

Dodatok č. 39

k Zmluve č. 06OPLK000112

Čl. 1

Zmluvné strany

1. Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

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

Štatutárny orgán: Mgr. Miroslav Kočan, predseda 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: Ing. Norbert Kročan,

Krajský riaditeľ pre Nitriansky kraj

Kontaktná adresa: Mostná 58, 949 01 Nitra

Bankové spojenie: Štátna pokladnica

Číslo účtu: SK76 8180 0000 0070 0018 2387

(ďalej len „poisťovňa“)

a

2. Mestská poliklinika

so sídlom: SNP 2, 942 18 Šurany

Zastúpený: Ing. Miroslava Križanová, riaditeľka

Identifikátor poskytovateľa: P81753

IČO: 35 606 347

Bankové spojenie: Všeobecná úverová banka, a.s.

Číslo účtu: SK13 0200 0000 0000 2073 3172

(ďalej len „poskytovateľ“)

uzatvárajú

tento dodatok k Zmluve č. 06OPLK000112 (ďalej len „zmluva“)

Čl. 2

Predmet dodatku

Na základe Čl. 7 - Záverečné ustanovenia bod 7 zmluvy sa zmluvné strany s účinnosťou od **01.07.2018** dohodli na týchto zmenách zmluvy:

1. V Čl. 7 zmluvy – Záverečné ustanovenia, sa znenie bodu 1. nahrádza nasledovným znením:

„1. Zmluva sa uzatvára na dobu určitú do 31.03.2019.“

1. Príloha č. 1 – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti sa predlžuje do 31.12.2018.
2. Príloha č. 1 – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti sa nahrádza novým znením, ktoré tvorí prílohu č. 1 tohto dodatku.
3. Príloha č. 2 – Rozsah zdravotnej starostlivosti sa predlžuje do 31.12.2018.
4. V prílohe č. 2 – Rozsah zdravotnej starostlivosti sa časť II. Maximálny rozsah zdravotnej starostlivosti nahrádza nasledovným znením:

„II. MAXIMÁLNY ROZSAH ÚHRADY ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Maximálny rozsah úhrady je určený výškou alebo spôsobom výpočtu úhrady za zdravotnú starostlivosť poskytnutú v zúčtovacom období, ktorým je kalendárny mesiac.

1. Špecializovaná ambulantná starostlivosť od 01.01.2019

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	mesačný zmluvný rozsah
200	Špecializovaná v odbornosti vnútorné lekárstvo, pneumológia a ftyzeológia, neurológia, psychiatria, chirurgia, ortopédia, otorinolaryngológia, oftalmológia, dermatovenerológia, FBLR, hematológia a transfuziológia, gastroenterológia, diabetológia, klinická logopédia, klinická psychológia	43 989,00 EUR

5. V prílohe č. 2 – Rozsah zdravotnej starostlivosti sa časť III. Maximálny rozsah zdravotnej starostlivosti nahrádza nasledovným znením:

„III. úhrada nad maximálny rozsah zdravotnej starostlivosti

1. V type zdravotnej starostlivosti 200 a 210 sa nad maximálny rozsah zdravotnej starostlivosti v zmysle časti II tejto prílohy hradí poskytovateľom vykázaná a poisťovňou uznaná zdravotná starostlivosť, ktorej cena a podmienky úhrady sú uvedené v prílohe č. 1 tejto zmluvy. Maximálny zmluvný rozsah v zmysle predchádzajúcej vety sa teda na poskytovateľa nevzťahuje. Uvedené platí pre obdobie od 01.07.2018 do 31.12.2018.
2. Kapitácia.
3. Preventívne zdravotné výkony a ostatné zdravotné výkony vo všeobecnej ambulantnej starostlivosti uvedené v Prílohe č. 1 k zmluve „Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti“.
4. Preventívne zdravotné výkony a zdravotné výkony, ktoré sú súčasťou preventívnej prehliadky v špecializovanej ambulantnej starostlivosti.
5. **Zubno-lekárské výkony vrátane stomatoprotetiky.**
6. Preventívne zdravotné výkony v stomatológii č. D02, D02a, D06. Poisťovňa neuhrádza zdravotné výkony v základnom prevedení v súvislosti so zubným kazom u poistenca, ktorý v predchádzajúcom kalendárnom rok neabsolvoval preventívnu prehliadku.
7. Zdravotné výkony v stomatológii č. D01 a D05.
8. Lieky, okrem liekov pri mimotelovej eliminačnej liečbe a liekov podávaných v stacionároch s výnimkou psychiatrického stacionára, so symbolom úhrady „A“ zaradené do zoznamu liekov podľa osobitného predpisu, pokiaľ tieto budú preukázateľne nadobudnuté v súlade so všeobecne záväznými predpismi, v súlade so zákonom č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov, zákonom č. 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov, zákonom č. 147/2001 Z. z. o reklame, zákonom č. 18/1996 Z. z. o cenách, zákonom č. 431/2002 Z. z. o účtovníctve a súvisiacich predpisoch a vykázané v súlade s platným Metodickým usmernením Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou lieky so symbolom úhrady „A“ zaradené do zoznamu liekov podľa osobitného predpisu.
9. Výkony zdravotnej starostlivosti poskytované poistencom členských štátov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska cudzincom zo štátov, s ktorými má SR uzavreté medzištátne dohody,

- bezdomovcom a poistencom podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov, uhrádzané formou platby za výkon.
10. Individuálna pripočítateľná položka (IPP).“

Čl. 3

Prechodné ustanovenia

1. Zmluvné strany sa v súvislosti s Čl. 2 bod 4 a 5 tohto dodatku dohodli na nasledovných podmienkach:
 - 1.1. V priebehu mesiaca november alebo december roku 2018 je poisťovňa oprávnená vykonať analýzu priemerných nákladov na jedno unikátne rodné číslo poistencov (ďalej ako: „URČ“), ktorým bola v období od 01.07.2018 poskytovateľom poskytnutá zdravotná starostlivosť.
 - 1.2. V prípade, že poisťovňa identifikuje relevantnú zmenu nákladov na jedno URČ, v porovnaní s nákladmi na URČ do 30.06.2018, je oprávnená vyvolať rokovanie s poskytovateľom, obsahom ktorého bude dohoda o navrátení k maximálnemu zmluvnému rozsahu uvedenému v časti II prílohy č. 2 tejto zmluvy v jednej z nasledujúcich alternatív:
 - 1.2.1. Zvýšenie maximálneho zmluvného rozsahu z dôvodu preukázateľného zlepšenia dostupnosti zdravotnej starostlivosti pre poistencov poisťovne.
 - 1.2.2. Zníženia maximálneho zmluvného rozsahu z dôvodu preukázateľného zhoršenia dostupnosti zdravotnej starostlivosti pre poistencov poisťovne.
 - 1.2.3. Ponechanie maximálneho zmluvného rozsahu vo výške platnej do 30.06.2018.
 - 1.3. Doučtovanie zdravotných výkonov realizovaných poskytovateľom v type zdravotnej starostlivosti 200 a 210 za obdobie od 01.07.2018 do 31.12.2018, nebude v zmysle Čl. 6 tejto zmluvy vykonané.

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 Nitre dňa 29.06.2018

Za poskytovateľa:

Za poisťovňu:

**Príloha č. 1
k Zmluve č. 06OPLK000112**

**Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti
od 01.07.2018 do 31.12.2018**

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.

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.

Poskytovatelia sú povinní na základe informácie poisťovne (chybový protokol) riešiť konflikty vzájomnou dohodou. 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 kapitovaných poistencov a poistencov EÚ, ktorí majú nárok na úhradu zdravotnej starostlivosti v plnom rozsahu v zmysle platnej legislatívy, ak nie je v tabuľke uvedené inak.

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 kapitovaného 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

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 predchádzajúce 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 dospelých (typ ZS 101)		
P.č.	Ukazovateľ	Spôsob výpočtu hodnoty ukazovateľa
1.	Priemerný počet návštev na kapítovaného poistenca	podiel počtu návštev kapítovaných poistencov a celkového počtu kapítovaných 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)

Všeobecné lekárstvo pre deti a dorast (typ ZS 102)		
P.č.	Ukazovateľ	Spôsob výpočtu hodnoty ukazovateľa
1.	Priemerný počet návštev na kapítovaného poistenca	podiel počtu návštev kapítovaných poistencov a celkového počtu kapítovaných 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)

Gynekológia a pôrodníctvo (typ ZS 103)		
P.č.	Ukazovateľ	Spôsob výpočtu hodnoty ukazovateľa
1.	Priemerný počet návštev na kapítovaného poistenca	podiel počtu návštev kapítovaných poistencov a celkového počtu kapítovaných 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)

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 zoradí 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 dospelých					
P.č.	Ukazovateľ	Plnenie ukazovateľa			Váha splneného ukazovateľa v %
		Dolné pásmo	Stredné pásmo	Horné pásmo	
1.	Priemerný počet návštev na kapítovaného 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

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 kapítovaného 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
----	---	---------	---------	-----------	----

Gynekológia a pôrodnictvo					
P.č.	Ukazovateľ	Plnenie ukazovateľa			Váha splneného ukazovateľa v %
		Dolné pásmo	Stredné pásmo	Horné pásmo	
1.	Priemerný počet návštev na kapítovaného 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

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 povinností 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 dospelých				
Ukazovateľ	Plnenie ukazovateľa		Hodnotené obdobie	Váha splneného ukazovateľa v %
	Predpísaných menej ako 80 %	Predpísaných aspoň 80%		
Priemerné predpisovanie lekárske predpisy prostredníctvom programu E-recept	nesplnený	splnený	Jednotlivé kalendárne štvrťroky	10

Všeobecné lekárstvo pre deti a dospelých				
Ukazovateľ	Plnenie ukazovateľa		Hodnotené obdobie	Váha splneného ukazovateľa v %
	Predpísaných menej ako 80 %	Predpísaných aspoň 80%		
Priemerné predpisovanie lekárske predpisy prostredníctvom programu E-recept	nesplnený	splnený	Jednotlivé kalendárne štvrťroky	10

Gynekológia a pôrodnictvo				
Ukazovateľ	Plnenie ukazovateľa		Hodnotené obdobie	Váha splneného ukazovateľa v %
	Predpísaných menej ako 80 %	Predpísaných aspoň 80%		
Priemerné predpisovanie lekárske predpisy prostredníctvom programu E-recept	nesplnený	splnený	Jednotlivé kalendárne štvrťroky	10

Špecializovaná 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 - VLD	Hodnota premennej
Základ pre výpočet výslednej IDK	0,65 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 31.12.2018. 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
0,65	0,44	0,51	0,70	0,77
Výpočet:	$0,65 \cdot 68\%$	$0,65 \cdot (68\% + 10\%)$	$0,65 \cdot 68\% + 0,26$	$0,65 \cdot (68\% + 10\%) + 0,26$

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

Koeficient preventívnej starostlivosti

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

Za kapítovaného poistenca sa v špecializačných odboroch Všeobecné lekárstvo pre dospelých a Gynekológia a pôrodnictvo pre potrebu stanovenia KPS považuje ten poistenec, 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 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 dospelých	nie

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 s 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 pobočke poisťovni elektronickou formou.

Výpočet ceny IDK

Premenné vstupujúce do výpočtu výslednej IDK pre všetky vekové skupiny - VLDD	Hodnota premennej
Základ pre výpočet výslednej IDK	0,65 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 31.12.2018. Každú zmenu hodnotiaceho parametru UKoL, výšku IDK a kalendárne obdobie jej úhrady poisťovnía 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
0,65	0,39	0,45	0,65	0,71
Výpočet:	$0,65 * 60\%$	$0,65 * (60\%+10\%)$	$0,65 * 60\% + 0,26$	$0,65 * (60\%+10\%)+0,26$

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

Koeficient preventívnej starostlivosti

Koeficient preventívnej starostlivosti (ďalej aj ako „KPS“) vyjadruje akým percentom sa na celkovom počte kapítovaných poistencov podieľali tí poistenci, 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 kapítovaného 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 %

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

Pre účely nového zmluvného vzťahu, do skončenia kalendárneho štvrťroka bezprostredne nasledujúceho po ukončenom kalendárnom roku, 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.

Výpočet ceny IDK

Premenné vstupujúce do výpočtu výslednej IDK pre všetky vekové skupiny - GYN	Hodnota premennej
Základ pre výpočet výslednej IDK	0,40 EUR
KEF*	60%
UKoL**	10%
Ordinačné hodiny	0,10 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 31.12.2018. Každú zmenu hodnotiaceho parametru UKoL, výšku IDK a kalendárne obdobie jej úhrady poisťovňa oznámi poskytovateľovi písomne, vždy najneskôr k poslednému dňu aktuálneho kalendárneho štvrťroka.

Gynekológia a pôrodnictvo				
	IDK pásma 1	IDK pásma 2	IDK pásma 3	IDK pásma 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
0,40	0,24	0,28	0,34	0,38
Výpočet:	$0,40 \cdot 60\%$	$0,40 \cdot (60\%+10\%)$	$0,40 \cdot 60\% + 0,1$	$0,40 \cdot (60\%+10\%)+0,1$

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

Koeficient preventívnej starostlivosti

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

Za kapitovaného poistenca sa v špecializačných odboroch Všeobecné lekárstvo pre dospelých a Gynekológia a pôrodnictvo pre potrebu stanovenia KPS považuje ten poistenec, za ktorého bola poskytovateľovi v poslednom ukončenom kalendárnom roku uhradená kapitácia.

Pre potrebu stanovenia KPS sa v špecializačnom odbore Všeobecné lekárstvo pre deti a dorast 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
Gynekológia a pôrodnictvo	157	≥ 38%

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
Gynekológia a pôrodnictvo	nie

Pre účely nového zmluvného vzťahu, do skončenia kalendárneho štvrťroka bezprostredne nasledujúceho po ukončení kalendárneho roku, 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 ambulanciu“, 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 0,10 € 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.

Výpočet ceny IPP

Premenné vstupujúce do výpočtu výslednej IPP 1, IPP 2, IPP 3	Hodnota premennej IPP 1	Hodnota premennej IPP 2	Hodnota premennej IPP 3
Základ pre výpočet výslednej IPP	1,80 EUR	2,90 EUR	4,90 EUR
KEF* - všetky špecializačné odbory ŠAS (typ ZS 200 a 210)	30%	30%	30% (50%) ***
UKoL**	20%	20%	20% (0%) ****

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

**Hodnota UKoL je vo výpočte výslednej IPP aplikovaná bez ohľadu na reálne plnenie ukazovateľa kooperatívnosti liečby do 31.12.2018. Každú zmenu hodnotiaceho parametru UKoL, výšku IPP a kalendárne obdobie jej úhrady poisťovňa oznámi poskytovateľovi písomne, vždy najneskôr k poslednému dňu aktuálneho kalendárneho štvrťroka.

*** Hodnota KEF pri IPP3 v odboroch klinická logopédia a klinická psychológia je 50%

**** Hodnota UKoL pri IPP3 v odboroch klinická logopédia a klinická psychológia sa neuplatňuje

Špecializovaná ambulantná starostlivosť - IPP 1, IPP 2		
	IPP pásmo 1	IPP pásmo 2

1
Mm

	Základ pre výpočet výslednej IPP 1 v eurách	Výsledná IPP 1 - prepočet cez KEF v eurách	Výsledná IPP 1 - prepočet cez KEF + UKoL v eurách
	1,80	0,54	0,90
Výpočet		$1,80 * 30\%$	$1,80 * (30\%+20\%)$

		IPP pásma 1	IPP pásma 2
	Základ pre výpočet výslednej IPP 2 v eurách	Výsledná IPP 2 - prepočet cez KEF v eurách	Výsledná IPP 2 - prepočet cez KEF + UKoL v eurách
	2,90	0,87	1,45
Výpočet		$2,90 * 30\%$	$2,90 * (30\%+20\%)$

Poskytovateľ sa v zmysle plnenia jednotlivých zmluvných podmienok upravujúcich IPP v príslušnom špecializačnom odbore nachádza v jednom z dvoch pásiem IPP.

Špecializovaná ambulantná starostlivosť - IPP 3 s výnimkou odborov klinická logopédia a klinická psychológia			
		IPP3 pásma 1	IPP3 pásma 2
	Základ pre výpočet výslednej IPP 3 v eurách	Výsledná IPP 3 - prepočet cez KEF v eurách	Výsledná IPP 3 - prepočet cez KEF + UKoL v eurách
	4,90	1,47	2,45
Výpočet		$4,90 * 30\%$	$4,90 * (30\%+20\%)$

Poskytovateľ sa v zmysle plnenia jednotlivých zmluvných podmienok upravujúcich IPP v príslušnom špecializačnom odbore nachádza v jednom z dvoch pásiem IPP, s výnimkou odborov klinická logopédia a klinická psychológia.

Špecializovaná ambulantná starostlivosť - IPP 3 odbory klinická logopédia a klinická psychológia		
		IPP pásmo 1*
	Základ pre výpočet výslednej IPP 3 v eurách	Výsledná IPP 3 - prepočet cez KEF v eurách
	4,90	2,45
Výpočet		4,90 * 50%

*v odboroch klinická logopédia a klinická psychológia sa plnenie parametru UKoL nezohľadňuje.

Tabuľka výslednej IPP k vybraným výkonom na obdobie od 1.7.2018 do 31.12.2018

Kód položky	Individuálna pripočítateľná položka	Cena IPP
IPP1	Individuálna pripočítateľná položka k výkonom: č. 60, 62, 63, 60R, 503, 504, 505	0,90 €
IPP2	Individuálna pripočítateľná položka k výkonom: č. 1544A, 1594, 1240, 820, 822, 825	1,45 €
IPP3	Individuálna pripočítateľná položka k výkonom: č. 3286, 3288, 3306, 3335, 3337, 867, 869, 3351, 3364, 841, 842, 845	2,45 €

1. Všeobecná ambulantná starostlivosť

1.1. Všeobecná ambulantná starostlivosť pre dospelých:

Cena kapitácie

do 19 rokov vrátane	2,58 €
od 20 do 28 rokov vrátane	2,03 €
od 29 do 39 rokov vrátane	2,03 €
od 40 do 44 rokov vrátane	2,07 €
od 45 do 49 rokov vrátane	2,12 €
od 50 do 54 rokov vrátane	2,19 €
od 55 do 59 rokov vrátane	2,30 €
od 60 do 64 rokov vrátane	2,43 €
od 65 do 69 rokov vrátane	2,54 €
od 70 do 74 rokov vrátane	2,66 €
od 75 do 79 rokov vrátane	2,77 €
od 80 do 84 rokov vrátane	3,11 €
od 85 rokov a viac	3,18 €

Základ pre výpočet IDK

pre všetky vekové skupiny	0,65 €
---------------------------	--------

Cena bodu:

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.. • 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 medikamentózneho liečby. • Akákoľvek úprava terapeutického postupu musí byť v súlade s platnou legislatívou a účelnou farmakoterapiou.	0,016597 €
Výkon č. 60 – (v počte bodov 350) - Komplexné vyšetrenie poistenca pri prevzatí dospelého osoby 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.,	0,016597 €

- 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.	
preventívne zdravotné výkony č. 160 v počte 390 bodov	0,04 €
	* 0,041 €
preventívne zdravotné výkony č. 160 v počte 390 bodov v prípade, že poskytovateľ má nárok na zvýhodnenú cenu, na základe dosiahnutej hodnoty KPS	0,044 €
	* 0,045 €
výkon 15P - vyšetrenia EKG pri preventívnej prehliadke poistencov 40 ročných a starších- len spolu s výkonom 160 - výkon zahŕňa zhotovenie a vyhodnotenie EKG záznamu	0,039833 €
Výkon č. 5702 – (počet bodov 550) Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie.	
Podmienky úhrady výkonu č. 5702:	
- 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, na ktorého je hrazená kapitačná platba v zmysle tejto zmluvy. Pri neodkladnej zdravotnej starostlivosti a zároveň EKG vyšetrenie a výsledok vyšetrenia musí byť zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii.	0,007303 €
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. Výkon sa nemôže vykazovať spolu s výkonom 15p	0,007635 €
Výkon č. 5715 – (počet bodov 750) - 24-hodinové monitorovanie tlaku krvi - naloženie a zosnímanie.	
výkon č. 5716 – (počet bodov 240) - počítačové vyhodnotenie dlhodobého monitorovania tlaku krvi a zhodnotenie nálezu lekárom.	
Podmienky úhrady výkonov č. 5715 a č. 5716	0,016597 €
- Zaznamenanie výsledku a vyhodnotenia výsledku v zdravotnej dokumentácii poistenca u poskytovateľa. - Súčasné vykázanie výkonu č. H0003 alebo č. H0004 v zmysle odborného usmernenia MZ SR na poskytovanie zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s arteriálnou hypertenziou. - Vykazovanie výkonov u poistenca, za ktorého je hrazená kapitačná platba v zmysle tejto zmluvy.	
očkovanie - výkon 252b (počet bodov 70)	0,041 €
návšteva - výkon 25, výkon 26 u kapítovaných poistencov	0,016597 €
výkony z I. časti Zoznamu výkonov pre poistencov EÚ, bezdomovcov, cudzincov a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z.	0,018257 €
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	0,006639 €

* 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 troch testovacích papierikov 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 troch testovacích papierikov 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 troch testovacích papierikov 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 / znehodnot ený 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 vykazuje samostatne s diagnózou, pre ktorú je poistenec plánovaný na operáciu. V prípade odoslania poistenca k špecialistovi, najmä kód odbornosti 001 (vnútorné lekárstvo), za účelom vykonania predoperačného vyšetrenia, 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.. - 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 arteriou 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 arteriou hypertenziou alebo dyslipidémiou. - V prípade hodnotenia laboratórnych alebo zobrazovacích vyšetrení pri iniciálnom vyšetrení poisťovňa akceptuje aj vyšetrenia, ktoré neboli realizované	12 €

	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 signifikantne zmenené. V tomto prípade je lekár povinný zaznamenať alebo založiť do zdravotnej dokumentácie všetky výsledky tak, aby bolo zrejmé dátum ich realizácie a výsledok jednotlivých parametrov a jeho vyhodnotenie v rámci diferenciálnej diagnostiky alebo liečebného plánu. • V prípade laboratórných a zobrazovacích vyšetrení realizovaných iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti alebo realizovaných za účelom iných potrebných vyšetrení, ktorých výsledok bol vo fyziologickom rozmedzí, poisťovňa ich bude akceptovať za podmienky, že neprekročili časový interval odporučený v príslušnom odbornom usmernení MZ SR, pokiaľ budú zaznamenané v zdravotnej dokumentácii. • Pokiaľ v časovom intervale odporučenom 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 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. • 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 odporučenom 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. • Pokiaľ je potrebné vykonať ďalšie doplňujúce vyšetrenia potrebné k diagnostike a liečbe pacienta s arteriálnou 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 laboratórných 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 signifikantne zmenené. V tomto prípade je lekár povinný zaznamenať alebo založiť do zdravotnej dokumentácie všetky výsledky, tak aby bolo zrejmé dátum ich realizácie a výsledok jednotlivých parametrov a jeho vyhodnotenie v rámci kontroly a liečebného plánu.	12 €

	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 odporučený 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 pripočítateľnej položky „dosiahnuté skóre“ v dávke 751a platného dátového rozhrania podľa Metodického usmernenia ÚDZS, ktorá je v uvedených vybraných položkách vyplnená nasledovne: v položke č. 13 –PRIPOČÍTATEĽNÁ POLOŽKA – uvedie dosiahnuté skóre v tvare: - SKOR01 tj nízke riziko 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 4. a 5. 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 €

0007	Kvantitatívne INR vyšetrenie v ambulancii VLD Kontrolné kvantitatívne vyšetrenie INR z kapilárnej krvi u poistencov pri dlhodobej alebo celoživotnej liečbe warfarínom. <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 kurzu na LF alebo SZU - potvrdenie o technickej (kvalitatívnej) kompatibilite prístroja na ambulantnú diagnostiku, resp. doklad o externej kontrole kvality, ktorý nesmie byť starší ako 12 mesiacov. Poisťovňa <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, jeho vyhodnotenie 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, ktorý nie je starší ako 12 mesiacov. Akceptovaný doklad externej kvality musí byť vydaný akreditovaným pracoviskom v súlade s platnou legislatívou.	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) Poisťovňa <u>akceptuje</u> a osobitne nad rámec kapitácie uhrádza výkon 1x za 2 roky pri vykázaní preventívnej prehliadky. <u>Výkon bude akceptovaný:</u> 1. u symptomatických pacientov s podozrením na ischemickú chorobu dolných končatin (ICHDK); 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. <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 laboratórných a zobrazovacích vyšetrení zo dňa 10.06.2014 číslo 02032/2014-SZ v platnom znení, - dodržať podmienky zdravotnej indikácie v zmysle účelného, efektívneho a hospodárneho nakladania s prostriedkami verejných zdrojov.	1,05 €

1.2. Všeobecná ambulantná starostlivosť pre deti a dospelých:

Cena kapitácie

do 1 roku	6,63 €
od 1 do 2 rokov vrátane	5,85 €
od 3 do 5 rokov vrátane	5,01 €
od 6 do 9 rokov vrátane	3,37 €
od 10 do 19 rokov vrátane	2,58 €
dorastový lekár	
od 15 do 19 rokov vrátane	2,58 €
od 20 do 28 rokov vrátane	2,03 €

Základ pre výpočet IDK

pre všetky vekové skupiny	0,65 €
---------------------------	--------

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	0,04 € * 0,041 €
preventívny zdravotný výkon č. 160 v počte 390 bodov	0,04 € * 0,041 €
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	0,044 € * 0,045 €
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	0,044 € * 0,045 €
očkovanie - výkon 252b (počet bodov 70)	0,041 €
Výkon č. 10 – (v počte bodov 180) - Rozbor a plánovanie cieľných 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. - Akákoľvek úprava terapeutického postupu musí byť v súlade s platnou legislatívou a účelnou farmakoterapiou.	0,016597 €
Výkon č. 60 – (v počte bodov 350) - Komplexné vyšetrenie poistenca pri prevzatí dieťaťa alebo dospelca 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.	0,016597 €

Handwritten signature

• Informovaný súhlas pacienta s poskytnutím zdravotnej starostlivosti v súvislosti výkonom č. 60.	
výkon č. 67 - (počet bodov 100) – príplatok pri sŕaženom výkone do dovŕšenia piateho roku života pri výkonoch: delegovaný odber alebo výkon očkovania.	0,041 €
<u>Podmienky úhrady výkonu:</u> Kombinácia pri výkonoch pod kódmi 252b alebo 250D s príslušnou diagnózou.	
návšteva - výkon 25, výkon 26 u kapitovaných poistencov	0,016597 €
výkony z I. časti Zoznamu výkonov pre poistencov EÚ, bezdomovcov, cudzincov a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z.	0,018257 €
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	0,006639 €

* 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	Výšetrenie 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 výšetrenie funkčného vývinu so skúškami zodpovedajúcimi veku (vnímavosť, sedenie, lezenie, chôdza) u dojčťa podľa štandardizovanej metódy spolu s dokumentáciou.	Poskytovateľ môže výkon vykazať jedenkrát u dojčťa do dovŕšenia prvého roka života.
952	Kontrolné výšetrenie 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 batolaťa v období od 1 do dovŕšenia 3 rokov dieťaťa.
953	Výšetrenie 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 vykázania jedenkrát za deň na jedno rodné číslo. Výkon môže byť vykazaný lekárom s odbornosťou 007 a 008. Cena zahŕňa náklady na odobratie biologického materiálu a vyhodnotenie výsledku CRP výšetrenia. 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 výšetrenie vrátane odberov krvi, zhodnotenia laboratórnych a prístrojových výšetrení. 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 výšetrenia, zdravotná poisťovňa poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súvislosti s predoperačným výšetrením uhrádza iba cenou kapitácie.	13 €

250D	Delegovaný odber krvi (odobratie krvi venepunkciou) pri návšteve pacienta v ambulancii VLDD.	1,05 €
	Podmienkou úhrady výkonu 250D je splnenie nasledovných podmienok zo strany PZS: - dodržať postup, ktorý ustanovuje Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o postupe objednávaní, vykonávaní a kontroly laboratórných a zobrazovacích vyšetrení zo dňa 10.06.2014 číslo 02032/2014-SZ v platnom znení, - dodržať podmienky zdravotnej indikácie v zmysle účelného, efektívneho a hospodárneho nakladania s prostriedkami verejných zdrojov.	

1.3. Špecializovaná ambulantná starostlivosť v odbore gynekológia a pôrodnictvo:

Cena kapitácie

pre všetky vekové skupiny po dovŕšení 15. roka života	1,23 €
---	--------

Základ pre výpočet IDK

pre všetky vekové skupiny	0,40 €
---------------------------	--------

Cena bodu:

preventívne zdravotné výkony č. 157,102,103**,105 a výkon č. 108***	0,040 €
	* 0,041 €
preventívne zdravotné výkony č. 157,102,103**,105 a výkon č. 108*** v prípade, že poskytovateľ má nárok na zvýhodnenú cenu, na základe dosiahnutej hodnoty KPS	0,044 €
	* 0,045 €
Výkon č. 1070 – (v počte bodov 150) – Kolposkopia	0,040 €
<u>Podmienky úhrady výkonu č. 1070:</u> • Vykazovanie iba v kombinácii s výkonom č. 157.	* 0,041 €
Výkon č. 1070 – (v počte bodov 150) – Kolposkopia - v prípade, že poskytovateľ má nárok na zvýhodnenú cenu, na základe dosiahnutej hodnoty KPS	0,044 €
<u>Podmienky úhrady výkonu č. 1070:</u> Vykazovanie iba v kombinácii s výkonom č. 157.	* 0,045 €
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. <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 s výkonom č. 60.	0,006639 €
Výkon č. 252b – (v počte bodov 70) – Očkovanie	0,041 €
<u>Podmienky úhrady výkonu č. 252b:</u> Očkovacia látka je úplne alebo čiastočne hrazená z verejného zdravotného poistenia, vrátane očkovania proti chrípke pri tehotnej poistencke.	

výkony č. 5303, 5305, 5308 ako súčasť preventívnej prehliadky; výkon č. 5308 „Ultrazvukové vyšetrenie obidvoch prsníkov, axil a regionálnych lymfatických uzlín“ sa vykazuje na základe odbornej spôsobilosti lekára	0,00909 €
výkon č. 5808 v tehotenstve (výkon sa nemôže vykazovať spolu s výkonom č. 108) sa akceptuje z dôvodu zmeny zdravotného stavu, ktorý ohrozuje vývin plodu alebo zdravie matky, vykazuje sa s príslušnou diagnózou pre ktorú bolo vyšetrenie indikované	0,007635 €
výkon č. 118 externé kardiokardiografické vyšetrenie (CTG) – vykazuje sa po 36. týždni tehotenstva s frekvenciou 1 x za týždeň, maximálne 4 x za tehotenstvo	0,019170 €
USG výkony, ktoré nie sú súčasťou preventívnej prehliadky	0,007635 €
výkony z I. časti Zoznamu výkonov pre poistencov EÚ, bezdomovcov, cudzincov a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z.	0,018257 €
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	0,006639 €

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

** - výkon č. 103 „Vyšetrenie a rady počas gravidity s vyhodnotením výsledkov laboratórných vyšetrení so zreteľom na riziká gravidity“ sa vykazuje spravidla jedenkrát za 28 dní a po 36. týždni gravidity jedenkrát za 7 dní ak poistenka je naďalej vo výlučnej starostlivosti vykazujúceho lekára, s diagnózou Z34.0, Z34.8, Z34.9, Z35.0 až Z35.4, Z35.7 až Z35.9

*** - výkon č. 108 ako súčasť preventívnej prehliadky v tehotenstve možno vykázať maximálne 4 krát (výkon sa nemôže vykazovať spolu s výkonom č. 5808) s diagnózou Z34.0, Z34.8, Z34.9

2. Špecializovaná ambulantná starostlivosť

2.1. Špecializovaná ambulantná starostlivosť

Cena bodu:

výkony z I. časti Zoznamu výkonov	0,0228 €
	* 0,0229 €
úhrada vybraných výkonov z I. časti Zoznamu výkonov :	0,0228 €
- 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.	* 0,0229 €
úhrada vybraných výkonov:	
- výkon č. 802 - elektroencefalografické vyšetrenie vrátane prípadných provokácií. Výkon môže vykonávať neurológ.	
o Uhrádza sa vo výške zodpovedajúcej 750 bodom.	0,0228 €
- Výkon č. 813 – príplatok k výkonu č. 802 za simultánne elektroencefalografické monitorovanie.	
o uhrádzaj 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.	* 0,0229 €
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,	0,0228 €
	* 0,0229 €
výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ)	0,007303 €
výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ okrem vybraných výkonov) z časti FYZIATRIA BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA	0,008395 €

výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) vykonávané prístrojovou technikou ULTRAZVUK – USG a FUNKČNÁ DIAGNOSTIKA	0,007635 €
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	0,012173 €
preventívny výkon č. 763P a 763M u gastroenterológa	0,04 €
	* 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.	0,0228 €
	* 0,0229 €

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

Cena za výkon:

Kód výkonu	Charakteristika výkonu	Cena za výkon
250x	Odber venóznej 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

„Cena bodu:“

zubno-lekárske výkony (vrátane čelustnej ortopédie)	0,0824 €
preventívne výkony v stomatológii D02, D02a, D06	0,0824 €

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 skloionomérmeho cementu. Preparácia kavít, tvar kavít prispôbený výplňovému materiálu, odstránenie zmäknutého dentínu zo stien kavít. 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

Pripočítateľné položky k stomatologickým výkonom

Kód výkonu	Kód pripočítateľnej položky	Maximálna cena pripočítateľnej položky v €
D52	RTGIO	0,27
D54	OPG	0,50

3. Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (SVLZ)

3.1. SVLZ - Zobrazovanie

Špecializačný odbor	Cena bodu v €
Rádiológia odb.023 – typ ZS 400	0,007303

Pokiaľ poskytovateľ použije pri poskytovaní SVLZ výkonov v rádiológii špeciálny zdravotnícky materiál (ďalej len „SZM“) uvedený v Zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov (ďalej len „Zoznam kategorizovaných SZM“) alebo nekategorizovaný SZM, poisťovňa uhradí poskytovateľovi cenu vo výške skutočných nadobúdacích nákladov SZM, maximálne však vo výške uvedenej v zmluve, v súlade s indikačnými kritériami. Pokiaľ maximálna cena SZM nie je uvedená v zmluve, uhradí poisťovňa maximálnu cenu uvedenú v Zozname kategorizovaných SZM. Rozdiel medzi cenou, za ktorú poskytovateľ SZM obstaral a cenou, ktorú poisťovňa uhradila, je v cene výkonu alebo v cene ukončenej hospitalizácie.

Maximálne ceny pripočítateľných položiek k výkonom SVLZ:

Maximálne ceny pripočítateľných položiek – filmov pri výkonoch RTG (typ ZS 400)

Maximálne úhrady filmov 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

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

3.2. SVLZ - Ostatné

Špecializačný odbor	Cena bodu v €
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;	0,012173
výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ okrem vybraných výkonov) z časti FYZIATRIA BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA	0,008395