

## **Dodatok č. 10**

### **k Zmluve č. 47NSP2000118**

#### **Čl. 1**

#### **Zmluvné strany**

##### **1.1. Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.**

sídlo: Panónska cesta 2, 851 04 Bratislava – mestská časť Petržalka  
zastúpená: 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  
banka: Štátna pokladnica  
číslo účtu:  
zápis: Obchodný register Okresného súdu Bratislava I, odd.: Sa, vložka č. 3602/B  
osoba oprávnená konať vo veci zmluvy: Krajský riaditeľ pre Prešovský kraj  
PhDr. PaedDr. Jaroslav Suchý, MBA  
adresa pobočky: Kúpeľná 5, 080 15 Prešov  
(ďalej len „poisťovňa“)

##### **1.2. Ľubovnianska nemocnica, n.o.**

sídlo: Obrancov mieru 3, 064 01 Stará Ľubovňa  
zastúpená: MUDr. Petrom Bizovským, MPH, riaditeľom  
IČO: 37 886 851  
IČ DPH: SK2022057565  
banka: Všeobecná úverová banka, a.s.  
číslo účtu:  
zápis: Register neziskových organizácií vedený Okresným úradom Prešov,  
registračné číslo: OVVS-119/2005-NO  
identifikátor poskytovateľa: N56229  
(ďalej len „poskytovateľ“)

#### **uzatvárajú**

tento dodatok (ďalej len „dodatok“)  
k Zmluve č. 47NSP2000118 (ďalej len „zmluva“)

#### **Čl. 2**

#### **Predmet dodatku**

Na základe bodu 8.8. zmluvy sa s účinnosťou od 01.01.2019 zmluvné strany dohodli na týchto zmenách zmluvy:

2.1. V Prílohe č. 1 zmluvy – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti, časť A. Ambulantná zdravotná starostlivosť, bod 1. Všeobecná ambulantná starostlivosť a špecializovaná ambulantná starostlivosť v odbore gynekológia a pôrodnictvo, sa podbod 1.1 Všeobecná ambulantná starostlivosť pre dospelých nahrádza nasledovným novým znením:

„1.1 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 €
---------------------------	--------

**IDK na obdobie od 01.01.2019 do 31.03.2019**

pre všetky vekové skupiny	0,81 €
---------------------------	--------

**Cena bodu**

Charakteristika výkonu	Cena bodu v €	Cena za výkon v €
<p><b>Výkon č. 10 – (v počte bodov 180) - Rozbor a plánovanie cielených terapeutických postupov na ovplyvnenie chronických ochorení.</b></p> <p><u>Podmienky úhrady výkonu č. 10:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z..</li> <li>• 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.</li> <li>• Poskytovateľ vykazuje výkon č. 10 pri prevzatí poisťovne s chronickým ochorením a po podpísaní dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v kombinácii s výkonom č. 60.</li> <li>• Výkon bude akceptovaný výlučne v kombinácii s výkonom č. 60 alebo č. H0003 alebo č. H0004 alebo č. H0005.</li> <li>• Úprava alebo zmena terapeutického postupu musí byť zaznamenaná v zdravotnej dokumentácii vrátane zmeny dávkovania zdôvodnenia úpravy medikamentózne liečby.</li> <li>• Akákoľvek úprava terapeutického postupu musí byť v súlade s platnou legislatívou a účelnou farmakoterapiou.</li> </ul>	0,020995	3,78

<p><b>Výkon č. 60 – (v počte bodov 350) - Komplexné vyšetrenie poistenca pri prevzatí dospeléj osoby do zdravotnej starostlivosti ako prvotné komplexné vyšetrenie s vystavením zdravotného záznamu.</b></p> <p><u>Podmienky úhrady výkonu č. 60:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z.,</li> <li>• 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.</li> <li>• Vykázaný výkon č. 60 musí byť súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca.</li> <li>• Kontrola povinného očkovania poistenca.</li> <li>• Kontrola poslednej preventívnej prehliadky poistenca.</li> <li>• Informovaný súhlas pacienta s poskytnutím zdravotnej starostlivosti v súvislosti výkonom č. 60.</li> </ul>	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
<p><b>Výkon č. 5702 – (počet bodov 550) Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie.</b></p> <p><u>Podmienky úhrady výkonu č. 5702:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z..</li> <li>• Zaznamenanie popisu a vyhodnotenia záznamu vrátane popisu EKG krivky v zdravotnej dokumentácii pacienta u všeobecného lekára pre dospelých.</li> <li>• 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.</li> <li>• Vykazovanie u poistenca, za ktorého je hradená kapitačná 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.</li> </ul>	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
<p><b>Výkon č. 5715 – (počet bodov 750) - 24-hodinové monitorovanie tlaku krvi - naloženie a zosnímanie.</b></p> <p><u>Podmienky úhrady výkonu č. 5715</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zaznamenanie výsledku a vyhodnotenia výsledku v zdravotnej dokumentácii poistenca u poskytovateľa.</li> <li>• Výkon môže byť vykázaný v prípade starostlivosti o dospelého pacienta s artériovou hypertenziou v zmysle odborného usmernenia MZ SR.</li> <li>• Vykazovanie výkonov u poistenca, za ktorého je hradená kapitačná platba v zmysle tejto zmluvy.</li> </ul>	0,016597	12,45
<p><b>výkon č. 5716 – (počet bodov 240) - počítačové vyhodnotenie dlhodobého monitorovania tlaku krvi a vyhodnotenie nálezu lekárom.</b></p> <p><u>Podmienky úhrady výkonu č. 5716</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zaznamenanie výsledku a vyhodnotenia výsledku v zdravotnej dokumentácii poistenca u poskytovateľa.</li> <li>• Výkon môže byť vykázaný v prípade starostlivosti o dospelého pacienta s artériovou hypertenziou v zmysle odborného usmernenia MZ SR.</li> <li>• Vykazovanie výkonov u poistenca, za ktorého je hradená kapitačná platba v zmysle tejto zmluvy.</li> </ul>	0,016597	3,98

očkovanie - výkon 252b (počet bodov 70)	0,041	2,87
návšteva - výkon 25, výkon 26 u kapitolovaných 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 nekapitolovaných 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.	nevrátený / 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	<b>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 vyžaduje samostatne s diagnózou, pre ktorú je poistenec plánovaný na operáciu.</b> 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.	13,00 €
H0003	<b>Iniciálne vyšetrenie poistenca s chronickým ochorením.</b> <u>Podmienky úhrady výkonu H0003:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>diferenciálna diagnostika artériovej hypertenzie alebo dyslipidémie v zmysle príslušných odborných usmernení MZ SR na poskytovanie ambulantnej starostlivosti dospelým pacientom s artériovou hypertenziou alebo dyslipidémiou.</li> <li>Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z.</li> <li>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.</li> </ul>	12,00 €

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Za iniciálne vyšetrenie sa považuje stav, keď poistenec v bezprostredne predchádzajúcich 24 mesiacoch nebol sledovaný ani liečený pre arteriálnu hypertenziu alebo dyslipidémiu.</li> <li>• V cene výkonu je zahrnuté komplexné vyšetrenie poistenca, vyhodnotenie laboratórných, doplnkových a pomocných vyšetrení, odporúčenie ďalšej diagnostiky a liečby a stanovenie ďalšieho postupu v zmysle príslušných odborných usmernení MZ SR na poskytovanie ambulantnej starostlivosti dospelým pacientom s arteriálnou hypertenziou alebo dyslipidémiou.</li> <li>• V prípade hodnotenia laboratórných 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.</li> <li>• V prípade laboratórných a zobrazovacích vyšetrení realizovaných iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti alebo realizovaných za účelom iných potrebných vyšetrení, ktorých výsledok bol vo fyziologickom rozmedzí, poisťovňa ich bude akceptovať za podmienky, že neprekročili časový interval odporúčený v príslušnom odbornom usmernení MZ SR, pokiaľ budú zaznamenané v zdravotnej dokumentácii.</li> <li>• Pokiaľ v časovom intervale odporúčenom 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.</li> <li>• 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.</li> </ul>	
<p><b>H0004</b></p>	<p><b>Kontrolné vyšetrenie poistenca s chronickým ochorením.</b></p> <p><u>Podmienky úhrady výkonu H0004:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vykázanie výkonu s príslušnou korektnou diagnózou: <b>arteriálna hypertenzia alebo dyslipidémia</b> jedenkrát za kalendárny rok. V prípade vyššej frekvencie návštev je ďalšia poskytnutá zdravotná starostlivosť uhrádzaná cenou kapitácie.</li> <li>• Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z..</li> <li>• 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 danú diagnózu dispenzarizovaný alebo liečený u lekára – špecialistu, okrem jednorazového vyšetrenia u špecialistu za účelom konzultácie alebo vykonania zobrazovacieho vyšetrenia. <b>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.</b></li> <li>• V cene výkonu je zahrnuté komplexné vyšetrenie poistenca, vyhodnotenie laboratórných 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.</li> <li>• 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.</li> </ul>	<p>12,00 €</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>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 poisťenca. V opačnom prípade výkon H0004 nebude akceptovaný.</i></li> <li>• <i>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.</i></li> <li>• <i>V prípade, ak výsledky laboratórnych alebo zobrazovacích vyšetrení, ktoré všeobecný lekár hodnotí pri kontrolnom vyšetrení, sú staršieho dáta, 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.</i></li> <li>• <i>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.</i></li> </ul>	
<p><b>H0005</b></p>	<p><b>Cielené vyšetrenie pacienta s akútnym hypertenzným stavom</b></p> <p><u>Podmienky úhrady výkonu H0005:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>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.</i></li> <li>• <i>Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z..</i></li> <li>• <i>Za cielené vyšetrenie sa považuje ošetrovanie akútneho hypertenzného stavu. V rámci akútneho hypertenzného stavu je potrebné stabilizovať vitálne funkcie poisťenca, vykonať opatrenia na zabránenie orgánového poškodenia, v prípade potreby zabezpečiť bezpečný transport do cieľového zdravotníckeho zariadenia.</i></li> <li>• <i>V cene výkonu je zahrnuté zistenie anamnestických údajov zameraných na prítomnosť subjektívnych ťažkostí poisťenca 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.</i></li> </ul>	<p>6,00 €</p>
<p><b>H0006</b></p>	<p><b>Stratifikácia kardiovaskulárneho rizika.</b></p> <p><u>Podmienky úhrady výkonu H0006:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Stanovenie stratifikácie kardiovaskulárneho rizika systémom SCORE u pacientov nad 40 rokov podľa platného odborného usmernenia MZ SR.</i></li> <li>• <i>Zdravotná poisťovňa akceptuje výkon jedenkrát ročne k výkonu č. 160 alebo H0003 alebo H0004 s príslušnou diagnózou.</i></li> <li>• <i>Podmienkou úhrady výkonu H0006 je vykávanie pripočítateľnej položky „dosiahnuté skóre“ v dávke 751a platného dátového rozhrania podľa Metodického usmernenia ÚDZS, ktorá je v uvedených vybraných položkách vyplnená nasledovne: v položke č. 13 –PRIPOČÍTATEĽNÁ POLOŽKA – uvedie dosiahnuté skóre v tvare:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ SKOR01 tj nízke riziko alebo SCORE &lt;1%.</li> <li>▪ SKOR02 tj stredné riziko alebo SCORE ≥1% &lt; 5 %</li> <li>▪ SKOR03 tj vysoké riziko alebo SCORE ≥5% a &lt; 10 %</li> <li>▪ SKOR04 tj veľmi vysoké riziko alebo SCORE ≥10%</li> </ul> </li> </ul> <p><i>príčom na 5. a 6. mieste položky je vyjadrenie dosiahnutého skóre.</i></p>	<p>5,00 €</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z..</li> <li>• 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.</li> </ul>	
<b>H0007</b>	<p><b>Kvantitatívne INR vyšetrenie v ambulancii VLD</b>  Kontrolné kvantitatívne vyšetrenie INR z kapilárnej krvi u poistencov pri dlhodobej (minimálne 6 mesiacov) alebo celoživotnej antikoagulačnej liečbe.  Podmienkou úhrady výkonu H0007 je splnenie nasledovných podmienok zo strany PZS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– platný doklad o zakúpení, resp. prenájme prístrojového vybavenia;</li> <li>– potvrdenie o zaškolení výrobcom (dovozcom) prístroja;</li> <li>– prehlásenie o zhode k prístroju (jedná o registráciu prístroja na ŠÚKL);</li> <li>– potvrdenie o odbornej spôsobilosti poskytovateľa (lekára) - absolvovaní kreditovaného kurzu minimálne 4 kredity v rozsahu legislatívne určených kompetencií v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo;</li> <li>– potvrdenie o technickej (kvalitatívnej) kompatibilite prístroja na ambulatnú diagnostiku, resp. doklad o externej kontrole kvality, ktorý nesmie byť starší ako 12 mesiacov.</li> </ul> <p>Poistovňa akceptuje a osobitne nad rámec kapitácie uhrádza výkon vo frekvencii spravidla raz za 2 mesiace u poistenca (maximálne 8x za kalendárny rok).</p> <p>V cene výkonu je zahrnutý odber kapilárnej krvi, vyhodnotenie výsledku, návrh ďalšieho postupu, záznam o prípadnej zmene liečby, termín kontrolného vyšetrenia a poučenie poistenca.</p> <p><u>Výkon nebude akceptovaný:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. pri súčasnom odbere venóznej krvi na laboratórne vyšetrenie;</li> <li>2. ak v kontrolovanom intervale (v rozpätí jedného mesiaca) bolo vyšetrenie INR vykázané zmluvným laboratóriom;</li> <li>3. ak poskytovateľ na požiadanie nepredloží doklad o vykonanej externej kontrole kvality prístroja.</li> </ol>	5,20 €
<b>H0008</b>	<p><b>Stanovenie indexu ABI oscilometrickou metódou</b>  Meranie a vyhodnotenie indexu ABI oscilometrickou metódou na štyroch končatinách pri včasnej diagnóze ischemickej choroby dolných končatín.  Podmienkou úhrady výkonu H0008 je splnenie nasledovných podmienok zo strany PZS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– platný doklad o zakúpení, resp. prenájme prístrojového vybavenia;</li> <li>– potvrdenie o zaškolení výrobcom (dovozcom) prístroja;</li> <li>– prehlásenie o zhode k prístroju (jedná o registráciu prístroja na ŠÚKL)</li> </ul> <p><u>Výkon bude akceptovaný:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. u symptomatických pacientov s podozrením na ischemickú chorobu dolných končatín (ICHDK). Indikácia k výkonu je zaznamenaná v zdravotnej dokumentácii, vrátane ďalšej diferencálnej diagnostiky a terapeutického plánu.</li> <li>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.);</li> <li>3. u všetkých poistencov nad 60 rokov.</li> </ol> <p>Bod 2 a 3 poisťovňa akceptuje a osobitne nad rámec kapitácie uhrádza výkon 1x za 2 roky pri vykázaní preventívnej prehliadky.</p> <p><u>Výkon nebude akceptovaný</u>, ak vyšetrenie výkonu bude vykonané v špecializovanej ambulatnej starostlivosti.</p>	4,50 €

250D	<p><b>Delegovaný odber krvi (odobratie krvi venepunkciou) pri návšteve pacienta v ambulancii VLD.</b></p> <p><u>Podmienkou úhrady výkonu 250D je splnenie nasledovných podmienok zo strany PZS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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,</li> <li>- dodržať podmienky zdravotnej indikácie v zmysle účelného, efektívneho a hospodárneho nakladania s prostriedkami verejných zdrojov.</li> </ul>	1,05 €“
------	---	---------

2.2. V Prílohe č. 1 zmluvy – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti, časť A. Ambulantná zdravotná starostlivosť, bod 2. Špecializovaná ambulantná starostlivosť, podbod 2.1 Špecializovaná ambulantná starostlivosť – vrátane UPS, sa tabuľky s názvom „Cena bodu“ a „IPP k vybraným výkonom“ nahrádzajú nasledovným novým znením:

**„Cena bodu**

výkony z I. časti Zoznamu výkonov okrem výkonov ambulancie UPS	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 €
úhrada vybraných výkonov: - výkon č. 802 – elektroencefalografické vyšetrenie vrátane prípadných provokácií. Výkon môže vykonávať neurológ. o uhrádza sa vo výške zodpovedajúcej 750 bodom. - výkon č. 813 – príplatok k výkonu č. 802 za simultánne elektroencefalografické monitorovanie. o uhrádza sa vo výške zodpovedajúcej 60 bodom. - výkon č. 803 – elektroencefalografické vyšetrenie dieťaťa do skončeného ôsmeho roku života vrátane prípadných provokácií. o výkon zahŕňa aj vyhodnotenie a popis a uhrádza sa vo výške zodpovedajúcej 900 bodom. - výkon č. 804 – elektroencefalografické vyšetrenie po fáze bdenia, prípadne po odvrátení spánku po provokáciách. o výkon môže vykonávať neurológ. Uhrádza sa vo výške zodpovedajúcej 900 bodom.	0,0247 €
výkon č. 765p – odstránenie jedného polypu pomocou vysokofrekvenčnej elektrickej slučky (elektrických klieští - hot biopsy) – preventívny výkon – uhrádza sa vo výške zodpovedajúcej 946 bodom - výkon sa vykazuje s diagnózou Z12.1	0,0247 €
výkony z I. časti Zoznamu výkonov – výkony ambulancie UPS okrem odboru stomatológia	0,025670 €
výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ)	0,008105 €
výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ okrem vybraných výkonov) z časti FYZIATRIA BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA	0,009080 €
výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) vykonávané prístrojovou technikou ULTRAZVUK – USG a FUNKČNÁ DIAGNOSTIKA	0,008473 €
výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) z časti FYZIATRIA BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA s kódmi č.: 509a, 512, 513, 514a, 516, 518, 522, 523a, 530, 531, 532, 533a, 540, 541, 542	0,013166 €
preventívny výkon č. 763P a 763M u gastroenterológa	0,041 €
preventívny výkon č. 760sp, 760sn, 760pp, 760pn, 763sp, 763sn, 763pp a 763pn v odbornosti 001, 010 a 048	0,041 €
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 €

**IPP k vybraným výkonom na obdobie od 01.01.2019 do 31.03.2019**

Kód položky	Individuálna pripočítateľná položka	Cena IPP
IPP1	Individuálna pripočítateľná položka k výkonom: č. 60, 62, 63, 60R, 503, 504, 505	1,17 €
IPP2	Individuálna pripočítateľná položka k výkonom: č. 1544A, 1594, 1240, 820, 822, 825	1,89 €
IPP3	Individuálna pripočítateľná položka k výkonom: č. 3286, 3288, 3306, 3335, 3337, 867, 869, 3351, 3364, 841, 842, 845	3,19 €“



2.3. V Prílohe č. 1 zmluvy – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti, časť A. Ambulantná zdravotná starostlivosť, bod 5. Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (SVLZ) sa doterajšie tabuľky s názvom „SVLZ – zobrazovacie“ a „SVLZ – ostatné“ nahrádzajú nasledovným novým znením:

**„SVLZ – zobrazovacie**

<b>Špecializačný odbor</b>	<b>cena bodu v €</b>
Rádiológia odb. 023 – typ ZS 400	0,007303 <i>platná do 31.03.2019</i>
CT – počítačová tomografia – typ ZS 420 – Klaster 3	0,004114
MR – magnetická rezonancia – typ ZS 421 – Klaster 2	0,004267

**SVLZ – Ostatné**

<b>Špecializačný odbor</b>	<b>Cena bodu v €</b>
výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) z časti FYZIATRIA BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA s kódmi č.: 509a, 512, 513, 514a, 516, 518, 522, 523a, 530, 531, 532, 533a, 540, 541, 542	0,013166
výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ okrem vybraných výkonov) z časti FYZIATRIA BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA	0,009080
Ostatné výkony SVLZ, okrem SVLZ – laboratórne, SVLZ – zobrazovacie a SVLZ – FBLR	0,006971“

2.4. V Prílohe č. 1 zmluvy – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti, časť B.1 Ústavná zdravotná starostlivosť, sa tabuľka s názvom „Cena za ošetrovací deň (OD)“ nahrádza nasledovným novým znením:

**„Cena za ošetrovací deň (OD)**

<b>Odbornosť oddelenia</b>	<b>Názov oddelenia</b>	<b>Cena za OD v €</b>
205	<b>Oddelenie dlhodobobo chorých</b> Podmienky úhrady: <ul style="list-style-type: none"> <li>- poisťovňa bude akceptovať úhradu za OD len v prípade, ak bude trvanie hospitalizácie viac ako 10 dní a maximálne 60 dní vrátane,</li> <li>- v prípade trvania hospitalizácie nad 60 dní je možná úhrada OD len na základe žiadosti poskytovateľa a predchádzajúcom súhlase revízneho lekára s miestom výkonu práce v sídle miestnej príslušnej pobočky VŠZP poskytovateľa. Tlačivo „Žiadosť o predĺženie poskytovania ústavnej ZS v LDCH/ODCH“ je zverejnené na stránke <a href="http://www.vszp.sk">www.vszp.sk</a>,</li> <li>- v prípade, že bude trvanie hospitalizácie 10 a menej dní, bude uhradená cena OD vo výške 50 %, okrem ukončenia hospitalizácie exitom pacienta alebo neodkladným prekladom pacienta na iné pracovisko/oddelenie</li> <li>- v cene OD sú zahrnuté náklady za rehabilitáciu poskytovanú na lôžku pacienta</li> </ul>	73,50

2.5. V Prílohe č. 1 zmluvy – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti, časť B.1 Ústavná zdravotná starostlivosť, sa tabuľka s názvom „Cena za ukončenú hospitalizáciu (UH)“ nahrádza nasledovným novým znením:

**„Cena za ukončenú hospitalizáciu (UH)**

<b>Odbornosť oddelenia</b>	<b>Názov oddelenia</b>	<b>Cena za UH v €</b>
001	vnútorné lekárstvo	761,00
004	neuroológia	744,00
007	pediatria	638,00
009	gynekológia a pôrodnictvo	678,00
010	chirurgia	827,00
025	OAİM	2 847,00
051	neonatológia	539,00
625	JIS centrálna	761,00

2.6. V Prílohe č. 1 zmluvy – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti, časť B.1 Ústavná zdravotná starostlivosť, časť s názvom „Cena za ukončenú hospitalizáciu, ošetrovací deň v ústavnej zdravotnej starostlivosti“, bod I. Podmienky akceptácie a úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti, sa bod 30. nahrádza nasledovným novým znením:

„30. Postup pri schvaľovaní a uhrádzaní mimoriadne finančne náročnej zdravotnej starostlivosti (ďalej aj len „MFNZS“) – finančne nákladných liekov v ÚZZ:

a. Poistovňa považuje za MFNZS podanie lieku, ktorý sa nenachádza medzi pripočítateľnými položkami v Katalógu prípadových paušálov platnom pre príslušný kalendárny rok, ako jedinej terapeutickéj alternatívy, ktorá bola použitá v súlade so súhrnom charakteristických vlastností lieku (SPC) a súčasne s indikačnými a preskripčnými obmedzeniami podľa aktuálneho Zoznamu kategorizovaných liekov. Poskytovateľ môže požiadať o úhradu MFNZS, ak náklady na podanie jedného lieku alebo skupiny liekov prevýšia sumu vypočítanú ako násobok dvojnásobku efektívnej relatívnej váhy konkrétneho hospitalizačného prípadu a základnej sadzby poskytovateľa platnej pre daný kalendárny rok. Ak je pri poskytovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti pacient hospitalizovaný na viacerých oddeleniach, uvedený postup sa vzťahuje na oddelenie, ktoré liečbu indikovalo. Požiadavku na úhradu si môže uplatniť poskytovateľ až po ukončení hospitalizácie.

b. Poskytovateľ zasiela žiadosť o úhradu MFNZS Generálnemu riaditeľstvu poisťovne - Sekcii nákupu zdravotnej starostlivosti na osobitnom tlačive uverejnenom na internetovej stránke poisťovne, ktorá je potvrdená podpisom a odtlačkom pečiatky vedúceho lekára lôžkového zariadenia a odtlačkom pečiatky a podpisom riaditeľa ÚZZ. Neoddeliteľnou súčasťou žiadosti sú:

- prepúšťacia lekárska správa,
- medicínske zdôvodnenie MFNZS, t.j. podania finančne náročných liekov,
- vyčíslenie nákladov podľa jednotlivých položiek,
- povolenie na použitie lieku vydané MZ SR, ak ide o liek, u ktorého sa vyžaduje povolenie MZ SR na použitie podľa zákona č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- kópia dokladu o nadobudnutí lieku (faktúra od dodávateľa),
- kópie žiadaní z ústavnej lekárne s vyznačením mena a rodného čísla poistenca.“

2.7. V Prílohe č. 1 zmluvy – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti, časť B.2 Klasifikačný systém (DRG), bod 2. Úhrada za Hospitalizačný prípad, sa znenie podbodu 2.3 nahrádza nasledovným novým znením:

„2.3 Základná sadzba pre rok 2019 je ustanovená vo výške 976,00 €.“

2.8. V Prílohe č. 1 zmluvy – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti, časť B.2 Klasifikačný systém (DRG), sa v bode 4. Spôsob vykazovania a fakturácie poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti dopĺňa nový bod 4.3 s nasledovným znením:

„4.3. Poskytovateľ zaradený v systéme vykazovania poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa DRG vykazuje pripočítateľné položky k hospitalizačným prípadom podľa dokumentu „Pripočítateľné položky DRG r. 2019“, ktorý je zverejnený na webom sídle poisťovne ([www.vszp.sk](http://www.vszp.sk)). V prípade, že pripočítateľné položky nebudú poisťovni vykázané spôsobom podľa predchádzajúcej vety, poisťovňou akceptované nebudú.“

2.9. V Prílohe č. 1 zmluvy – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti, časť C. Dopravná služba (DS) – služba súvisiaca s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, sa tabuľka s názvom „Cena za 1 kilometer podľa typu prevozu“ nahrádza nasledovným novým znením:

„Cena za 1 kilometer podľa typu prevozu

Typ prevozu	Stav pacienta	Maximálna cena za 1km
LIEK		0,64 €
INF	chodiaci	0,58 €
	sediaci/ležiaci	0,58 €
DZS	chodiaci	0,58 €
	sediaci/ležiaci	0,60 €
DIAL	chodiaci	0,58 €
	sediaci/ležiaci	0,60 €
DZSP	chodiaci/sediaci/ležiaci	0,90 €
DZSD	chodiaci	0,60 €
	sediaci/ležiaci	0,64 €

DZSZ		0,74 €
APS – tento typ prevozu u dopravcu (DS) je možné zazmluvniť len v prípade písomnej dohody dopravcu s PZS zabezpečujúcim APS		0,62 €

2.10. V Prílohe č. 2 zmluvy – Rozsah zdravotnej starostlivosti, časť II. Maximálny rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti, sa bod 1. Služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti nahrádza nasledovným novým znením:

**„1. Služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti**

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	mesačný zmluvný rozsah v €
800	dopravná služba	22 370,00

2.11. V Prílohe č. 5 zmluvy – Prospektívny rozpočet sa časť II. Výška prospektívneho rozpočtu nahrádza nasledovným novým znením:

**„II. Výška prospektívneho rozpočtu**

Zmluvné strany sa dohodli na výške prospektívneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac nasledovne:

Výška prospektívneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac (v EUR)	Skupiny typov zdravotnej starostlivosti	Rozpočet pre skupiny typov zdravotnej starostlivosti na jeden kalendárny mesiac (v EUR)
<b>831 469,00</b>	Ambulantná zdravotná starostlivosť	89 437,00
	Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky	196 197,00
	Ústavná zdravotná starostlivosť	545 835,00

Zúčtovacím obdobím je jeden kalendárny mesiac.

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

2.12. V Prílohe č. 5 zmluvy – Prospektívny rozpočet, časť III. Vyhodnocovanie prospektívneho rozpočtu, sa tabuľka s tolerančnými pásmami nahrádza nasledovným novým znením:

Tolerančné pásma	
A.	B.
<p><b>+/- 30%</b></p> <p>vo vzťahu k súčtu rozpočtov pre skupiny typov zdravotnej starostlivosti na jeden kalendárny mesiac za hodnotené obdobie</p>	<p><b>+/- 20%</b></p> <p>vo vzťahu k súčtu prospektívnych rozpočtov na jeden kalendárny mesiac za hodnotené obdobie</p>

1.	<p>Pre Ambulantnú zdravotnú starostlivosť do vyhodnocovania vstupuje vypočítaná suma za uznanú zdravotnú starostlivosť podľa podmienok uvedených v Prílohe č. 1 Zmluvy za jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti za hodnotené obdobie (SKUT<sub>AZS</sub>) a súčet rozpočtov pre Ambulantnú zdravotnú starostlivosť na jeden kalendárny mesiac za hodnotené obdobie (PRUZZ<sub>AZS</sub>):</p> <p>SKUT<sub>AZS</sub> / PRUZZ<sub>AZS</sub> - 1</p>	<p>Do výpočtu vstupuje vypočítaná suma za:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>uznanú zdravotnú starostlivosť podľa podmienok uvedených v Prílohe č. 1 Zmluvy za jednotlivé skupiny typov zdravotnej starostlivosti,</li> <li>uznanú zdravotnú starostlivosť so zohľadnením zhodnocovacieho parametra (ZSZHOD) vzťahujúca sa na DRG relevantnú zdravotnú starostlivosť,</li> <li>uznané pripočítateľné položky k hospitalizačným prípadom DRG a</li> <li>uznanú zdravotnú starostlivosť v typoch zdravotnej starostlivosti 200, 210, 400, 420, 421 súvisiacu s hospitalizačnými prípadmi DRG relevantných odborností za hodnotené obdobie,</li> </ul> <p>maximálne do výšky 130 % súčtu rozpočtov pre jednotlivé skupiny typov zdravotnej starostlivosti na jeden kalendárny mesiac za hodnotené obdobie:</p>
2.	<p>Pre Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky do vyhodnocovania vstupuje vypočítaná suma za uznanú zdravotnú starostlivosť podľa podmienok uvedených v Prílohe č. 1 Zmluvy za jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti za hodnotené obdobie (SKUT<sub>SVLZ</sub>) a súčet rozpočtov pre Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky na jeden kalendárny mesiac za hodnotené obdobie (PRUZZ<sub>SVLZ</sub>):</p> <p>SKUT<sub>SVLZ</sub> / PRUZZ<sub>SVLZ</sub> - 1</p>	<p>SKUT<sub>AZS</sub> = &lt; 0 ; 1,3 * PRUZZ<sub>AZS</sub> &gt;  SKUT<sub>SVLZ</sub> = &lt; 0 ; 1,3 * PRUZZ<sub>SVLZ</sub> &gt;  SKUT<sub>NON-DRG</sub> + SKUT<sub>DRG</sub> - SKUT<sub>AZS-DRG</sub> - SKUT<sub>SVLZ-DRG</sub> = &lt; 0 ; 1,3 * PRUZZ<sub>ÚZS</sub> &gt;</p> <p>nasledovne:</p>
3.	<p>Pre Ústavnú zdravotnú starostlivosť do vyhodnocovania vstupuje:</p> <p>3.1. vypočítaná suma za uznanú zdravotnú starostlivosť podľa podmienok uvedených v Prílohe č. 1 Zmluvy za jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti pre DRG nerelevantné odbornosti za hodnotené obdobie (SKUT<sub>NON-DRG</sub>);</p> <p>3.2. vypočítaná suma za:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>uznanú zdravotnú starostlivosť podľa podmienok uvedených v Prílohe č. 1 Zmluvy za jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti pre DRG relevantné odbornosti,</li> <li>uznanú zdravotnú starostlivosť so zohľadnením zhodnocovacieho parametra (ZSZHOD) vzťahujúca sa na DRG relevantnú zdravotnú starostlivosť a</li> <li>uznané pripočítateľné položky k hospitalizačným prípadom DRG za hodnotené obdobie (SKUT<sub>DRG</sub>);</li> </ul> <p>3.3. vypočítaná suma za uznanú zdravotnú starostlivosť v typoch zdravotnej starostlivosti 200, 210, 400, 420, 421 poskytovateľovi a iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti súvisiacu s hospitalizačnými prípadmi DRG relevantných odborností za hodnotené obdobie (SKUT<sub>AZS-DRG</sub> a SKUT<sub>SVLZ-DRG</sub>);</p> <p>3.4. súčet rozpočtov pre Ústavnú zdravotnú starostlivosť na jeden kalendárny mesiac za hodnotené obdobie (PRUZZ<sub>ÚZS</sub>);</p> <p>nasledovne:</p>	<p>(SKUT<sub>AZS</sub> + SKUT<sub>SVLZ</sub> + SKUT<sub>NON-DRG</sub> + SKUT<sub>DRG</sub> - SKUT<sub>AZS-DRG</sub> - SKUT<sub>SVLZ-DRG</sub>) / (PRUZZ<sub>AZS</sub> + PRUZZ<sub>SVLZ</sub> + PRUZZ<sub>ÚZS</sub>) - 1</p>

<p> <math display="block">\frac{(\text{SKUT}_{\text{NON-DRG}} + \text{SKUT}_{\text{DRG}} - \text{SKUT}_{\text{AZS-DRG}} - \text{SKUT}_{\text{SVLZ-DRG}})}{\text{PRUZZ}_{\text{ÚZS}} - 1}</math> </p> <p>pričom:</p> <p> <math display="block">\text{SKUT}_{\text{DRG}} = (\text{CM}_{\text{SKUT}} * \text{ZS}_{20\text{XX}}) + (\text{CM}_{\text{SKUT}} * \text{ZS}_{\text{ZHOD}}) + \text{PP}_{\text{DRG}}</math> </p> <p> <math display="block">\text{CM}_{\text{SKUT}} = \sum_{i=1}^n \text{ERV}_i</math> </p> <p> <math>\text{ZS}_{2019}</math> = základná sadzba pre kalendárny rok 2019 po konvergencii </p> <p> <math>\text{ZS}_{\text{ZHOD}}</math> = zhodnocovací parameter ako doplnok k <math>\text{ZS}_{2019}</math> pre potreby hodnotenia čerpania PRUZZ </p> <p> <math>\text{ZS}_{\text{ZHOD}} = 110</math> </p> <p> <math>\text{PP}_{\text{DRG}} = \sum</math> cien pripočítateľných položiek k hospitalizačným prípadom DRG relevantných odborností </p>	
---	--

### ČI. 3 Záverečné ustanovenia

- 3.1. 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.
- 3.2. Súhlas s obsahom dodatku vyjadria zástupcovia zmluvných strán svojim podpisom na dodatku.
- 3.3. Tento dodatok je vyhotovený v dvoch rovnopisoch, z ktorých každý sa považuje za originál. Každá zmluvná strana obdrží jeden rovnopis dodatku.

V Prešove dňa

Za poskytovateľa:

Za poisťovňu:

.....  
MUDr. Peter Bizovský, MPH  
riaditeľ  
Ľubovnianska nemocnica, n.o.

.....  
PhDr. PaedDr. Jaroslav Suchý, MBA  
krajský riaditeľ pre Prešovský kraj  
Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.