Zmluve č. 33OPLK000511

Čl. 1
Zmluvné strany

1. Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

so sídlom: Panónska cesta 2, 851 04 Bratislava - mestská časť Petržalka
konajúca prostredníctvom: PhDr. Ľubica Hlinková, MPH, predsedníčka predstavenstva
Ing. Milan Horváth, podpredseda predstavenstva
doc. JUDr. Mgr. Michal Ďuriš, PhD., člen predstavenstva
PaedDr. Tibor Papp, člen predstavenstva

IČO: 35 937 874

IČ DPH: SK2022027040

Zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I., oddiel Sa, vložka číslo: 3602/B

Osoba oprávnená konať vo veci zmluvy: JUDr. Miroslav Kováč,
krajský riaditeľ pre Žilinský kraj

Kontaktná adresa: 1. mája 34, 010 01 Žilina

Bankové spojenie: Štátna pokladnica

Číslo účtu: SK76 8180 0000 0070 0018 2387

(ďalej len „poisťovňa“)

a

2. Oravská poliklinika Námestovo

so sídlom: Červeného kríža 62/30, 029 01 Námestovo

Zastúpený: riaditeľkou: Ing. Máriou Šiškovou

Identifikátor poskytovateľa: N26721

IČO: 00634875

Bankové spojenie: Prima banka, a.s.

Číslo účtu: SK10 5600 0000 0040 1330 4001

(ďalej len „poskytovateľ“)

uzatvárajú

tento dodatok (ďalej len „dodatok“)
k Zmluve č. 33OPLK000511 (ďalej len „zmluva“)

Čl. 2
Predmet dodatku

Na základe Čl. 7 - Záverečné ustanovenia bod 7 zmluvy sa zmluvné strany s účinnosťou od 01.01.2019 dohodli na týchto zmenách zmluvy:

1. Príloha č. 1 zmluvy – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti sa nahrádza novým znením, ktoré tvorí Prílohu č. 1 tohto dodatku.
2. Platnosť Prílohy č. 1 zmluvy - Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti sa predlžuje do 31.01.2019.

3. V Prílohe č. 2 zmluvy - Rozsah zdravotnej starostlivosti, sa od 1.1.2019 mení znenie v časti I. VECNÝ ROZSAH PREDMETU ZMLUVY a nahrádza sa nasledovným znením:

I. VECNÝ ROZSAH PREDMETU ZMLUVY

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

Druh zdravotníckeho zariadenia:		poliklinika	
Miesto prevádzky: 029 63 Mútne			
Druh a forma zdravotnej starostlivost' podľa Čl. 2 Zmluvy "Predmet zmluvy"			
1.	ambulantná zdravotná starostlivost'		
		odbornost' ambulancií / (časť kódov poskytovateľa "yzz")	typ ZS
všeobecná	všeobecná pre dospelých	020(201)	101
	všeobecná pre deti a dorast, dorastové lekárstvo	008/(201)	102

Druh zdravotníckeho zariadenia:		poliklinika		
Miesto prevádzky: Červeného kríža č. 62/30, 029 01 Námestovo				
Druh a forma zdravotnej starostlivost' podľa Čl. 2 Zmluvy "Predmet zmluvy"				
1. ambulantná zdravotná starostlivost'				
	špecializovaná	druh	odbornost' ambulancií / (časť kódov poskytovateľa "yzz")	typ ZS
		špecializovaná zubno - lekárska	802(201)	105
		špecializovaná	001(201);010(201);011(201);046(201);050(201); 068(201)	200
APS- ambulantná pohotovostná služba		APS pre dospelých pre pevný bod Námestovo - spádová oblasť okres Námestovo	174(202)	300
		APS pre deti a dorast pre pevný bod Námestovo spádová oblasť: okres Námestovo	176(202)	300
		zubno-lekárska pohotovostná služba spádová oblasť: okres Námestovo	178(201)	305
	ADOS - agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti		610(301)	104
SVLZ - spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky		zobrazovanie	023(501)	400
		Laboratórne okrem vyšetrení FISCH, ... atď	024(501),	400

2.	lekárska starostlivosť			
			odbornosť/ (časť kódu poskytovateľa "yyz")	typ ZS
	lekár		160/(301)	701

* uvádza sa časť kódu poskytovateľa „yyz“ (tvar kódu poskytovateľa p99999sppyyz), kde „y“ je subkód označujúci druh odborného útvaru a „zz“ označuje poradové číslo rovnakého druhu odborného útvaru rovnakého odborného zamerania v zmysle platného Metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

4. V Prílohe č. 2 zmluvy – Rozsah zdravotnej starostlivosti, časť II. Maximálny rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti, sa doterajšia tabuľka s názvom 3. „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky – úhrada zdravotnej starostlivosti formou degresu“ na obdobie od 01.01.2019 do 31.01.2019 nahrádza nasledovným novým znením:

3. Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky - úhrada zdravotnej starostlivosti formou degresu

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	zmluvný rozsah v €
400	SVLZ laboratórne, zobrazovacie - mesačný zmluvný rozsah	32 989,00
400	SVLZ laboratórne, zobrazovacie - polročný zmluvný rozsah	197 934,00

Pokiaľ poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť vo výške presahujúcej zmluvný rozsah na kalendárny polrok, poisťovňa ju poskytovateľovi uhradí nasledovným spôsobom: úhrada bude realizovaná vo výške 35% zo sumy presahujúcej zmluvný rozsah na kalendárny polrok, maximálne však vo výške 35% zo sumy vypočítanej ako 10% zmluvného rozsahu na kalendárny polrok. V tomto prípade sa postup podľa čl. 6 bodu 3 Zmluvy nepoužije.

5. Platnosť Prílohy č. 2 zmluvy – Rozsah zdravotnej starostlivosti sa predlžuje do 31.01.2019.

Čl. 3 Prechodné ustanovenia

1. Zmluvné strany sa v súvislosti s pripravovanou zmenou ukazovateľov vplyvujúcich na výšku individuálnej pripočítateľnej položky dohodli, že o tejto problematike budú vzájomne rokovať a dodatok deklarujúci ich dohodu nadobudne účinnosť najneskôr dňa 01.07.2019.

Čl. 4 Záverečné ustanovenia

1. Tento dodatok, ktorý tvorí súčasť zmluvy, nadobúda platnosť dňom podpisu zmluvnými stranami a účinnosť dňom nasledujúcim po dni jeho zverejnenia v zmysle § 47a zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov.
2. Súhlas s obsahom dodatku vyjadria zástupcovia zmluvných strán svojim podpisom na dodatku.
3. Tento dodatok je vyhotovený v dvoch rovnopisoch, z ktorých každý sa považuje za originál. Každá zmluvná strana obdrží jeden rovnopis dodatku

V Žiline dňa 27.12.2018

Za poskytovateľa:

Oravská poliklinika
029 01 Námestovo
Ing. Mária Šišková
riaditeľka
Oravská poliklinika Námestovo

Za poisťovňu:

JUDr. Miroslav Kováč
Krajský riaditeľ pre Žilinský kraj
Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

**Príloha č. 1
k Zmluve č. 33OPLK000511**

**Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti
od 01.01.2019 do 31.01.2019**

A. Ambulantná zdravotná starostlivosť

Všeobecné ustanovenia

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. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon 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.

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 platného opatrenia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 07045/2003 z 30. decembra 2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva platného v čase poskytnutia výkonu, použije sa počet bodov pre daný výkon uvedený v poslednom opatrení Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva, v ktorom bol počet bodov pre daný výkon stanovený. V prípade zmluvne dohodnutého počtu bodov, použije sa pre výpočet úhrady za daný výkon počet bodov vyplývajúci zo zmluvy.

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

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.

Osobitné ustanovenia

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. Cena IDK je závislá od hodnoty koeficientu efektívnosti (ďalej aj ako „KEF“) poskytovateľa v špecializačnom odbore, plnenia ukazovateľa kooperatívnosti liečby, stanovených ordinačných hodín a základu pre výpočet IDK v špecializačnom odbore.

Individuálna pripočítateľná položka do 31.01.2019

Individuálnou pripočítateľnou položkou (ďalej aj ako „IPP“) sa rozumie úhrada k vybraným výkonom v špecializovanej ambulantnej starostlivosti (ďalej aj ako „ŠAS“), typ ZS 200 a 210, ktorej výška je závislá od koeficientu efektívnosti (ďalej aj ako „KEF“) poskytovateľa v špecializovanej ambulantnej starostlivosti, plnenia ukazovateľa kooperatívnosti liečby a základu pre výpočet IPP. IPP sa vykazuje ako pripočítateľná položka k vybranému výkonu v riadku, v ktorom sa vykazuje vybraný výkon, a hradí sa spolu s týmto výkonom. 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.

Koeficient efektívnosti

Koeficient efektívnosti je súčtom váh splnených ukazovateľov vyjadrených v % v špecializačnom odbore poskytovateľa podľa Tabuľky č.1 a Tabuľky č.2. Ukazovatele vypočíta poisťovňa z údajov svojho informačného systému pre každý špecializačný odbor samostatne.

Pre výpočet hodnôt ukazovateľov poisťovňa použije údaje za dva kalendárne štvrťroky, bezprostredne predchádzajúci tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva výpočet.

Výpočet hodnoty KEF sa vykonáva v štvrťroku, ktorý bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vypočítaný KEF uplatní.

Tabuľka č. 1 Ukazovatele pre výpočet KEF pre špecializačný odbor

Všeobecné lekárstvo pre deti a dorast (typ ZS 102)		
P.č.	Ukazovateľ	Spôsob výpočtu hodnoty ukazovateľa
1.	Priemerný počet návštev na kapitovaného poistenca	podiel počtu návštev kapitovaných poistencov a celkového počtu kapitovaných poistencov (do výpočtu nie sú zahrnuté preventívne prehliadky)
2.	Náklady na lieky na ošetrovaného poistenca	podiel nákladov na podané a predpísané lieky, dietetické potraviny, zdravotnícke pomôcky a počtu unikátnych rodných čísel poistencov, ktorým bola poskytnutá zdravotná starostlivosť (do výpočtu nie sú zahrnuté predpísané lieky, dietetické potraviny, zdravotnícke pomôcky na odporúčenie lekárom špecializovanej ambulantnej starostlivosti a očkovacie látky)
3.	Náklady na SVLZ na ošetrovaného poistenca	podiel nákladov na vlastné a indikované výkony SVLZ a počtu unikátnych rodných čísel poistencov, ktorým bola poskytnutá zdravotná starostlivosť (do výpočtu nie sú zahrnuté náklady na vlastné a indikované výkony SVLZ súvisiace s preventívnymi prehliadkami)
Všeobecné lekárstvo pre dospelých (typ ZS 101)		
P.č.	Ukazovateľ	Spôsob výpočtu hodnoty ukazovateľa
1.	Priemerný počet návštev na kapitovaného poistenca	podiel počtu návštev kapitovaných poistencov a celkového počtu kapitovaných poistencov (do výpočtu nie sú zahrnuté preventívne prehliadky)
2.	Náklady na lieky na ošetrovaného poistenca do 60 rokov vrátane	podiel nákladov na podané a predpísané lieky, dietetické potraviny, zdravotnícke pomôcky a počtu unikátnych rodných čísel poistencov, ktorým bola poskytnutá zdravotná starostlivosť (do výpočtu nie sú zahrnuté predpísané lieky, dietetické potraviny, zdravotnícke pomôcky na odporúčenie lekárom špecializovanej ambulantnej starostlivosti a očkovacie látky)
3.	Náklady na lieky na ošetrovaného poistenca vo veku nad 60 rokov	podiel nákladov na podané a predpísané lieky, dietetické potraviny, zdravotnícke pomôcky a počtu unikátnych rodných čísel poistencov, ktorým bola poskytnutá zdravotná starostlivosť (do výpočtu nie sú zahrnuté predpísané lieky, dietetické potraviny, zdravotnícke pomôcky na odporúčenie lekárom špecializovanej ambulantnej starostlivosti a očkovacie látky)
4.	Náklady na SVLZ na ošetrovaného poistenca	podiel nákladov na vlastné a indikované výkony SVLZ a počtu unikátnych rodných čísel poistencov, ktorým bola poskytnutá zdravotná starostlivosť (do výpočtu nie sú zahrnuté náklady na vlastné a indikované výkony SVLZ súvisiace s preventívnymi prehliadkami)
Všetky špecializačné odbory ŠAS (typ ZS 200 a 210)		
P.č.	Ukazovateľ	Spôsob výpočtu hodnoty ukazovateľa v jednotlivých odbornostiach ŠAS
1.	Náklady na výkony na ošetrovaného poistenca	podiel nákladov na výkony z I. časti Zoznamu výkonov a počtu unikátnych rodných čísel poistencov, ktorým bola poskytnutá zdravotná starostlivosť
2.	Náklady na lieky na ošetrovaného poistenca	podiel nákladov na podané, predpísané a odporúčané lieky, dietetické potraviny, zdravotnícke pomôcky a počtu unikátnych rodných čísel poistencov, ktorým bola poskytnutá zdravotná starostlivosť
3.	Náklady na SVLZ na ošetrovaného poistenca	podiel nákladov na vlastné a indikované výkony SVLZ a počtu unikátnych rodných čísel poistencov, ktorým bola poskytnutá zdravotná starostlivosť

Výpočet ukazovateľov

- poisťovňa vypočíta hodnotu ukazovateľa pre každého z poskytovateľov, ktorí poskytujú zdravotnú starostlivosť v rovnakom špecializačnom odbore, pričom počet hodnôt zodpovedá počtu poskytovateľov, a to predstavuje 100 % hodnôt;
- poisťovňa takto vypočítané hodnoty zoradi od najnižšej po najvyššiu;
- prvých 20% hodnôt a posledných 20% hodnôt z celkového počtu hodnôt sa vylúči z výpočtu a zo zostávajúcich 60% hodnôt poisťovňa vypočíta strednú hodnotu a štandardnú odchýlku ukazovateľa;
- prostredníctvom strednej hodnoty a štandardnej odchýlky poisťovňa vypočíta dolnú hranicu, ktorá zodpovedá strednej hodnote zníženej o štandardnú odchýlku a hornú hranicu, ktorá zodpovedá strednej hodnote zvýšenej o štandardnú odchýlku. Dolná a horná hranica definujú tri pásma pre hodnotenie ukazovateľa. Hodnota ukazovateľa poskytovateľa v špecializačnom odbore sa nachádza buď pod dolnou hranicou (v dolnom pásme), medzi dolnou hranicou a hornou hranicou (v strednom pásme), alebo nad hornou hranicou (v hornom pásme);
- ak sa hodnota ukazovateľa poskytovateľa v špecializačnom odbore nachádza v pásme, v ktorom je ukazovateľ vyhodnotený ako splnený, je mu priradená percentuálna váha príslušného ukazovateľa. V opačnom prípade je váha ukazovateľa 0%.

Ukazovatele, pásma plnenia a váhy ukazovateľov

Tabuľka č. 2 Ukazovatele, pásma plnenia a váhy ukazovateľov pre špecializačný odbor

Všeobecné lekárstvo pre deti a dospelých					
P.č.	Ukazovateľ	Plnenie ukazovateľa			Váha splneného ukazovateľa v %
		Dolné pásmo	Stredné pásmo	Horné pásmo	
1.	Priemerný počet návštev na kapitovaného poistenca	nesplnený	splnený	splnený	30
2.	Náklady na lieky na ošetrovaného poistenca	splnený	splnený	nesplnený	40
3.	Náklady na SVLZ na ošetrovaného poistenca	splnený	splnený	nesplnený	30
Všeobecné lekárstvo pre dospelých					
P.č.	Ukazovateľ	Plnenie ukazovateľa			Váha splneného ukazovateľa v %
		Dolné pásmo	Stredné pásmo	Horné pásmo	
1.	Priemerný počet návštev na kapitovaného poistenca	nesplnený	splnený	splnený	30
2.	Náklady na lieky na ošetrovaného poistenca do 60 rokov vrátane	splnený	splnený	nesplnený	20
3.	Náklady na lieky na ošetrovaného poistenca vo veku nad 60 rokov	splnený	splnený	nesplnený	20
4.	Náklady na SVLZ na ošetrovaného poistenca	splnený	splnený	nesplnený	30
Všetky špecializačné odbory ŠAS (typ ZS 200 a 210)					
P.č.	Ukazovateľ	Plnenie ukazovateľa			Váha splneného ukazovateľa v %
		Dolné pásmo	Stredné pásmo	Horné pásmo	
1.	Náklady na výkony na ošetrovaného poistenca	splnený	splnený	nesplnený	30
2.	Náklady na lieky na ošetrovaného poistenca	splnený	splnený	nesplnený	35
3.	Náklady na SVLZ na ošetrovaného poistenca	splnený	splnený	nesplnený	35

Ukazovateľ kooperatívnosti liečby

Ukazovateľom kooperatívnosti liečby (ďalej ako „UKoL“) sa rozumie plnenie povinnosti poskytovateľa, vyjadrené v percentách, predpisovať lekárske predpisy prostredníctvom programu E-recept v zmysle tabuľky č. 3. Pri splnení tohto ukazovateľa bude pri výpočte ceny IDK k hodnote KEF pripočítaná hodnota UKoL.

Tabuľka č. 3 Ukazovateľ, plnenie, hodnotené obdobie a váha splneného ukazovateľa pre špecializačný odbor

Všeobecné lekárstvo pre deti a dospelých			
Ukazovateľ	Plnenie ukazovateľa	Hodnotené obdobie	Váha splneného ukazovateľa v %

	Predpísaných menej ako 80 %	Predpísaných aspoň 80%	Jednotlivé kalendárne štvrťroky	10
Priemerné predpisovanie lekárskeho predpisov prostredníctvom programu E-recept	nesplnený	splnený		
Všeobecné lekárstvo pre dospelých				
Ukazovateľ	Plnenie ukazovateľa		Hodnotené obdobie	Váha splneného ukazovateľa v %
	Predpísaných menej ako 80 %	Predpísaných aspoň 80%	Jednotlivé kalendárne štvrťroky	10
Priemerné predpisovanie lekárskeho predpisov prostredníctvom programu E-recept	nesplnený	splnený		
Specializovaná ambulantná starostlivosť				
Ukazovateľ	Plnenie ukazovateľa		Hodnotené obdobie	Váha splneného ukazovateľa v %
	Predpísaných menej ako 80 %	Predpísaných aspoň 80%	Jednotlivé kalendárne štvrťroky	20
Priemerné predpisovanie lekárskeho predpisov prostredníctvom programu E-recept	nesplnený	splnený		

Plnenie ukazovateľa UKoL sa vykonáva za každý kalendárny štvrťrok bezprostredne predchádzajúci tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva vyhodnotenie.

Výpočet ceny IDK

Premenné vstupujúce do výpočtu výslednej IDK pre všetky vekové skupiny - VLDD	Hodnota premennej
Základ pre výpočet výslednej IDK	0,72 EUR
KEF*	60%
UKoL**	10%
Ordinačné hodiny	0,26 EUR

*Hodnota KEF je vo výpočte výslednej IDK aplikovaná bez ohľadu na reálne plnenie ukazovateľov koeficientu efektívnosti.

**Hodnota UKoL je vo výpočte výslednej IDK aplikovaná bez ohľadu na reálne plnenie ukazovateľa kooperatívnosti liečby do 31.01.2019. Každú zmenu hodnotiaceho parametru UKoL, výšku IDK a kalendárne obdobie jej úhrady poisťovňa oznámi poskytovateľovi písomne, vždy najneskôr k poslednému dňu aktuálneho kalendárneho štvrťroka.

Všeobecná ambulantná starostlivosť pre deti a dospelých				
	IDK pásmo 1	IDK pásmo 2	IDK pásmo 3	IDK pásmo 4
Základ pre výpočet výslednej IDK pre všetky vekové skupiny v eurách	Výsledná IDK - prepočet cez KEF v eurách	Výsledná IDK - prepočet cez KEF + UKoL v eurách	Výsledná IDK - prepočet cez KEF + ordinačné hodiny v eurách	Výsledná IDK - prepočet cez KEF + ordinačné hodiny + UKoL v eurách
0,72	0,43	0,50	0,69	0,76
Výpočet:	$0,72 \cdot 60\%$	$0,72 \cdot (60\% + 10\%)$	$0,72 \cdot 60\% + 0,26$	$0,72 \cdot (60\% + 10\%) + 0,26$

Poskytovateľ sa v zmysle plnenia jednotlivých zmluvných podmienok upravujúcich IDK v príslušnom type zdravotnej starostlivosti nachádza v jednom zo štyroch pásiem IDK.
Výpočet ceny IDK

Premenné vstupujúce do výpočtu výslednej IDK pre všetky vekové skupiny - VLD	Hodnota premennej
Základ pre výpočet výslednej IDK	0,71 EUR
KEF*	68%
UKoL**	10%
Ordinačné hodiny	0,26 EUR

*Hodnota KEF je vo výpočte výslednej IDK aplikovaná bez ohľadu na reálne plnenie ukazovateľov koeficientu efektívnosti.

Hodnota UKoL je vo výpočte výslednej IDK aplikovaná bez ohľadu na reálne plnenie ukazovateľa kooperatívnosti liečby do **31.01.2019. Každú zmenu hodnotiaceho parametru UKoL, výšku IDK a kalendárne obdobie jej úhrady poisťovňa oznámi poskytovateľovi písomne, vždy najneskôr k poslednému dňu aktuálneho kalendárneho štvrťroka.

Všeobecná ambulantná starostlivosť pre dospelých				
	IDK pásmo 1	IDK pásmo 2	IDK pásmo 3	IDK pásmo 4
Základ pre výpočet výslednej IDK pre všetky vekové skupiny v eurách	Výsledná IDK - prepočet cez KEF v eurách	Výsledná IDK - prepočet cez KEF + UKoL v eurách	Výsledná IDK - prepočet cez KEF + ordinačné hodiny v eurách	Výsledná IDK - prepočet cez KEF + ordinačné hodiny + UKoL v eurách
0,71	0,48	0,55	0,74	0,81
Výpočet:	$0,71 \cdot 68\%$	$0,71 \cdot (68\%+10\%)$	$0,71 \cdot 68\% + 0,26$	$0,71 \cdot (68\%+10\%)+0,26$

Poskytovateľ sa v zmysle plnenia jednotlivých zmluvných podmienok upravujúcich IDK v príslušnom type zdravotnej starostlivosti nachádza v jednom zo štyroch pásiem IDK.

Výpočet ceny IPP

Hodnota KEF a UKoL je vo výpočte výslednej ceny IPP do 31.1.2019 aplikovaná bez ohľadu na reálne plnenie ukazovateľov v celkovej výške 65%.

Typ IPP	Základ pre výpočet výslednej IPP v €	Hodnota plnenia ukazovateľov v %	Výsledná IPP v €
IPP1	1,80	65	1,17
IPP2	2,90	65	1,89
IPP3	4,90	65	3,19

Zoznam zdravotných výkonov pre možnosti vykazovania IPP

Typ IPP	Kód zdravotného výkonu, ku ktorému je možné IPP vykázat'
IPP1	60, 62, 63, 60R, 503, 504, 505
IPP2	1544A, 1594, 1240, 820, 822, 825
IPP3	3286, 3288, 3306, 3335, 3337, 867, 869, 3351, 3364, 841, 842, 845

Koeficient preventívnej starostlivosti

Koeficient preventívnej starostlivosti (ďalej aj ako „KPS“) vyjadruje akým percentom sa na celkovom počte kapítovaných poisťencov podieľali tí poisťenci, ktorým bola v poslednom ukončenom kalendárnom roku poisťovňou uhradená preventívna prehliadka.

Pre potrebu stanovenia KPS sa v špecializačnom odbore Všeobecné lekárstvo pre deti a dospelých za kapitovaného poistenca považuje ten poistenec, ktorý v poslednom ukončenom kalendárnom roku dosiahol vek minimálne troch rokov a za ktorého bola poskytovateľovi v poslednom ukončenom kalendárnom roku uhradená kapitácia.

Za preventívnu prehliadku sa pre jednotlivé špecializačné odbory pre potrebu stanovenia KPS považujú vybrané výkony uvedené v Tabuľke č. 4.

Výpočet hodnoty KPS sa vykonáva v priebehu prvého štvrťroka po ukončení kalendárneho roka, za ktorý sa KPS vypočítava.

Pre priznanie zvýhodnenej ceny bodu preventívnych zdravotných výkonov musí poskytovateľ dosiahnuť hodnotu KPS uvedenú v Tabuľke č. 4.

Tabuľka č. 4 Vybrané výkony pre potrebu stanovenia KPS a hodnota KPS v špecializačnom odbore

Špecializačný odbor	Vybrané výkony	Hodnota KPS
Všeobecné lekárstvo pre deti a dospelých	148, 148a, 148b, 148c, 149, 149a, 149b, 149d, 160	≥ 33 %
Všeobecné lekárstvo pre dospelých	160	≥ 21%

Na základe dosiahnutej hodnoty KPS za predchádzajúci ukončený kalendárny rok sa u poskytovateľa počnúc druhým štvrťrokom po dobu nasledujúcich dvanástich mesiacov uplatní nárok na zvýhodnenú cenu bodu preventívnych zdravotných výkonov podľa Tabuľky č. 5.

Tabuľka č. 5 Nárok na zvýhodnenú cenu bodu preventívnych zdravotných výkonov

Špecializačný odbor	Nárok na zvýhodnenú cenu bodu preventívnych zdravotných výkonov
Všeobecné lekárstvo pre deti a dospelých	áno
Všeobecné lekárstvo pre dospelých	áno

Pre účely nového zmluvného vzťahu, do skončenia kalendárneho štvrťroka bezprostredne nasledujúceho po ukončení kalendárneho roka, v ktorom zmluva nadobudla účinnosť a za ktorý sa KPS vypočítava, sa u poskytovateľa zvýhodnená cena bodu preventívnych zdravotných výkonov neuplatní.

Tabuľka č. 6 Podmienky pre bonifikovanie IDK za stanovené ordinačné hodiny

Stanovenie týždenného čistého ordinačného času na aspoň 30 hodín pre každú ambulanciu.*
Stanovenie ordinačných hodín do 16:00 hod. aspoň jeden deň v týždni pre každú ambulanciu.*

*Poskytovateľ splnenie uvedených podmienok 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 ordinačnými hodinami, ktoré schválil príslušný samosprávny kraj. Vo výpočte výslednej IDK sa bude pripočítavať 0,26 € s účinnosťou od prvého dňa mesiaca nasledujúceho po mesiaci, v ktorom poskytovateľ dokladoval poisťovni kumulatívne splnenie uvedených podmienok. Dokladovaním sa pre účely tejto tabuľky rozumie zaslanie formulára príslušnej pobočky poisťovni elektronickou formou.

1. Všeobecná ambulantná starostlivosť

1.1 Všeobecná ambulantná starostlivosť pre deti a dospelých:

Cena kapitácie

do 1 roku	7,23 €
od 1 do 2 rokov vrátane	6,95 €
od 3 do 5 rokov vrátane	5,51 €
od 6 do 9 rokov vrátane	3,87 €
od 10 do 19 rokov vrátane	3,02 €
dorastový lekár	
od 15 do 19 rokov vrátane	3,02 €
od 20 do 28 rokov vrátane	2,47 €

Základ pre výpočet IDK

pre všetky vekové skupiny	0,72 €
---------------------------	--------

Cena bodu:

preventívne zdravotné výkony č. 143, 143a, 144, 145, 145a, 146, 146a, 146b, 146c, 148, 148a, 148b, 148c, 149, 149a, 149b, 149c, 149d, 159b, 950, 951, 952, 953	0,041 € * 0,042 €
preventívny zdravotný výkon č. 160 v počte 390 bodov	0,041 € * 0,042 €
preventívny zdravotný výkon č. 142	0,08 € * 0,082 €
preventívne zdravotné výkony č. 143, 143a, 144, 145, 145a, 146, 146a, 146b, 146c, 148, 148a, 148b, 148c, 149, 149a, 149b, 149c, 149d, 159b, 950, 951, 952, 953 v prípade, že poskytovateľ má nárok na zvýhodnenú cenu, na základe dosiahnutej hodnoty KPS	0,045 € * 0,046 €
preventívny výkon č. 142 v prípade, že poskytovateľ má nárok na zvýhodnenú cenu, na základe dosiahnutej hodnoty KPS	0,088 € * 0,090 €
preventívny zdravotný výkon č. 160 v počte 390 bodov v prípade, že poskytovateľ má nárok na zvýhodnenú cenu, na základe dosiahnutej hodnoty KPS	0,045 € * 0,046 €
očkovanie - výkon 252b (počet bodov 70)	0,041 €
Výkon č. 10 – (v počte bodov 180) - Rozbor a plánovanie cielených terapeutických postupov na ovplyvnenie chronických ochorení. Podmienky úhrady výkonu č. 10: - Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z.. - Poskytovateľ vykazuje výkon č. 10 pri prevzatí poistenca s chronickým ochorením a po podpísaní dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v kombinácii s výkonom č. 60. - Úprava alebo zmena terapeutického postupu musí byť zaznamenaná v zdravotnej dokumentácii vrátane zmeny dávkovania zdôvodnenia úpravy medikamentózneho liečby. - Akákolvek úprava terapeutického postupu musí byť v súlade s platnou legislatívou a účelnou farmakoterapiou.	0,020995 €
Výkon č. 60 – (v počte bodov 350) - Komplexné vyšetrenie poistenca pri prevzatí dieťaťa alebo dorastenca do zdravotnej starostlivosti ako prvotné komplexné vyšetrenie s vystavením zdravotného záznamu. Podmienky úhrady výkonu č. 60: - Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z., - Poskytovateľ poskytne poistencovi komplexné vyšetrenie (kompletná anamnéza, vyšetrenie všetkých orgánových systémov, založenie zdravotnej dokumentácie a stanovenie diagnostického záveru a diagnostického a liečebného plánu) v termíne do 30 dní od podpísania dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. - Vykázaný výkon č. 60 musí byť súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca. - Kontrola povinného očkovania poistenca. - Kontrola poslednej preventívnej prehliadky poistenca. - Informovaný súhlas pacienta s poskytnutím zdravotnej starostlivosti v súvislosti výkonom č. 60.	0,020995 €
výkon č. 67 - (počet bodov 100) – príplatok pri sťaženom výkone do dovŕšenia piateho roku života pri výkonoch: delegovaný odber alebo výkon očkovania. Podmienky úhrady výkonu č. 67: Kombinácia pri výkonoch pod kódmi 252b alebo 250D s príslušnou diagnózou.	0,041 €
návšteva - výkon 25, výkon 26 u kapítovaných poistencov	0,020995 €
výkony z I. časti Zoznamu výkonov pre poistencov EÚ, bezdomovcov, cudzincov a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z.	0,020995 €

výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) pre poistencov EÚ, bezdomovcov, cudzincov a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. a nekapitovaných poistencov	0,007303 €
neodkladná zdravotná starostlivosť poskytnutá poistencom poisťovne, s ktorými poskytovateľ nemá uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti	0,020995 €

* v prípade, že poskytovateľ zasiela dávky vrátane faktúr za poskytnutú zdravotnú starostlivosť cez ePobočku

Vybrané preventívne zdravotné výkony č. 950, 951, 952, 953 – vykazovanie

Kód výkonu	Charakteristika výkonu	Podmienky úhrady výkonu
950	Vyšetrenie psychomotorického vývinu dieťaťa vo vzťahu k hrubej a jemnej motorike, k reči a k sociálnym vzťahom podľa štandardnej stupnice vrátane dokumentácie.	Kombinácia pri výkonoch pod kódmi: 143, 143a, 144, 145, 145a, 146, 146a, 146b, 146c.
951	Kontrolné vyšetrenie funkčného vývinu so skúškami zodpovedajúcimi veku (vnímavosť, sedenie, lezenie, chôdza) u dojčťa podľa štandardizovanej metódy spolu s dokumentáciou.	Poskytovateľ môže výkon vykonať jedenkrát u dojčťa do dovŕšenia prvého roka života.
952	Kontrolné vyšetrenie funkčného vývinu so skúškami zodpovedajúcimi veku (reč, pochopenie reči alebo sociálny vek) u batoliat podľa štandardizovanej metódy spolu s dokumentáciou.	Tento výkon môže poskytovateľ vykazovať 1x u batoliat v období od 1 do dovŕšenia 3 rokov dieťaťa.
953	Vyšetrenie funkčného vývinu so skúškami zodpovedajúcimi veku (reč, pochopenie reči alebo sociálny vek) u dieťaťa predškolského veku podľa štandardizovanej metódy spolu s dokumentáciou.	Kombinácia pri výkonoch pod kódmi 148 a 148a.

Cena za výkon:

Kód výkonu	Charakteristika výkonu	Cena za výkon
4571a	C – reaktívny proteín, pre kapitovaných poistencov do 18 rokov veku vrátane, s frekvenciou vykazania jedenkrát za deň na jedno rodné číslo. Výkon môže byť vykázaný lekárom s odbornosťou 007 a 008. Cena zahŕňa náklady na odobratie biologického materiálu a vyhodnotenie výsledku CRP vyšetrenia. Podmienkou úhrady výkonu 4571a je splnenie nasledovných podmienok zo strany PZS: - platný doklad o zakúpení, resp. prenájme prístrojového vybavenia, - prehlásenie o zhode k prístroju, - zaznamenanie odčítania výsledku a vyhodnotenia výsledku v zdravotnej dokumentácii pacienta.	4,40 €
60b	Komplexné predoperačné vyšetrenie vrátane odberov krvi, 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 V prípade odoslania poistenca k špecialistovi za účelom vykonania predoperačného vyšetrenia, zdravotná poisťovňa poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súvislosti s predoperačným vyšetrením uhradza iba cenou kapitácie.	13 €
250D	Delegovaný odber krvi (odobratie krvi venepunkciou) pri návšteve pacienta v ambulancii VLDD. Podmienkou úhrady výkonu 250D je splnenie nasledovných podmienok zo strany PZS:	1,05 €

	- dodržať postup, ktorý ustanovuje Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o postupe objednávaní, vykonávaní a kontroly laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení zo dňa 10.06.2014 číslo 02032/2014-SZ v platnom znení, - dodržať podmienky zdravotnej indikácie v zmysle účelného, efektívneho a hospodárneho nakladania s prostriedkami verejných zdrojov.	
--	---	--

1.2. Všeobecná ambulantná starostlivosť pre dospelých:

Cena kapitácie

do 19 rokov vrátane	3,02 €
od 20 do 28 rokov vrátane	2,47 €
od 29 do 39 rokov vrátane	2,47 €
od 40 do 44 rokov vrátane	2,51 €
od 45 do 49 rokov vrátane	2,56 €
od 50 do 54 rokov vrátane	2,63 €
od 55 do 59 rokov vrátane	2,74 €
od 60 do 64 rokov vrátane	2,87 €
od 65 do 69 rokov vrátane	2,98 €
od 70 do 74 rokov vrátane	3,10 €
od 75 do 79 rokov vrátane	3,21 €
od 80 do 84 rokov vrátane	3,55 €
od 85 rokov a viac	3,62 €

Základ pre výpočet IDK

pre všetky vekové skupiny	0,71 €
---------------------------	--------

Cena bodu:

Charakteristika výkonu	Cena bodu v €	Cena za výkon v €
Výkon č. 10 – (v počte bodov 180) - Rozbor a plánovanie cielených terapeutických postupov na ovplyvnenie chronických ochorení. <u>Podmienky úhrady výkonu č. 10:</u> • 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 pacientom s artériovou hypertenziou alebo dyslipidémiou. • Poskytovateľ vykazuje výkon č. 10 pri prevzatí poistenca s chronickým ochorením a po podpísaní dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v kombinácii s výkonom č. 60. • Výkon bude akceptovaný výlučne v kombinácii s výkonom č. 60 alebo č. H0003 alebo č. H0004 alebo č. H0005. • Úprava alebo zmena terapeutického postupu musí byť zaznamenaná v zdravotnej dokumentácii vrátane zmeny dávkovania zdôvodnenia úpravy medikamentózne liečby. • Akákoľvek úprava terapeutického postupu musí byť v súlade s platnou legislatívou a účelnou farmakoterapiou.	0,020995 €	3,78

Výkon č. 60 – (v počte bodov 350) - Komplexné vyšetrenie poistenca pri prevzatí dospelaj osoby do zdravotnej starostlivosti ako prvotné komplexné vyšetrenie s vystavením zdravotného záznamu. <u>Podmienky úhrady výkonu č. 60:</u> • Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z., • Poskytovateľ poskytne poistencovi komplexné vyšetrenie (kompletná anamnéza, vyšetrenie všetkých orgánových systémov, založenie zdravotnej dokumentácie a stanovenie diagnostického záveru a diagnostického a liečebného plánu) v termíne do 30 dní od podpísania dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. • Vykázaný výkon č. 60 musí byť súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca. • Kontrola povinného očkovania poistenca. • Kontrola poslednej preventívnej prehliadky poistenca. • Informovaný súhlas pacienta s poskytnutím zdravotnej starostlivosti v súvislosti výkonom č. 60.	0,020995 €	7,35
preventívne zdravotné výkony č.160 v počte 390 bodov	0,041	15,99
	* 0,042	16,38
preventívne zdravotné výkony č.160 v počte 390 bodov v prípade, že poskytovateľ má nárok na zvýhodnenú cenu, na základe dosiahnutej hodnoty KPS	0,045	17,55
	* 0,046	17,94
Výkon č. 5702 – (počet bodov 550) Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie. <u>Podmienky úhrady výkonu č. 5702:</u> • Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z., • Zaznamenanie popisu a vyhodnotenia záznamu vrátane popisu EKG krivky v zdravotnej dokumentácii pacienta u všeobecného lekára pre dospelých. • Vykazovanie 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. • Vykazovanie u poistenca, za ktorého je hrazená kapitálna platba u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v zmysle tejto zmluvy, pri neodkladnej zdravotnej starostlivosti a pri súčasnom vykonaní EKG a popísaní EKG záznamu. Popis musí byť zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii.	0,008105	4,46
výkon č. 5702P - (počet bodov 550) - vyšetrenia EKG pri preventívnej prehliadke poistencov 40 ročných a starších- len spolu s výkonom 160, vykazovanie si vyžaduje odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii.	0,008105	4,46
Výkon č. 5715 – (počet bodov 750) - 24-hodinové monitorovanie tlaku krvi - naloženie a zosnímanie. <u>Podmienky úhrady výkonu č. 5715</u> • Zaznamenanie výsledku a vyhodnotenia výsledku v zdravotnej dokumentácii poistenca u poskytovateľa. • Výkon môže byť vykázaný v prípade starostlivosti o dospelého pacienta s arteriálnou hypertenziou v zmysle odborného usmernenia MZ SR. • Vykazovanie výkonov u poistenca, za ktorého je hrazená kapitálna platba v zmysle tejto zmluvy.	0,016597	12,45
výkon č. 5716 – (počet bodov 240) - počítačové vyhodnotenie dlhodobého monitorovania tlaku krvi a vyhodnotenie nálezu lekárom. <u>Podmienky úhrady výkonu č. 5716</u> • Zaznamenanie výsledku a vyhodnotenia výsledku v zdravotnej dokumentácii poistenca u poskytovateľa.	0,016597	3,98

- Výkon môže byť vykázaný v prípade starostlivosti o dospelého pacienta s arteriou hypertenziou v zmysle odborného usmernenia MZ SR. - Vykazovanie výkonov u poistenca, za ktorého je hrazená kapitačná platba v zmysle tejto zmluvy.		
očkovanie - výkon 252b (počet bodov 70)	0,041	2,87
návšteva - výkon 25, výkon 26 u kapítovaných poistencov	0,020995	-
výkony z I. časti Zoznamu výkonov pre poistencov EÚ, bezdomovcov, cudzincov a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z.	0,020995	-
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 poistencom poisťovne, s ktorými poskytovateľ nemá uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti	0,020995	-

* v prípade, že poskytovateľ zasiela dávky vrátane faktúr za poskytnutú zdravotnú starostlivosť cez ePobočku

Cena za výkon TOKS:

Kód výkonu TOKS	Charakteristika výkonu TOKS	Výsledok výkonu TOKS	Úhrada TOKS
159a	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.	pozitívny	12,00 €
159z	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.	negatívny	12,00 €
159x	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.	nevratený / znehodnotený test	3,02 €

VŠZP akceptuje výkon 159a, 159z a 159x v súlade s prílohou č. 2 k zákonu č. 577/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov a Odborným usmernením Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky pre realizáciu programu skríningu kolorektálneho karcinómu zo dňa 1. septembra 2011, zverejnenom vo Vestníku MZ SR, čiastka 19-31, ročník 59 a v súlade s charakteristikou výkonov uvedených v tabuľke.

Štandardizovaný test na okultné krvácanie (TOKS) všeobecný lekár pre dospelých indikuje u bezpríznakových poistencov starších ako 50 rokov, v intervale raz za dva roky a ako súčasť preventívnej prehliadky (výkon č. 160). Interval medzi výkonom 160 a 159 môže byť maximálne 2 mesiace.

Cena za výkon:

Kód výkonu	Charakteristika výkonu	Cena za výkon
60b	Komplexné predoperačné vyšetrenie vrátane odberov krvi, zhodnotenia laboratórnych a prístrojových vyšetrení. Výkon možno vykazovať iba raz v rámci jednej operácie pri dodržaní odborného usmernenia MZ SR. Výkon sa vykonáva samostatne s diagnózou, pre ktorú je poistenec plánovaný na operáciu. V prípade odoslania poistenca k špecialistovi, najmä kód odbornosti 001 (vnútorné lekárstvo), za účelom vykonania predoperačného vyšetrenia, zdravotná poisťovňa poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súvislosti s predoperačným vyšetrením uhrádza iba cenou kapitácie.	13 €
H0003	Iniciálne vyšetrenie poistenca s chronickým ochorením. <u>Podmienky úhrady výkonu H0003:</u> - diferenciálna diagnostika arteriovej hypertenzie alebo dyslipidémie v zmysle príslušných odborných usmernení MZ SR na poskytovanie ambulantnej starostlivosti dospelým pacientom s arteriou hypertenziou alebo dyslipidémiou. - Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z..	12 €

	• Vykázanie výkonu jedenkrát 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 arteriálnu hypertenziu alebo dyslipidémiu. • V cene výkonu je zahrnuté komplexné vyšetrenie poistenca, vyhodnotenie laboratórnych, 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 pacientom s arteriálnou hypertenziou alebo dyslipidémiou. • V prípade hodnotenia laboratórnych alebo zobrazovacích vyšetrení pri iniciálnom vyšetrení poisťovňa akceptuje aj vyšetrenia, ktoré neboli realizované bezprostredne v čase diferenciálno-diagnostického postupu, ale skôr za predpokladu, že dátum ich realizácie nie je starší ako 3 mesiace (90 dní) a zároveň výsledok vyšetrení dosahoval fyziologické hodnoty a nie je žiadny medicínsky predpoklad, že výsledky by mohli byť významne zmenené. V tomto prípade je lekár povinný zaznamenať alebo založiť do zdravotnej dokumentácie všetky výsledky tak, aby bolo zrejmé dátum ich realizácie a výsledok jednotlivých parametrov a jeho vyhodnotenie v rámci diferenciálnej diagnostiky alebo liečebného plánu. • V prípade laboratórnych 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 odporúčaný v príslušnom odbornom usmernení MZ SR, pokiaľ budú zaznamenané v zdravotnej dokumentácii. • Pokiaľ v časovom intervale odporúčanom v príslušnom odbornom usmernení MZSR vyšetrenia neboli realizované alebo neboli v rozmedzí fyziologických hodnôt, tak je potrebné ich vyšetriť a výsledok zaznamenať do zdravotnej dokumentácie pacienta. V opačnom prípade výkon H0003 nebude akceptovaný. • Pokiaľ je potrebné, vzhľadom k zdravotnému stavu poistenca vykonať ďalšie doplňujúce vyšetrenia potrebné k diagnostike a liečbe pacienta s arteriálnou hypertenziou alebo dyslipidémiou nad rámec odborného usmernenia MZSR, ošetrojúci lekár zdôvodní ich vykonanie a výsledky zaznamená do zdravotnej dokumentácie pacienta.	
H0004	Kontrolné vyšetrenie poistenca s chronickým ochorením. <u>Podmienky úhrady výkonu H0004:</u> • Vykázanie výkonu s príslušnou korektnou diagnózou: arteriálna 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 arteriálnu hypertenziu alebo dyslipidémiu a je v starostlivosti všeobecného lekára a zároveň nie je pre dané diagnózy dispenzarizovaný alebo liečený u lekára – špecialistu, okrem jednorazového vyšetrenia u špecialistu za účelom konzultácie alebo vykonania zobrazovacieho vyšetrenia. V prípade konfliktu (neuznania výkonu) zdravotná poisťovňa na základe reklamácie vyúčtovania preverí text výmenného lístka a požiadavku VLD u poskytovateľa ŠAS. Výkon bude uznaný, pokiaľ VLD indikoval len pomocné alebo konziliárne vyšetrenie u príslušného ŠAS. • V cene výkonu je zahrnuté komplexné vyšetrenie poistenca, vyhodnotenie laboratórnych zobrazovacích vyšetrení, odporúčenie ďalšej liečby a stanovenie ďalšieho postupu v zmysle odborného usmernenia MZ SR na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s arteriálnou hypertenziou alebo dyslipidémiou v zmysle príslušného odborného usmernenia MZ SR. • Potrebné laboratórne alebo zobrazovacie vyšetrenia, ktoré je potrebné realizovať pri kontrole, zdravotná poisťovňa bude akceptovať vo frekvencii ako stanovuje príslušné odborné usmernenie MZ SR v prípade, že ich výsledky boli vo fyziologickom rozmedzí. • Pokiaľ v časovom intervale odporúčanom v príslušnom odbornom usmernení MZSR vyšetrenia neboli realizované alebo neboli v rozmedzí fyziologických hodnôt, tak je potrebné ich realizovať a výsledok zaznamenať do zdravotnej dokumentácie poistenca. V opačnom prípade výkon H0004 nebude akceptovaný.	12 €

	• Pokiaľ je potrebné vykonať ďalšie doplňujúce vyšetrenia potrebné k diagnostike a liečbe pacienta s artériovou hypertenziou alebo liečbou nad rámec OU MZ SR, ošetrojúci lekár ich urobí sám, zdôvodní ich vykonanie a výsledky do zdravotnej dokumentácie pacienta. • V prípade, ak výsledky laboratórnych alebo zobrazovacích vyšetrení, ktoré všeobecný lekár hodnotí pri kontrolnom vyšetrení, sú staršieho dátumu, ale boli vykonané v kratšom časovom intervale, ako je uvedené v príslušnom odbornom usmernení MZ SR a s odporúčanou frekvenciou kontroly príslušných SVLZ výkonov príslušnom odbornom usmernení MZSR, zdravotná poisťovňa ich akceptuje za predpokladu, že budú zaznamenané v zdravotnej dokumentácii a súčasne nie je žiadny medicínsky predpoklad, že výsledky by mohli byť významne zmenené. V tomto prípade je lekár povinný zaznamenať alebo založiť do zdravotnej dokumentácie všetky výsledky, tak aby bolo zrejmé dátum ich realizácie a výsledok jednotlivých parametrov a jeho vyhodnotenie v rámci kontroly a liečebného plánu. • V prípade laboratórnych 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 odporúčaný v príslušnom odbornom usmernení MZ SR, pokiaľ budú zaznamenané v zdravotnej dokumentácii.	
H0005	Cielené vyšetrenie pacienta s akútnym hypertenzným stavom <u>Podmienky úhrady výkonu H0005:</u> • 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 zistenie anamnestických údajov zameraných na prítomnosť subjektívnych ťažkostí poistenca súvisiacich s akútnym hypertenzným stavom, vrátane orientačného neurologického vyšetrenia a medikamentózneho liečby v zmysle odborného usmernenia MZ SR odborného usmernenia MZ SR na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s artériovou hypertenziou.	6 €
H0006	Stratifikácia kardiovaskulárneho rizika. <u>Podmienky úhrady výkonu H0006:</u> • Stanovenie stratifikácie kardiovaskulárneho rizika systémom SCORE u pacientov 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 prirátateľnej položky „dosiahnuté skóre“ v dávke 751a platného dátového rozhrania podľa Metodického usmernenia ÚDZS, ktorá je v uvedených vybraných položkách vyplnená nasledovne: v položke č. 13 –PRIPočítateľná položka – uvedie dosiahnuté skóre v tvare: ▪ SKOR01 tj nízke riziko 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 predsieni stanovenie rizika CMP podľa príslušného odborného usmernenia MZSR, v tomto prípade sa výkon vykazuje s dg. I48.9. Podmienkou je vyhotovenie a vyhodnotenie 12-zvodového EKG záznamu s minimálne s 10QRS komplexami.	5,00 €

H0007	Kvantitatívne INR vyšetrenie v ambulancii VLD Kontrolné kvantitatívne vyšetrenie INR z kapilárnej krvi u poistencov pri dlhodobej (minimálne 6 mesiacov) alebo celoživotnej antikoagulačnej liečbe. <u>Podmienkou úhrady výkonu H0007 je splnenie nasledovných podmienok zo strany PZS:</u> – platný doklad o zakúpení, resp. prenájme prístrojového vybavenia; – potvrdenie o zaškolení výrobcom (dovozcom) prístroja; – prehlásenie o zhode k prístroju (jedná 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. Poistovňa <u>akceptuje</u> 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. <u>Výkon nebude akceptovaný:</u> 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 Meranie a vyhodnotenie indexu ABI oscilometrickou metódou na štyroch končatinách pri včasnej diagnóze ischemickej choroby dolných končatin. <u>Podmienkou úhrady výkonu H0008 je splnenie nasledovných podmienok zo strany PZS:</u> – platný doklad o zakúpení, resp. prenájme prístrojového vybavenia; – potvrdenie o zaškolení výrobcom (dovozcom) prístroja; – prehlásenie o zhode k prístroju (jedná o registráciu prístroja na ŠÚKL) <u>Výkon bude akceptovaný:</u> 1. u symptomatických pacientov s podozrením na ischemickú chorobu dolných končatin (ICHDK). Indikácia k výkonu je zaznamenaná v zdravotnej dokumentácii, vrátane ďalšej diferenciálnej diagnostiky a terapeutického plánu. 2. u asymptomatických pacientov nad 50 rokov s minimálne jedným rizikovým faktorom (arteriálna hypertenzia, abnormálne EKG, diabetes mellitus, obezita s BMI nad 30, fajčiari, vysoká hladina celkového cholesterolu, porucha metabolizmu lipidov, pacienti a postihnutí koronárnymi alebo cerebrálnymi artériami, a pod.); 3. u všetkých poistencov nad 60 rokov. Bod 2 a 3 poisťovňa <u>akceptuje</u> a osobitne nad rámec kapitácie uhrádza výkon 1x za 2 roky pri vykázaní preventívnej prehliadky. <u>Výkon nebude akceptovaný</u>, ak vyšetrenie výkonu bude vykonané v špecializovanej ambulantnej starostlivosti.	4,50 €
250D	Delegovaný odber krvi (odobratie krvi venepunkciou) pri návšteve pacienta v ambulancii VLD. <u>Podmienkou úhrady výkonu 250D je splnenie nasledovných podmienok zo strany PZS:</u> - dodržať postup, ktorý ustanovuje Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o postupe objednávaní, vykonávaní a kontroly laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení zo dňa 10.06.2014 číslo 02032/2014-SZ v platnom znení, - dodržať podmienky zdravotnej indikácie v zmysle účelného, efektívneho a hospodárneho nakladania s prostriedkami verejných zdrojov.	1,05 €

2. Špecializovaná ambulantná starostlivosť

2.1. Špecializovaná ambulantná starostlivosť

Cena bodu:

výkony z I. časti Zoznamu výkonov	0,0247 €
úhrada vybraných výkonov z I. časti Zoznamu výkonov : - výkon č. 60 sa uhrádza vo výške zodpovedajúcej 420 bodom, - výkon č. 62 sa uhrádza vo výške zodpovedajúcej 270 bodom, - výkon č. 63 sa uhrádza vo výške zodpovedajúcej 210 bodom. -	0,0247 €
výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ)	0,008105 €
výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) vykonávané prístrojovou technikou ULTRAZVUK – USG a FUNKČNÁ DIAGNOSTIKA	0,008473 €
výkon 15d v počte bodov 150 v odbornosti chirurgia, traumatológia, ortopédia, pneumológia, ORL a reumatológia - zhodnotenie rtg. dokumentácie, ak nie je vykonané pracoviskom RTG, vrátane popisu v zdravotnej dokumentácii.	0,0247 €

Cena za výkon:

Kód výkonu	Charakteristika výkonu	Cena za výkon
250x	Odber venózne krvi za účelom vyšetrenia laboratórných parametrov. 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 €

2.2. Špecializovaná zubno-lekárska starostlivosť

„Cena bodu:“

zubno-lekárske výkony	0,0855 €
preventívne výkony v stomatológii D02, D02a, D06	0,0855 €

výkon	Počet bodov	Názov výkonu, presný obsah a rozsah výkonu, frekvencia výkonu
V12	300	Ošetrovanie zubného kazu
		Liečba a definitívna výplň zuba bez ohľadu na jej typ a rozsah. Plastická trvalá výplň v celom rozsahu chrupu z ručne miešaného skloionomérneho cementu. Preparácia kavity, tvar kavity prispôbený výplňovému materiálu, odstránenie zmäknutého dentínu zo stien kavity. Zabezpečenie relatívne suchého poľa, aplikácia materiálu s prípadným použitím matrice, vrátane nepriameho prekrytia drene CaOH ₂ , úprava výplne do artikulácie. Frekvencia vykazovania: 1x ročne na jeden zub

3. Ambulantná pohotovostná služba

V súlade s platným Nariadením vlády SR č. 115/2018 Z.z. ktorým sa ustanovuje výška úhrad zdravotnej poisťovne za poskytovanie zubno-lekárskej pohotovostnej služby a ambulantnej pohotovostnej služby, spôsob výpočtu a pravidlá výpočtu týchto úhrad, sa výška úhrady zdravotnej poisťovne za poskytovanie ambulantnej pohotovostnej služby ustanovuje nasledovne:

a. Výška úhrady (paušál) mesačne na ambulanciu pevnej ambulantnej pohotovostnej služby:

Výška paušálnej úhrady za poskytovanie zdravotnej starostlivosti v ambulancii pevnej ambulantnej pohotovostnej

služby je 8 288 € mesačne na jednu ambulanciu pevnej ambulantnej pohotovostnej služby, pričom podiel zdravotnej poisťovne na paušálnej úhrade zodpovedá podielu poistencov zdravotnej poisťovne na celkovom počte poistencov na území SR pre príslušný kalendárny rok.

b. 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.

Cena za výkon:

Kód výkonu	Názov zdravotného výkonu	Cena za výkon v €
4	Štandardné vyšetrenie jedného orgánového systému – kontrolné vyšetrenie. Súčasťou výkonu je anamnéza, opis terajšieho ochorenia, objektívny nález, odoslanie na laboratórne, prístrojové alebo odborné vyšetrenie – vypísanie žiadaniek, záver, vypísanie receptov, poučenie pacienta. Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti podľa § 8 ods. 2 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „lekár všeobecnej starostlivosti“), lekár ambulantnej pohotovostnej služby (APS), ako aj lekár záchrannej zdravotnej služby (ZZS).	4,75
5	Štandardné fyzikálne vyšetrenie jedného orgánového systému - kontrolné vyšetrenie, na základe symptomatologickej anamnézy vrátane rady a dokumentácie cez deň v sobotu, v nedeľu, počas sviatkov a 31. decembra. Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti, lekár poskytujúci APS, ako aj lekár ZZS.	8,31
6	Štandardné fyzikálne vyšetrenie jedného orgánového systému na základe symptomatologickej anamnézy vrátane rady a dokumentácie medzi 19.00 - 7.00 hodinou. Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti, lekár poskytujúci APS, ako aj lekár ZZS.	9,49
8	Štandardné vyšetrenie dvoch alebo viacerých orgánových systémov. Súčasťou výkonu je anamnéza, opis terajšieho ochorenia, objektívny nález, odoslanie na laboratórne, prístrojové alebo odborné vyšetrenie - vypísanie žiadaniek, záver, vypísanie receptov, poučenie pacienta (trvanie najmenej 20 minút). Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti pri dispenzárnej starostlivosti, lekár poskytujúci APS, ako aj lekár ZZS.	5,93
15c	Zhotovenie EKG záznamu s najmenej 12 zvodmi bez opisu.	2,37
26	Návšteva mimo riadneho pracovného času lekára, vykonaná ihneď po výzve z dôvodov ochorenia, vyžaduje sa časový údaj.	11,87
29	Návšteva v noci vyžiadaná a vykonaná medzi 22.00 a 7.00 hodinou, vyžaduje sa časový údaj o vyžiadaní a vykonaní návštevy.	21,36
30	Priplatok k výkonom pod kódmi 26 a 29 za návštevu vyžiadajú a vykonanú v sobotu, v nedeľu, počas sviatkov a 31. decembra.	10,68
64	Priplatok pri ambulantnej zdravotnej starostlivosti o a) pacienta ťažko mobilného, imobilného, mentálne postihnutého, dementného, zrakového alebo sluchovo postihnutého, b) dieťa do veku piatich rokov možno k výkonom pod kódmi 4 až 6, 8, 60, 61, 62 a 63 vykazovať nasledujúci príplatok: Pri výkonoch pod kódmi 4 až 8.	1,66
67	Priplatok u dieťaťa do veku piatich rokov pri výkonoch - odber krvi, injekcie, infúzie, transfúzie, infiltrácie, implantácie, odobratie sterov, punkcie a pri výkone očkovania.	2,37
71	Vystavenie tlačiva. Na základe verejného zdravotného poistenia je uhrádzané vystavenie tlačiva - regresné hlásenie pre zdravotnú poisťovňu.	0,83
71b	Krátka správa lekára lekárskej služby prvej pomoci ošetrojúcemu lekárovi.	1,07
200	Obväz s výnimkou rýchlych obväzov a sprejov, očných a ušných klapiek, trojuholníkových šatiek, hotových náplastí alebo hotových kravatových obväzov na rany. Obväzy podľa výkonu pod kódom 200 sa nemôžu nevykazovať, keď slúžia na krytie rán, ktoré vznikli lekárskeho výkonom pri tom istom ošetrení.	1,66
201	Obväz hrudníka alebo Desaultov obväz s výnimkou obväzu pupka.	9,49

Kód výkonu	Názov zdravotného výkonu	Cena za výkon v €
204	Cirkulárny obvaz hlavy, drieku, stabilizujúci obvaz krku, ramenného alebo bedrového kĺbu alebo jednej končatiny cez najmenej dva kĺby ako obvaz rany alebo na uvedenie končatiny do pokojného stavu, alebo kompresívny obvaz, alebo zinkovo-glejový obvaz.	2,37
206	Spevňujúci náplastový obvaz malého kĺbu.	1,66
207	Spevňujúci náplastový obvaz veľkého kĺbu.	2,85
210	Malý dlahový obvaz aj ako núdzový obvaz pri zlomeninách.	1,78
212	Dlahový obvaz so znehybnením najmenej dvoch veľkých kĺbov (laktového, zápästného, členkového), ako aj núdzový obvaz pri zlomeninách.	4,27
250a	Odobratie krvi venepunkciou do jednej striekačky alebo do jednej skúmavky, vrátane odberovej súpravy, za každú súpravu.	1,90
250b	Odber krvi do uzavretého systému, alebo odber pri podozrení na infekčné ochorenie, za každú odberovú súpravu.	3,56
252	Injekcia intrakutánna, subkutánna, submukózna, subkonjunktiválna alebo intramuskulárna.	1,66
253	Injekcia intravenózna.	2,37
258	Odobratie kapilárnej krvi.	1,42
260a	Zavedenie katétra do periférnej cievy.	3,56
267	Medikamentózne ošetrenie infiltráciou, za každé ošetrenie.	2,37
271	Infúzia intravenózna v trvaní od 10 do 30 minút.	4,75
320	Umelé dýchanie (napríklad z úst do úst, dýchanie vakom, dýchanie aparátom).	3,56
321	Umelé dýchanie a extratorakálna tlaková masáž srdca.	8,31
322	Ústna a nasotracheálna intubácia.	4,75
323	Otvorenie horných dýchacích ciest koniotómiou, koniopunkciou, prípadne aj endotracheálnou intubáciou.	11,87
330	Výplach žalúdka žalúdočnou sondou.	5,22
332	Inhalácia kyslíka vrátane inhalovaného kyslíka, za každých 30 minút.	0,71
363	Digitálne vyprázdnenie konečníka.	3,80
603a	Vyhodnotenie EKG v prípade, že odborný lekár s príslušnou špecializáciou EKG len vyhodnotí. Nejde o automatické prístrojové vyhodnotenie.	3,56
1275	Odstránenie voľného cudzieho telesa zo spojovky alebo mechanická epilácia mihalníc jedného oka.	0,71
1402	Predná nosová tamponáda.	2,37
2000	Prvé ošetrenie malej rany.	2,37
2003	Prvé ošetrenie veľkej rany.	4,03
2011	Prvotné ošetrenie popáleniny I. alebo II. stupňa (ruka, noha, tvár), za každú popáleninu (toilette, debridement, topické prostriedky).	5,93
2011a	Prvotné ošetrenie popáleniny I. alebo II. stupňa do 5% povrchu tela, za každú popáleninu (toilette, debridement, topické prostriedky).	3,56
3525	Kompletný dôkaz základných patologických súčastí moču, za každú vzorku od pacienta	1,00
3526	Nekompletný dôkaz najviac troch z uvedených základných patologických súčastí moču, za každú patientsku vzorku	0,70
3635a	Kontrola glykémie glukomerom	1,19

„Zubno-lekárska pohotovostná služba“

Cena za výkon

Kód výkonu	cena za výkon v €	Názov zdravotného výkonu
A02	1,79	Infiltračná anestézia
C07	1,79	Ošetrenie sťaženého prerezávania zuba múdrosti
C08	1,79	Úprava prominujúcej alveoly

C41	3,59	Intraorálna incízia dentogénneho abscesu
C51	17,93	Primárna plastika oroantrálnej komunikácie
C61	14,94	Repozícia subluxovaného alebo luxovaného zuba,
D11	1,49	Vyžiadané akútne ošetrenie s vyšetrením
D52	1,49	RTG snímka intraorálna zubov a ústnych tkanív
D54	5,98	RTG snímka - ortopantomogram
E01	1,49	Extrakcia dočasného zuba alebo koreňa
E11	2,99	Extrakcia trvalého zuba alebo koreňa
E12	4,48	Extrakcia viackoreňového zuba
E14	1,49	Sutúra extrakčnej rany
E21	7,47	Nepplánovaná extrakcia zuba alebo jeho častí
E31	2,39	Dekapsulácia zuba
E45	3,88	Trepanácia alveolu
E51	3,59	Zastavenie poextrakčného krvácania
E61	1,49	Ošetrovanie a kontrola po zákroku dentoalveol. chirurgie
E63	3,59	Chirurgická revízia rany
E64	11,95	Egalizácia alveolárneho výbežku.
F63	1,79	Stiahnutie fixnej náhrady
P05	1,49	Odstránenie miestneho dráždenia
P07	1,49	Lokálne ošetrovanie gingívy a/alebo sliznice
T01	2,99	Manuálna repozícia luxácie TMK
V20	1,49	Provizórne ošetrovanie jednoduchého zubného kazu
V31	2,39	Paliatívne endodontické ošetrovanie
252	2,09	Injekcia s.c. , i.m.
253	2,99	Injekcia i.v.
271	5,98	Infúzia i.v. 10 - 30 min.
320	4,48	Umelé dýchanie
321	10,46	Umelé dýchanie a extratorakálna masáž srdca
323	14,94	Otvorenie horných dýchacích ciest

Výška úhrady (paušál) mesačne na jedného poistenca za každý druh poskytovanej APS :

Zubno-lekárska pohotovostná služba	0,009958 €
------------------------------------	------------

- Výška mesačného paušálu sa vypočíta ako násobok výšky mesačnej úhrady za poistenca a počtu poistencov v spádovom území vymedzeným príslušným samosprávnym krajom.
- Paušál prináleží poskytovateľovi APS len v prípadoch zabezpečenia výkonu APS v čase mimo obvyklých ordinálnych hodín poskytovateľov zdravotnej starostlivosti
- Paušál sa nehradí za poistencov EÚ, bezdomovcov, poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov a cudzincov.

Nad rámec ceny za výkon a paušálu sa uhrádzajú:

- náklady na dopravu lekára v prípade návštevných APS:

Typ prevozu	Cena za 1km
APS – služobným alebo objednaným vozidlom lekárskej služby prvej pomoci	0,50 €
LSPR –vlastným vozidlom	0,30 €

Úhrada pri prevoze APS a LSPR sa realizuje len za skutočný počet prejazdených kilometrov s lekárom (za nevyťažené vozidlo poisťovňa úhradu nerealizuje).

4. Domáca ošetrovateľská starostlivosť (DOS)

Cena za výkon:

Kód výkonu	Názov výkonu	Cena výkonu v €	Pravidlá vykazovania a uznávania výkonov
3390	PRÍJEM PACIENTA (KLIENTA) DO ADOS A ODOBRATIE SESTERSKEJ ANAMNÉZY (OŠETROVATELSKÝ ASSESMENT).	3,19	1 x pri prijatí pacienta do ADOS a pri prerušení ošetrovateľskej starostlivosti cestou ADOS na dlhšie ako 3 mesiace, - výkon sa neakceptuje pri jednorazovom výkone a v kombinácii s výkonmi 3394, 3407 (zmeranie TK, TT a P je zahrnuté vo výkone 3390), 3451
3392A	POUČENIE PRÍBUZNÝCH ALEBO ČLENOV KOMUNITY.	1,60	1 x pri prijatí pacienta do ADOS a pri prerušení ošetrovateľskej starostlivosti cestou ADOS na dlhšie ako 3 mesiace alebo pri závažnej zmene zdravotného stavu. - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonom 3470
3393	VYPRACOVANIE PLÁNU KOMPLEXNEJ OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI (ĎALEJ LEN "KOS").	6,38	1 x pri prijatí pacienta do ADOS, - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonmi 3394, 3416, 3418, 3419, 3420, 3420A. - výkon sa neakceptuje pri jednorazovom výkone a pri výkonoch podávania injekcií a infúzií ak sa iná ošetrovateľská starostlivosť pacientovi neposkytuje.
3394	PRIEBEŽNÉ HODNOTENIE KOS A ZMENA PLÁNU OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI VRÁTANE DOKUMENTÁCIE A KONZULTÁCIE S OŠETRUJÚCIM LEKÁROM.	6,38	1 x mesačne so zaznamenaním vývoja zdravotného stavu a plánu ošetrovateľskej starostlivosti s konzultáciou lekára, alebo zmene zdravotného stavu pacienta, vyžadujúcej zmenu plánu ošetr. starostlivosti a konzultáciu s lekárom. O zmenenej ošetrovateľskej starostlivosti je potrebné informovať revízneho pracovníka VŠZP predložením kópie Prieběžného hodnotenia KOS, - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonmi 3451; 3390; 3393
3395	VYHODNOTENIE KOS A ZÁVEREČNÁ SPRÁVA.	4,79	1 x pri ukončení poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti cestou ADOS a vykázaní v posledný deň poskytnutia ošetrovateľskej starostlivosti. - výkon sa neakceptuje pri jednorazovom výkone a v kombinácii s výkonmi 3416, 3418, 3419, 3420, pokiaľ sa iná ošetrovateľská starostlivosť neposkytovala a jedná sa o jednorazové výkony.
3396	ODBORNÝ NÁCVIK POTREBNÝCH VÝKONOV PRI OŠETROVANÍ CHORÉHO V DOMÁCNOSTI	5,19	- výkon je opodstatnený v prípadoch, kde je možné zo strany rodiny pacienta ďalej samostatne uskutočňovať nacvičený výkon. 3 x v danom prípade, u zložitejších výkonov (napr. odsávanie, ošetrovanie kolostómie, podávanie sc. injekcie - nie inzulínu) sa stanoví počet po individuálnom zhodnotení a konzultácii s VŠZP, - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonom 3421 pokiaľ pôjde o nácvik podávania inzulínu, Fraxiparinu (Clexane a pod.)
3398	OŠETROVATELSKÁ HYGIENA.	5,19	- výkon sa akceptuje u imobilných, inkontinentných pacientov s 3. stupňom inkontinencie a dekubitom alebo ranou v oblasti postihnutej inkontinenciou 1 x pri návšteve pacienta, - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonom 3410, pokiaľ ide o tú istú lokalitu.
3399A	STAROSTLIVOSŤ O CHORÉHO S PERMANENTNÝM KATÉTROM VRÁTANE VÝMENY PERMANENTNÉHO KATÉTRA U ŽENY.	5,19	- výkon sa akceptuje len v prípade výmeny PK u ženy alebo v prípade defektu kože v oblasti ústia PK do moč. rúry s ošetrením, ktoré je ordinované lekárom. - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonmi 3431, 3409
3399B	STAROSTLIVOSŤ O KAVALNÝ KATÉTER A INTRAVENÓZNU KANYLU, PRAVIDELNE PREVÁŽOVANIE A DEZINFEKCIA.	1,93	1 x za výkon, maximálne 1 x D

Kód výkonu	Názov výkonu	Cena výkonu v €	Pravidlá vykazovania a uznávania výkonov
3399C	STAROSTLIVOSŤ O EZOTRACHEÁLNU, NASOTRACHEÁLNU A TRACHEOST. KANYLU.	1,93	- 1 x za výkon, - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonom 3411
3399D	STAROSTLIVOSŤ O EPIDURÁLNY KATÉTER.	3,90	- výkon sa v súčasnosti realizuje už len u hospitalizovaných pacientov.
3401A	STAROSTLIVOSŤ O VÝŽIVU V PRÍSLUŠNEJ KVALITE A KVANTITE, VYPRACOVANIE INDIVIDUÁLNEHO DIETNEHO REŽIMU, JEDEN RAZ PRE JEDNÉHO PACIENTA.	2,93	- výkon sa akceptuje v prípade naplnenia jeho obsahu a zaznamenania v dokumentácii 1 x u daného pacienta za podmienky, že takýto výkon nebol uhradený ošetrovateľskému lekárovi.
3402	VÝŽIVA BEZVLÁDNEHO PACIENTA, ZA JEDEN VÝKON.	0,91	- výkon je určený pre sestry starajúce sa o hospitalizovaných pacientov. Kŕmenie pacienta je potrebné vykonávať minimálne 4 až 6 x denne. Pokiaľ má pacient závažné poruchy prehltnutia s hrozbou aspirácie, podávanie stravy per os v domácom prostredí sa väčšinou neodporúča.
3404	VÝŽIVA PACIENTA SONDOU, ZA JEDEN VÝKON.	1,28	- 1 x za výkon a pri výmene NGS sondy. V prípade možnosti je potrebné poskytnúť odborný nácvik príbuzným, - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonmi 3402; 3427
3405	OČISTNÁ KLYZMA	4,15	- podľa ordinácie lekára, 1 x za výkon
3406	KONTINUÁLNE SLEDOVANIE KLINICKÉHO STAVU PACIENTA (MERANIE TK, PULZU, DYCHOVEJ FREKVENCIE, TELESNEJ TEPLoty, PRÍJEM A VÝDAJ TEKUTÍN, STOLICE A SLEDOVANIE INÝCH FUNKCIÍ PODĽA ORDINÁCIE LEKÁRA), ZA KAŽDÉ DVE HODINY.	3,19	- zdravotná starostlivosť poskytovaná ADOS je ambulantná starostlivosť a poskytuje sa pacientom, ktorí nevyžadujú kontinuálne sledovanie všetkých uvedených parametrov každé 2 hodiny sestrou ADOS.
3407	ODMERANIE KRVNÉHO TLAKU, PULZU A TEPLoty.	0,96	- podľa ordinácie lekára s osobitným odôvodnením. Pokiaľ je výkon ordinovaný 1 x mesačne, spadá do povinnosti lekára, ktorý je povinný 1 x mesačne navštíviť pacienta a zhodnotiť jeho zdravotný stav, - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonmi 3424, 3469; 3418, 3420, 3419, 3390 a ako samostatný výkon 3407 spojený len s výkonom návštevy pacienta.
3408	SLEDOVANIE DIURÉZY, ZA KAŽDÝCH 12 HODÍN.	0,80	- výkon sa akceptuje len v lekárom osobitne odôvodnených prípadoch, kde sestra navštívi pacienta každých 12 hodín a zavedie presnú evidenciu sledovania diurézy (pozitívna alebo neg. bilanc. tekutín) a výkon podrobne zaznamená do dokumentácie pacienta.
3409	CIEVKOVANIE ŽENY.	2,08	- podľa ordinácie lekára, 1x za výkon, - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonom 3399A
3410	VÝMENA STOMICKÉHO SETU S NÁSLEDNOU TOALETOU PRI STÓMIACH.	2,59	- 1 x pri návšteve pacienta po dobu 3 mesiacov. (Pri ukončení hospitalizácie stomická sestra vysvetlí a naučí pacienta a príbuzných ošetrovať stómiu). V prípade možnosti je potrebné poskytnúť odborný nácvik príbuzným. V individuálnych prípadoch, po vopred schválení RL je možné poskytovať výkon i dlhšiu dobu. Výkon sa akceptuje aj v prípade ošetrovania stomie u pacientov s PEG, - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonmi 3398, 3423A, 3423B (pri tej istej lokalizácii)
3411	ČISTENIE TRACHEÁLNEJ KANYLY.	0,80	- 1 x za výkon, - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonom 3399C

Kód výkonu	Názov výkonu	Cena výkonu v €	Pravidlá vykazovania a uznávania výkonov
3413	APLIKÁCIA NEINJEKČNEJ LIEČBY.	0,64	- 1 x za výkon, pokiaľ sa vykonáva v spojitosti s výkonmi preväzovania rán, výkon sa akceptuje jedenkrát pre rany v jednej lokalite. V prípade možnosti je potrebné poskytnúť odborný nácvik príbuzným, - výkon sa neakceptuje v spojitosti s dávkovaním a podávaním liekov per os, aplikáciou analgetických masť a gelov, liečbou biolampou a v kombinácii s výkonmi: 3422A (pokiaľ ide o masážne prípravky), 3422B, 3422C
3414	APLIKÁCIA TERAPEUTICKÉHO CELOTELOVÉHO ZÁBALU ALEBO LIEČIVÉHO KÚPEĽA.	1,12	- výkon sa akceptuje len v prípade kožných ochorení na celom povrchu tela, pri hyperpyrexii a v individuálnych prípadoch, pri vredoch DK s indikáciou liečivého kúpeľa v roztoku (napr. hypermangánu) u pacientov, ktorí nie sú schopní si zabezpečiť kúpeľ sami alebo prostredníctvom osôb, ktoré sa o nich starajú - 1 x za výkon
3416	APLIKÁCIA LIEČIVA INTRAMUSKULÁRNE, S.C., I.C.	1,00	- 1 x za výkon pri potrebe viacnásobného podávania injekcií u imobilných a ťažko mobilných pacientov na základe ordinácie lekára. Jednorazové podanie inj. sa akceptuje len u pacientov, ktorým sa poskytuje KOS.
3418	APLIKÁCIA LIEČIVA INTRAVENÓZNE.	1,28	- 1 x za výkon pri potrebe viacnásobného podávania injekcií u imobilných a ťažko mobilných pacientov na základe ordinácie lekára. Jednorazové podanie inj. sa akceptuje len u pacientov, ktorým sa poskytuje KOS, - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonmi 3407, 3419, 3420A
3419	PRÍPRAVA A PODÁVANIE INFÚZIE.	2,94	- 1 x za výkon. V prípade potreby viacnásobného podávania infúzií (minimálne 5 krát) ordinovanej lekárom u jedného pacienta VŠZP akceptuje aj výkony 3390 a 3395, - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonmi 3407 (samotný výkon v sebe zahŕňa meranie fyziologických funkcií), 3418.
3420	SLEDOVANIE INFÚZIE, ZA KAŽDÚ HODINU.	5,00	- 1 x za výkon. Za každú ďalšiu hodinu bude VŠZP akceptovať uvedený výkon 1x v prípade, že ordinácia, dĺžka a odôvodnenie podávania infúzie dlhšie ako 1 hod. budú zaznamenané v dokumentácii, - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonom 3407 (samotný výkon v sebe zahŕňa meranie fyziologických funkcií)
3420A	PODÁVANIE LIEČIVA INFÚZNOU PUMPOU.	0,96	- 1 x za výkon, - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonmi 3407 (samotný výkon v sebe zahŕňa meranie fyziologických funkcií), 3418.
3421	NÁCVIK PODÁVANIA INZULÍNU.	2,08	- výkon je opodstatnený v prípadoch, kde je možné zo strany pacienta alebo rodiny pacienta ďalej samostatne uskutočňovať nacvičený výkon. - 3 x (nácvik sa vo väčšine prípadov začína už v nemocnici alebo v diabetologickej ambulancii po nastavení pacienta na inzulín). Výkon sa akceptuje aj v prípade nácviku aplikácie iných s. c. injekcií (Fraxiparinu, Clexane, Myacalcic a pod.). V prípade potreby po individuálnom zhodnotení stavu a konzultácii s VŠZP sa množstvo daného výkonu môže upraviť, - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonom 3396

Kód výkonu	Názov výkonu	Cena výkonu v €	Pravidlá vykazovania a uznávania výkonov
3422A	OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ ZAMERANÁ NA PREVENCIU DEKUBITOV.	3,90	- výkon sa akceptuje u imobilných pacientov 1 x pri návšteve pacienta, - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonmi 3413 (ak ide o masážne prípravky), 3424. Samotný výkon sa neakceptuje u pacientov umiestnených v ZSS,DSS,DD, stacionároch pokiaľ sa u nich iná ošetrovateľská starostlivosť prostredníctvom ADOS neposkytuje
3422B	OŠETRENIE DEKUBITU VEĽKOSTI DO 5 CM2 (ODSTRÁNENIE ZVÝŠKOV MASTI, ODUMRETÝCH TKANÍV, TOALETA, APLIKÁCIA LIEČIVA, PREVÁZ).	6,49	- 1 x pri návšteve pacienta. Pri viacpočetných malých dekubitoch v jednej lokalite sa akceptuje vykázanie 1 veľkého dekubitu (3422C) v jednej lokalite. V individuálnych prípadoch - pri viacpočetných dekubitoch v rôznej lokalite, sa akceptuje výkon pre každý dekubit 1x pri návšteve. V návrhu je potrebné uviesť presný popis lokálneho nálezu a indikáciu lokálnej liečby od ošetrujúceho lekára, - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonmi 3413,3423A (ak ide o tú istú lokalizáciu)
3422C	OŠETRENIE DEKUBITU VEĽKOSTI NAD 5 CM2 (ODSTRÁNENIE ZVÝŠKOV MASTI, ODUMRETÝCH TKANÍV, TOALETA, APLIKÁCIA LIEČIVA, PREVÁZ).	9,08	- 1 x pri návšteve pacienta. V prípade, že pacient má viacpočetné alebo rozsiahle, hlboké dekubity v rôznej lokalite, sa po individuálnom posúdení zdravotného stavu pacienta akceptuje výkon viackrát pri 1 návšteve pacienta. V návrhu je potrebné uviesť presný popis lokálneho nálezu a indikáciu lokálnej liečby od ošetrujúceho lekára, - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonmi 3413,3423B (ak ide o tú istú lokalizáciu)
3423	VÝPLACH OKA.	2,25	- 1 x za výkon
3423A	PREVÁZ RANY VEĽKOSTI DO 5 CM2.	3,90	- 1 x pri návšteve pacienta. Pri viacpočetných malých ranách v jednej lokalite sa akceptuje vykázanie 1 veľkej rany (3423B) v jednej lokalite. V individuálnych prípadoch - pri viacpočetných ranách v rôznej lokalite, sa akceptuje výkon pre každú ranu 1x pri návšteve. V návrhu je potrebné uviesť popis lokálneho nálezu a indikáciu lokálnej liečby od ošetrujúceho lekára. V praxi niektoré ADOS na hodnotenie využívajú rôzne formuláre posudzovania rán. - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonmi 3422B a 3410 (ak ide o tú istú lokalizáciu) - Výkon sa akceptuje aj pri výbere stehov z rany.
3423B	PREVÁZ RANY VEĽKOSTI NAD 5 CM2.	6,49	- 1 x pri návšteve pacienta. V návrhu je potrebné uviesť popis lokálneho nálezu a indikáciu lokálnej liečby od ošetrujúceho lekára. V prípade, že pacient má viacpočetné alebo rozsiahle, hlboké rany, VŠZP po individuálnom posúdení zdravotného stavu pacienta akceptuje výkon viackrát pri 1 návšteve pacienta, - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonmi 3422C a 3410 (ak ide o tú istú lokalizáciu)
3424	OŠETROVATEĽSKÁ REHABILITÁCIA, TRVANIE NAJVIAC 30 MINÚT.	4,00	- výkon sa akceptuje u imobilných a ťažko mobilných pacientov 1 x pri návšteve pacienta, - výkon sa neakceptuje u pacientov v chronickom stabilizovanom stave, v kombinácii s výkonmi 3422A (samotný výkon zahŕňa v sebe odmeranie tlaku pred a po RHB), 3407, 3413 (pokiaľ ide o masážne prípravky) a u pacientov po plánovaných TEP, u ktorých prebehla LTV v rámci hospitalizácie a prepustení boli chodiaci za pomoci bariel
3426	ODSÁVANIE PACIENTA.	1,32	- 1 x pri návšteve pacienta
3427	ODSATIE ŽALÚDOČNÉHO OBSAHU.	3,31	- 1 x za výkon, - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonom 3404

Kód výkonu	Názov výkonu	Cena výkonu v €	Pravidlá vykazovania a uznávania výkonov
3428	VYŠETRENIE MOČU INDIKÁTOROVÝM MÉDIOM.	3,19	- 1 x za výkon podľa ord. lekára so zdôvodnením
3431	ASISTENCIA PRI VÝPLACHU MOČOVÉHO MECHÚRA	0,80	- výkon sa akceptuje v prípade potreby výplachu močového katétra a močového mechúra ordinovaného lekárom 1 x za výkon, v prípade odstránenia PK z močového mechúra a pri preplachu T drénu zo žlčových ciest - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonom 3399A (s výnimkou ošetrenia defektu kože v oblasti ústia PK do moč. rúry s ošetrením, ktoré je ordinované lekárom)
3432	PRÁCA SESTRY PRI DOMÁCEJ PERITONEÁLNEJ DIALÝZE.	5,51	- výkon akceptuje na odporúčenie nefrológa, po individuálnom zhodnotení zdravotného stavu pacienta 1 x za výkon
3433	ODBER KRVI VENEPUNKCIOU DO JEDNEJ STRIEKAČKY ALEBO JEDNEJ ODB. SÚPRAVY.	5,04	- výkon sa akceptuje len u imobilných a ťažko mobilných pacientov, za jeden odber v jeden deň. - V prípade izolovaných výkonov odberu krvi sa pridanie výkonu 3407 nepovažuje za rozšírenie nad rámec izolovaných výkonov
3434	ODBER KAPILÁRNEJ KRVI.	0,80	- výkon sa akceptuje len u imobilných a ťažko mobilných pacientov, ktorým sa poskytuje komplexná ošetrovateľská starostlivosť a v osobitne odôvodnených prípadoch po schválení VŠZP vopred 1 x za výkon, - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonom 3635A
3435	UMELÉ DÝCHANIE A MASÁŽ SRDCA.	4,79	- 1 x za výkon
3436	ODBERY: TT, TN, VÝTER Z REKTA, ODBER SPŮTA.	1,56	- výkon sa akceptuje len u imobilných a ťažko mobilných pacientov, ktorým sa poskytuje komplexná ošetrovateľská starostlivosť. VŠZP akceptuje výkon aj v prípade odberu moča u imobilných a ťažko mobilných pacientov, ktorým sa poskytuje komplexná ošetrovateľská starostlivosť
3437	DOPRAVA BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU.	0,64	- u pacientov, u ktorých bol vykonaný odber biologického materiálu, jedenkrát na jedného pacienta, - pokiaľ sa vykonáva viac odberov naraz v jednom zariadení (ZSS,DSS,DD), sa výkon akceptuje len 1x.
3439	NÁVŠTEVA PACIENTA (KLIENTA) V PRACOVNOM ČASE.	4,00	- podľa Návrhu na poskytovanie domácej ošetrovateľskej starostlivosti, - v prípade ošetrenia viacerých pacientov na jednom mieste (manželia, ZSS,DSS,DD, stacionäre,...) sa akceptuje výkon len 1x v daný deň.
3440	NÁVŠTEVA MIMO RIADNEHO PRACOVNÉHO ČASU (OD 19.00 DO 7.00 HODINY V SOBOTU, V NEDEĽU A VO SVIATOK).	5,50	- podľa Návrhu na poskytovanie domácej ošetrovateľskej starostlivosti, ktorý musí okrem iného obsahovať zdôvodnenie indikácie poskytovania DOS mimo riadneho pracovného času od ošetrojúceho lekára. VŠZP zväží rozsah poskytovanej DOS, v nejasných prípadoch konzultuje potrebu poskytovania DOS mimo riadneho pracovného času s ošetrojúcim lekárom (týka sa predovšetkým frekvencie 2-3x týždenne), - v prípade ošetrenia viacerých pacientov na jednom mieste (manželia, ZSS,DSS,DD, stacionäre,...) sa akceptuje výkon len 1x v daný deň

Kód výkonu	Názov výkonu	Cena výkonu v €	Pravidlá vykazovania a uznávania výkonov
3441	NÁVŠTEVA PACIENTA V RIZIKOVÝCH SKUPINÁCH POPULÁCIE - KRÍŽOVA INTERVENCIA PRI ZHORŠENÍ PSYCHICKÉHO STAVU PACIENTA.	4,00	- výkon sa akceptuje individuálne, v odôvodnených prípadoch po schválení VŠZP vopred a následnom zaznamenaní v dokumentácii - 1 x za výkon, - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonmi 3439,3440
3447	PSYCHOSOMATICKÁ INTERVENCIA V TERMINÁLNOM ŠTÁDIU ŽIVOTA.	2,59	- výkon sa akceptuje v odôvodnených prípadoch, pri naplnení obsahu výkonu a jeho zaznamenaní v dokumentácii - 1x M, - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonom 3449
3449	KONTINUÁLNA STAROSTLIVOSŤ O UMIERAJÚCEHO PACIENTA, ZA KAŽDÚ HODINU.	3,11	- výkon sa akceptuje v odôvodnených prípadoch, pri naplnení obsahu výkonu a jeho podrobnom zaznamenaní v dokumentácii - ak sestra ADOS zotrúva pri pacientovi minimálne 8 hod. denne. V takomto prípade sa výkon akceptuje za každú hodinu. - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonom 3447, 3458,3461, 3406,3407, 3408, 3398, 3413, 3422A
3451	KONZULTÁCIA SESTRY O JEDNOM PACIENTOVI S OŠETRUJÚCIM LEKÁROM.	0,64	- 1 x mesačne alebo pri zmene zdravotného stavu vyžadujúcej konzultáciu s lekárom. Dôvod konzultácie s lekárom a výsledok konzultácie sestra zaznamenaná v dokumentácii pacienta, - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonom 3394
3452	POSKYTNUTIE PREDLEKÁRSKEJ POMOCI PRI NÁHLÝCH STAVOCH OHROZUJÚCICH ŽIVOT.	6,49	- 1 x za výkon
3458	VERBÁLNA INTERVENCIA PRI PSYCHOSOMATICKÝCH ŤAŽKOSTIACH U PACIENTA S NÁDOROVÝM OCHORENÍM.	4,79	- v odôvodnených prípadoch, pri naplnení obsahu výkonu a zaznamenaní v dokumentácii - 1x M, - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonmi 3449, 3447
3461	OŠETRENIE DUTINY ÚSTNEJ U ONKOLOGICKÉHO PACIENTA ALEBO U PACIENTA S IMUNODEFICIENTNÝM STAVOM.	3,99	- 1 x za výkon u imobilných pacientov. V Návrhu je potrebné uviesť popis lokálneho nálezu, indikáciu lokálnej liečby a frekvenciu ošetrovania od ošetrojúceho lekára, - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonom 3449
3470	ODBORNÉ OŠETROVATEĽSKE PORADENSTVO ZAMERANÉ NA PREVENCIU ZÁPALOV, DODRŽIAVANIE ZÁSAD SPRÁVNEJ ŽIVOTOSPRÁVY (KOMPETENTNÁ AJ SESTRA).	1,60	- v odôvodnených prípadoch, podľa Návrhu na poskytovanie domácej ošetrovateľskej starostlivosti a po konzultácii s VŠZP - 1 x pre daného pacienta, - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonmi 3396,3392A
3475	PSYCHOFYZICKÁ PRÍPRAVA RODIČKY NA PÔROD.	5,19	- výkon sa akceptuje v prípade indikácie a primeraného zdôvodnenia kapitujúceho gynekológa u poisteniek s obmedzenou hybnosťou a u imobilných poisteniek, ktoré sa nemôžu dostaviť do ambulancie.
3476	STAROSTLIVOSŤ O PACIENTKU V ŠESTONEDELI.	3,99	- výkon sa akceptuje v prípade indikácie a primeraného zdôvodnenia kapitujúceho gynekológa u poisteniek s obmedzenou hybnosťou a u imobilných poisteniek, ktoré sa nemôžu dostaviť do ambulancie
3635A	KONTROLA GLYKÉMIE GLUKOMEROM	0,96	- výkon sa akceptuje v akútnom prípade alebo v individuálne odôvodnených prípadoch, väčšina pacientov a ich príbuzných tento výkon zvládajú sami (zaučení v diabetologickej ambulancii). - výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonom 3434

Kód výkonu	Názov výkonu	Cena výkonu v €	Pravidlá vykazovania a uznávania výkonov
3467	AKÚTNÁ POMOC PRI PREKOTNOM PÔRODE A NÁSLEDNÉ ZABEZPEČENIE PÔRODNÍKA, MAX. 1x PO PÔRODE.	22,34	- výkon sa akceptuje len pri prekotnom pôrode mimo zdravotníckeho zariadenia.
3468	OŠETRENIE NOVORODENCA BEZPROSTREDNE PO PREKOTNOM PÔRODE A OŠETRENIE PUPKA NOVORODENCA, MAX. 1x PO PÔRODE.	7,98	- výkon sa akceptuje len pri prekotnom pôrode mimo zdravotníckeho zariadenia.
3469	SLEDOVANIE KLIENTKY PO PÔRODE VEDENOM MIMO LŮŽKOVÉHO ZDRAVOTNÍCKEHO ZARIADENIA, MERANIE KRVNÉHO TLAKU, PULZU, MAX. 1x PO PÔRODE.	0,96	- výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonom 3407
3474	HYGIENA POŠVY ZA ÚČELOM LIEČEBNÝM.	0,73	- výkon sa akceptuje v prípade indikácie a primeraného zdôvodnenia kapitujúceho gynekológa u poisteniek s obmedzenou hybnosťou a u imobilných poisteniek, ktoré sa nemôžu dostať do ambulancie. 1 x za výkon

Výkony z časti fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie vykonávané výhradne fyzioterapeutmi

Cena za výkon:

Kód výkonu	Názov výkonu	Cena výkonu v €	Pravidlá vykazovania a uznávania výkonov
509a	Mäkké a mobilizačné techniky na chrbtici, periférnych kĺboch a svaloch. Špecializované liečebné výkony s cieľom upraviť funkčnú poruchu v oblasti pohybového systému (špeciálne mäkké techniky, PIR-postizometrická relaxácia, AGR-antigravitačná relaxácia, trakčné techniky, stretch and spray, banky), za jedno ošetrenie	3,51	
512	Individuálna liečebná telesná výchova I. Individuálna LTV zameraná na zvýšenie svalovej sily a zlepšenie rozsahu pohybov s použitím jednoduchých metód. Aplikácia prvkov dýchacej cievnej a kondičnej pohybovej liečby, využitie náradia, závesovej postele, liečebná výchova k sebaistočnosti a podobne	2,07	- výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonmi 520 (samotný výkon Individ. liečebná telesná výchova I. v sebe zahŕňa prvky dýchacej gymnastiky), 513
513	Individuálna liečebná telesná výchova II. Individ. kombinovaná LTV zameraná na niekoľko cieľov, vyžadujúca mimoriadnu fyzickú a psychickú záťaž. Vzhľadom na povahu postihnúť sa vyžaduje kombináciu viacerých postupov a metodík (napr. reedukáciu základných posturálnych funkcií (vertikalizáciu, nácvik transferov, výcvik neurogen. mechúra, výcvik s protézou, nácvik denných činností a pod.), za jedno cvičenie.	3,99	- výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonmi 512
520	Dychová gymnastika. Individuálna dychová gymnastika vrátane podporných ošetrení, trvanie najmenej 10 minút za jednu dychovú gymnastiku.	1,28	- výkon sa neakceptuje v kombinácii s výkonmi 512
522	Špeciálne polohovanie. Odborné preventívne a liečebné polohovanie tela a segmentov končatín s prípadným využitím polohovacích pomôcok	4,63	

- Pri jednorazovom poskytnutí zdravotnej starostlivosti ADOS a pri poskytnutí izolovaných výkonov u pacientov, ktorým sa neposkytuje iná ošetrovateľská starostlivosť prostredníctvom sestry ADOS, poisťovňa nepožaduje dokumentáciu, ktorá je obsahom výkonu 3390 (Prijem pacienta do ADOS a odobratie sesterskej anamnézy), 3393 (Vypracovanie plánu KOS) a 3395 (Vyhodnotenie KOS a záverečná správa) a zároveň neuhrádza výkony 3390, 3393 a 3395 na základe verejného zdravotného poistenia. **V prípade vopred plánovaného podávania infúzií 5 a viac krát a prijatím poistenca do starostlivosti ADOS s realizovaním výkonov 3390, 3393 a zahájením podávania infúzií s následným neočakávaným prerušením z dôvodu úmrtia alebo hospitalizácie poistenca, VŠZP akceptuje vykázané výkony 3390, 3393, ale poisťovňa nebude požadovať dokumentáciu, v ktorej je obsah výkonu 3395 – vyhodnotenie KOS a záverečná správa a zároveň tento výkon neuhrádza.**
- Pri poskytovaní DOS u poistencov s chronickým ochorením, s potrebou ošetrovania rozsiahleho, hlbokého dekubitu alebo rozsiahlou, hlbokou nehojajúcou sa ranou, u ktorých nie je predpoklad vyhojenia do 3 mesiacov a tiež u poistencov,

- u ktorých je indikovaný opakovaný izolovaný výkon odberu krvi v dlhšom časovom intervale ako 3 mesiace, VŠZP akceptuje v týchto prípadoch Návrh na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti na obdobie 6 mesiacov.
- Sestra poskytujúca ošetrovateľskú starostlivosť poistencom poisťovne spĺňa požiadavky Výnosu Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno - technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení, pričom sestra (nie odborný garant), na ktorú sa vzťahuje podmienka 5 ročnej odbornej praxe spĺňa odbornú prax sestry v odboroch, ktoré súvisia s výkonom príslušných pracovných činností zdravotníckeho pracovníka u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.
 - Poskytovateľ je povinný nahlásiť VŠZP kódy všetkých zamestnancov ADOS, ktorí poskytujú zdravotnú starostlivosť s následným vykázaním k úhrade do VŠZP, to znamená kmeňových zamestnancov aj zamestnancov, ktorí poskytujú zdravotnú starostlivosť len v prípade nutnosti zastupovania kmeňového zamestnanca. Zastupujúca sestra musí spĺňať podmienku odbornej spôsobilosti v zmysle Výnosu Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno - technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v znení neskorších predpisov.
 - Poskytovateľ DOS predkladá poisťovni Návrh na poskytovanie domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ďalej len „Návrh“) na tlačíve, ktorého vzor je zverejnený na internetovej stránke poisťovne. Na Návrhu uvedie aktuálne bydlisko pacienta (napr. prechodné). Návrh predkladá spolu s faktúrou za príslušné zúčtovacie obdobie. Povinnou prílohou faktúry sú dávky vykázané podľa platného dátového rozhrania. Na každú sestru poskytujúcu ošetrovateľskú starostlivosť alebo fyzioterapeuta poskytujúceho rehabilitačnú starostlivosť poistencom VŠZP, poskytovateľ zasiela samostatnú dávku, v ktorej je zdravotná starostlivosť vykázaná pod kódom ošetrojúcej sestry alebo fyzioterapeuta prideleným ÚDZS.
 - Návrh musí byť riadne vyplnený, zdôvodnený a potvrdený. Ak poskytovanie DOS navrhuje všeobecný lekár poistenca, Návrh zdôvodní, podpíše a potvrdí pečiatkou iba všeobecný lekár poistenca. Ak poskytovanie DOS navrhuje iný ošetrojúci lekár poistenca, Návrh zdôvodní, podpíše a potvrdí pečiatkou ošetrojúci a všeobecný lekár poistenca.
 - Poisťovňa akceptuje Návrh na poskytovanie DOS na obdobie 3 mesiacov. Ak po 3 mesiacoch zdravotný stav poistenca vyžaduje pokračovanie poskytovania DOS, je potrebný nový Návrh.
 - VŠZP neakceptuje vykázanú ošetrovateľskú starostlivosť prostredníctvom ADOS alebo iného poskytovateľa ošetrovateľskej starostlivosti u poistenca v zmluvnom zariadení sociálnej pomoci.
 - Pri poskytovaní DOS u poistencov s chronickým ochorením, s diagnózou L97 (vred dolnej končatiny) a I83.2. Varikózne žily dolných končatín s vredom a zápalom, poisťovňa akceptuje Návrh na obdobie maximálne 6 mesiacov.
 - Príplatok k ošetrovateľským výkonom u imobilných poistencov, u poistencov s obmedzenou hybnosťou, u poistencov s psychiatrickou diagnózou, u mentálne retardovaných poistencov a u detí do 7 rokov veku je zahrnutý v cene výkonu.
 - Poisťovňa uhrádza výkony špecializačného odboru fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia (ďalej len „FBLR“) č. 509a, 512, 513, 520, 522 poskytované v rámci DOS pri splnení nasledovných podmienok:
 - a) poskytovanie výkonov navrhuje lekár so špecializáciou v odbore FBLR (v zmluvnom vzťahu s poisťovňou). Indikáciu primerane zdôvodní, uvedie frekvenciu a predpokladanú dĺžku poskytovania výkonov,
 - b) výkony FBLR realizuje fyzioterapeut,
 - c) poisťovňa akceptuje Návrh na poskytovanie výkonov špecializačného odboru FBLR najviac na obdobie 3 mesiacov. Ak zdravotný stav poistenca vyžaduje pokračovanie poskytovania DOS, je potrebný nový Návrh, v ktorom ošetrojúci lekár vyhodnotí efektivitu predchádzajúcej starostlivosti a v zdôvodnení uvedie očakávaný efekt pri pokračovaní poskytovania výkonov FBLR,
 - d) u chronických, dlhodobo stabilizovaných stavov poisťovňa uhrádza v prípade potreby ošetrovateľskú rehabilitáciu. V prípade indikácie výkonov FBLR u týchto poistencov, poisťovňa požaduje osobitné zdôvodnenie lekára so špecializáciou v odbore FBLR, s uvedením očakávaného efektu v porovnaní s prínosom ošetrovateľskej rehabilitácie.

Zmluvné strany sa dohodli, že Príloha č. 1 Zmluvy Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti bude počas trvania zmluvy predmetom ďalších rokovaní.

5. Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (SVLZ)

SVLZ - Laboratórne

Kód odbornosti	Špecializačný odbor	Cena bodu v €
024	Klinická biochémia - prevádzka do 24 hod.	0,005169

SVLZ - Zobrazovacie

Špecializačný odbor	Cena bodu v €
Rádiológia - odbornosť 023 - typ ZS 400	0,007303

Maximálne ceny pripočítateľných položiek k výkonom SVLZ:

Maximálne ceny pripočítateľných položiek - filmov a PACS archivácie pri výkonoch v rádiológii (RTG typ ZS 400)

Filmové materiály

Kódové označenie tradičných filmových materiálov		Maximálna cena 1 snímku s DPH v €
FOTO01	Snímok rozmer 3 x 4 (stomatologický)	0,37
FOTO02	Snímok rozmer 15 x 30 (stomatologický)	0,66
FOTO03	Snímok rozmer 18 x 24	0,50
FOTO04	Snímok rozmer 24 x 30	0,83
FOTO05	Snímok rozmer 35 x 35	1,43
FOTO06	Snímok rozmer 30 x 40	1,33
FOTO07	Snímok rozmer 35 x 43	1,73
FOTO08	Snímok rozmer 24 x 30 (pre mamografiu)	1,83
FOTO09	Snímok rozmer 18 x 24 (pre mamografiu)	1,10
FOTO10	Snímok rozmer A4	0,76
FOTO11	Snímok rozmer 14 x 17 inch laser	5,97
FOTO12	Snímok rozmer 8 x 10 inch laser	1,53
FOTO13	Snímok rozmer A3	2,82
FOTO14	Snímok rozmer 13 x 18	0,33
FOTO15	Snímok rozmer 15 x 40	0,76
FOTO16	Snímok rozmer 5 x 7 (axiálna projekcia)	2,32
FOTO17	Snímok rozmer 18 x 43	0,86
FOTO18	Snímok rozmer 20 x 40	0,93

Poskytovateľ vykáže k jednotlivým výkonom rádiológie reálny počet snímkov a kódové označenie použitých snímkov, ktoré použil pri výkone.

PACS archivácia

Úhrada PACS archivácie pri výkonoch v rádiológii vykazovanej v zmysle platného dátového rozhrania je ocenená paušálnou cenou **0,93 €** pri každom realizovanom výkone.

Zmluvné strany sa dohodli, že Príloha č. 1 Zmluvy Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti bude počas trvania zmluvy predmetom ďalších rokovaní.

