

č. 259/2025/KVSP/Č. 9

Dodatok č. 29

k Zmluve č. 33NSP2000322

Čl. 1 Zmluvné strany

1.1. Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

sídlo: Panónska cesta 2, 851 04 Bratislava – mestská časť Petržalka
zastúpená: Ing. Matúš Jurových, PhD., predseda predstavenstva
Ing. Viktor Očkay, MPH, podpredseda predstavenstva
JUDr. Denisa Slivková, člen predstavenstva
IČO: 35937874
IČ DPH: SK2022027040
banka: Štátna pokladnica
číslo účtu: SK76 8180 0000 0070 0018 2387
zápis: Obchodný register Mestský súd Bratislava III, odd.: Sa, vložka č. 3602/B
osoba oprávnená konať vo veci zmluvy:
Mgr. Ivana Pačková, regionálna riaditeľka oddelenia nákupu zdravotnej starostlivosti Žilina
kontaktná adresa: 1. mája 34, 010 01 Žilina

(ďalej len „poisťovňa“)

1.2. Kysucká nemocnica s poliklinikou Čadca

sídlo: Ul. Palárikova 2311, 022 16 Čadca
zastúpená: Ing. Martinom Šenfeldom, MBA
IČO: 17335469
banka: Štátna pokladnica
číslo účtu: SK69 8180 0000 0070 0047 9818
Identifikátor poskytovateľa: N21149

(ďalej len „poskytovateľ“)

uzatvárajú

tento dodatok (ďalej len „dodatok“)
k Zmluve č. 33NSP2000322 (ďalej len „zmluva“).

Čl. 2 Predmet dodatku

Na základe Čl. 8 zmluvy – Záverečné ustanovenia, bod 8.7., sa zmluvné strany dohodli na týchto zmenách zmluvy:

2.1. V Zmluve sa v Čl. 8 Záverečné ustanovenia bod 8.8. nahrádza nasledovným znením:

„8.8. Neoddeliteľnou súčasťou tejto zmluvy sú:

Prílohy k zmluve	Číslo prílohy	Typ ZS	Platnosť prílohy
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1a	101	31.3.2026
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1b	102	31.3.2026
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1d	200, 201, 210, 302	31.3.2026

Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1e	303	31.3.2026
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1h	222	31.3.2026
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1i	604	31.3.2026
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1j	400, 420, 421	31.3.2026
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1l	300	31.3.2026
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1m	305	31.3.2026
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1o	601, 603	31.3.2026
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1p	701	31.3.2026
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2a	101	31.3.2026
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2b	102	31.3.2026
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2d	200, 201, 210, 302	31.3.2026
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2e	303	31.3.2026
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2h	222	31.3.2026
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2i	604	31.3.2026
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2j	400, 420, 421	31.3.2026
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2l	300	31.3.2026
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2m	305	31.3.2026
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2o	601, 603	31.3.2026
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2p	701	31.3.2026
Kritériá na uzatváranie zmlúv	3		doba neurčitá
Nakladanie s liekmi, zdravotníckymi pomôckami a špeciálnym zdravotníckym materiálom obstaranými poisťovňou	4		doba neurčitá
Všeobecné zmluvné podmienky účinné od 1.7.2022	5		doba neurčitá
Kritériá na uzatváranie zmlúv pre odbor klinická biochémia, laboratórna medicína, klinická imunológia a alergológia a lekárska genetika	6		doba neurčitá

- 2.2. Príloha č. 1a zmluvy – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti sa mení a nahrádza novým znením. Nové znenie Prílohy č. 1a tvorí Prílohu č. 1 tohto Dodatku.
- 2.3. Príloha č. 1b zmluvy – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti sa mení a nahrádza novým znením. Nové znenie Prílohy č. 1b tvorí Prílohu č. 2 tohto Dodatku.
- 2.4. Príloha č. 1d zmluvy – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti sa mení a nahrádza novým znením. Nové znenie Prílohy č. 1d tvorí Prílohu č. 3 tohto Dodatku.
- 2.5. Príloha č. 1l zmluvy – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti sa mení a nahrádza novým znením. Nové znenie Prílohy č. 1l tvorí prílohu č. 4 tohto dodatku.
- 2.6. V Prílohe č. 1e zmluvy – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti, sa v bode 1.1. Urgentný príjem 1. typu cena bodu za výkony z I.časti Zoznamu výkonov nahrádza nasledovnou cenou:

„Cena za body v €

výkony z I. časti Zoznamu výkonov	0,03553"
-----------------------------------	----------

- 2.7. V Prílohe č. 1h zmluvy - Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti – Časť A. Ambulantná zdravotná starostlivosť, sa v Čl. II. Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (ceny), v bode 1. Jednodňová zdravotná starostlivosť (JZS) vypúšťajú nasledovné kódy výkonov:

Pôvodný kód výkonu	DRG kód výkonu	Názov DRG výkonu ZZV	Podmienky vykázania výkonu vyplývajúce z pôvodného pomenovania JZS výkonu	Podmienky schvaľovania / poznámka	Odbornosť pracoviska	Cena v €
8905	5o29a	Implantácia double pigtailu do močových ciest			012	458,00
8905	5o29b	Implantácia stentu do močových ciest			012	458,00
8917	5o421	Excízia karunkuly chorého tkaniva močovej rúry			012	287,00
8631A	5o49a1	Endoskopická submukózna aplikácia látok do močovej rúry u muža			009, 012	1 133,00
8631A	5o49a2	Endoskopická submukózna aplikácia látok do močovej rúry u ženy			009, 012	1 133,00
8900, 8901	5p304	Radikálna orchiektómia s epididymektómiou a odstránením "spermatic cord"			012	504,00
8914, 9315	5p403	Operácia hydrokély semenného povrazca			012, 109	497,00
8914, 9315	5p404	Operácia hydrokély testis			012, 109	497,00
8912	5p412	Excízia spermatokély v oblasti nadsemenníka			012	504,00
8906	8d102	Výmena nefrostomickej cievky			012	403,00
8928	8d117	Dilatácia močovej rúry			012, 109	176,00

- 2.8. V Prílohe č. 1h zmluvy, Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti – Časť A. Ambulantná zdravotná starostlivosť, sa v Čl. II. Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (ceny), v bode 1. Jednodňová zdravotná starostlivosť (JZS) vkladajú nasledovné kódy výkonov:

Pôvodný kód výkonu	DRG kód výkonu 2024	DRG kód výkonu 2025	Názov DRG výkonu ZZV 2025	Podmienky vykázania výkonu vyplývajúce z pôvodného pomenovania JZS výkonu	Podmienky schvaľovania / poznámka	Odbornosť pracoviska	Cena v €
8905	5o29a	5O29D3	Implantácia double pigtailu do močových ciest			012	458,00
8905	5o29b	5O29D4	Implantácia stentu do močových ciest			012	458,00
8917	5o421	5O4201	Excízia karunkuly chorého tkaniva močovej rúry			012	287,00
8631A	5o49a1	5O49D	Endoskopická submukózna aplikácia látok do močovej rúry u muža			009, 012	1 133,00

8631A	5o49a2	5O49E	Endoskopická submukózna aplikácia látok do močovej rúry u ženy			009, 012	1 133,00
8900, 8901	5p304	5P3071	Radikálna orchiektómia s epididymektómiou a odstránením "spermatic cord"			012	504,00
8914, 9315	5p403	5P4030	Operácia hydrokély semenného povrazca			012, 109	497,00
8914, 9315	5p404	5P4032	Operácia komunikujúcej hydrokély			012, 109	497,00
8914, 9315	5p404	5P4031	Operácia hydrokély testis			012, 109	497,00
8906	8D102	8D130	Výmena nefrostomického katétra			012	403,00
8906	8D102	8D131	Vybratie nefrostomického katétra			012	403,00
8928	8d117	8D142	Dilatácia močovej rúry			012, 109	176,00

- 2.9. V prílohe č. 1h zmluvy, Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti – Časť A. Ambulantná zdravotná starostlivosť, sa v Čl. II. Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (ceny), v bode 1. Jednoduchá zdravotná starostlivosť (JZS) z dôvodu úpravy nahrádzajú nasledovné kódy výkonov:

Kód výkonu JZS - platný do 31.12.2022	DRG kód výkonu	Názov DRG výkonu ZZV	Podmienky vykázania výkonu vyplývajúce z pôvodného pomenovania JZS výkonu	Podmienky schvaľovania / poznámka	Odbornosť pracoviska	Cena v €
8929	5p5051	Krvavá repozícia na predkožke pre parafimózu v celkovej anestézii			010, 012, 038, 107, 109	287,00
8929	5p5052	Nekrvavá repozícia na predkožke pre parafimózu v celkovej anestézii			010, 012, 038, 107, 109	287,00
8929	5p506	Uvoľnenie prepuciálnych zrastov na predkožke [synechiolýza]			010, 012, 038, 107, 109	287,00
8929	5p509	Operácie na predkožke, ostatné			010, 012, 038, 107, 109	287,00
8915	5p501	Frenulotómia predkožky			012, 107, 109	327,00
8915	5p504	Frenuloplastika a plastika predkožky			012, 107, 109	327,00

* Poisťovňa uhradí zdravotné výkony s kódom 5c271 a kc271 len za predpokladu splnenia kritérií:

1. zúženie zorného poľa na 20 stupňov a menej, doložené perimetrickým vyšetrením
2. MRD1 (vzdialenosť medzi okrajom hornej mihalnice a centrom zrenice) menej ako 2 mm
3. Previs kože pod líniu spojnice karunkuly a vonkajšieho kútika podľa klasifikácie
4. Laterálny pokles - stupeň 3

K dokumentácii bodov 2, 3 a 4 je nutná fotodokumentácia

- 2.10. V Prílohe č. 1p zmluvy, Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti – Časť A. Lekárska starostlivosť, Článok 4: Platobné podmienky, sa názov, Časť D. nahrádza nasledovným znením:

„Časť D. Všeobecné podmienky vykazovania lekárenskej starostlivosti – papierové lekárske predpisy a papierové lekárske poukazy.“

- 2.11. V Prílohe č. 1j zmluvy – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti – Časť A. ambulantná zdravotná starostlivosť, Čl. II Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (ceny), sa bode bod 1.2. „SVLZ- zobrazovacie“ nahrádza novým zmením:

Cena bodu	
Špecializačný odbor	Cena bodu v €
Rádiológia odb. 023 – typ ZS 400 – okrem vybraných skiagrafických RTG výkonov: 5010, 5011, 5012, 5015, 5016, 5020, 5021, 5022, 5023, 5024, 5025, 5030, 5031, 5032, 5033, 5035, 5050, 5051, 5052, 5053, 5056, 5060, 5061, 5062, 5065, 5070, 5071, 5072, 5075, 5076, 5077, 5080, 5081, 5082, 5083, 5090, 5095, 5051R	0,008040
Výkony osteodenzitometrie – typ ZS 400	0,005311

- 2.12. V Prílohe č. 1j zmluvy – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti – Časť A. ambulantná zdravotná starostlivosť, Čl. II Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (ceny), bod 1.3 SVLZ – zobrazovacie – CT, sa nahrádza nasledovným novým zmením:

„SVLZ – zobrazovacie – CT

Cena bodu	
Špecializačný odbor	Cena bodu v €
CT – počítačová tomografia – základná cena od 1.8.2025	0,003830
CT – počítačová tomografia – zvýhodnená cena od 1.8.2025	0,004155

Hodnotiace parametre pre typ ZS 420 – počítačová tomografia				
Parameter	Kritérium splnenia	Pásmo plnenia	Váha	Plnenie
Dostupnosť	Poskytovateľ na pracovisku počítačovej tomografie poskytuje zdravotnú starostlivosť po celé hodnotené obdobie v rozsahu aspoň 70 hodín týždenne. Pracovisko musí mať reálnu kapacitu lekárov tak, aby vedeli zabezpečiť popis k rozsahu ordinačných hodín. Parameter je splnený v prípade, ak poskytovateľ spĺňa obe podmienky kumulatívne.	Bez pásiem (plní/neplní)	10%	Reálne plnenie poskytovateľa
eZdravie	Poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vedie zdravotnú dokumentáciu v súlade s ustanovením § 19 a nasl. Zákona č. 576/2004 Z. z. a súčasne zasiela údaje zo zdravotnej dokumentácie elektronickou formou do elektronickej zdravotnej knižky (EZK) v rozsahu § 5 Zákona č. 153/2013 Z. z.	Bez pásiem (plní/neplní)	15%	Reálne plnenie poskytovateľa 15% fixne do 31.12.2025 bez ohľadu na reálne plnenie
Resnímkovanie	Podiel duplicitných výkonov vykázaných v rozpätí 45 dní s rovnakou diagnózou na URČ porovnávané na celoslovenský priemer v Hodnotenom období.	Bez pásiem (plní/neplní)	10%	Reálne plnenie poskytovateľa 10% fixne do 30.6.2026 bez ohľadu na reálne plnenie
Priemerná efektívna dávka pacienta (mSv)	Priemerná efektívna dávka pacienta pre daný výkon CT (hlava/hrudník/brucho a panva) na URČ je nižšia v porovnaní na celoslovenskú referenčnú hodnotu.	Bez pásiem (plní/neplní)	25%	Reálne plnenie poskytovateľa

				25% fixne do 31.12.2025 bez ohľadu na reálne plnenie
Vek prístroja	Vek prístroja do 10 rokov (vrátane technický upgrade)	Bez pásiem (plní/neplní)	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
Počet fyzických detektorov pozdĺž osi z	64 a viac	Bez pásiem (plní/neplní)	25%	Reálne plnenie poskytovateľa
Spolu			100%	

Proces vyhodnocovania – časový rámec:

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

Poisťovňa na základe údajov zo svojho informačného systému, od poskytovateľa a z Národného centra zdravotníckych informácií vyhodnotí, či poskytovateľ splnil hodnotiace parametre podľa vyššie uvedenej tabuľky.

Hodnotenú obdobie: plávajúci polrok, vždy k 30.6. a 31.12. príslušného roka. Parameter „Resnímkovanie“ plávajúci rok, vždy k 30.6. a 31.12. príslušného roka. Pre parametre „Vek prístroja, Počet fyzických detektorov pozdĺž osi z“ vždy k 31.12. príslušného roka resp. v prípade žiadosti na prehodnotenie od poskytovateľa aj v priebehu Hodnoteného obdobia.

Vyhodnocovacie obdobie: kalendárny štvrťrok, ktorý bezprostredne nasleduje Hodnotenému obdobiu.

Platnosť vyhodnotenia: prvý deň kalendárneho mesiaca, ktorý bezprostredne nasleduje po Vyhodnocovacom období, vždy od 1.4. a 1.10. príslušného roka.

Proces vyhodnocovania parametra „Dostupnosť“, „Vek prístroja“, „Počet fyzických detektorov pozdĺž osi Z“

Hodnotenú obdobie	Vyhodnocovacie obdobie	Platnosť vyhodnotenia
do 20.7.2025	v mesiaci júl 2025	od 1.8.2025 / od 1.10.2025
od 1.8.2025 do 31.12.2025	od 1.1.2026 do 31.3.2026	od 1.4.2026
od 1.1.2026 do 30.6.2026	od 1.7.2026 do 30.9.2026	od 1.10.2026

Proces vyhodnocovania parametrov „eZdravie“, „Priemerná efektívna dávka pacienta (mSv)“

Hodnotenú obdobie	Vyhodnocovacie obdobie	Platnosť vyhodnotenia
od 1.7.2025 do 31.12.2025	od 1.1.2026 do 31.3.2026	od 1.4.2026
od 1.1.2026 do 30.6.2026	od 1.7.2026 do 30.9.2026	od 1.10.2026

Proces vyhodnocovania parametra „Resnímkovanie“

Hodnotenú obdobie	Vyhodnocovacie obdobie	Platnosť vyhodnotenia
od 1.7.2025 do 30.6.2026	od 1.7.2026 do 30.9.2026	od 1.10.2026
od 1.1.2026 do 31.12.2026	od 1.1.2027 do 31.3.2027	od 1.4.2027
od 1.7.2026 do 30.6.2027	od 1.7.2027 do 30.9.2027	od 1.10.2027

Poisťovňa a poskytovateľ sa dohodli, že pri prvom procese vyhodnocovania sú v tabuľkách vymedzené odchýlne dojednania dátumového rozhrania v porovnaní so stanovenou metodikou, avšak dôvodom je, aby metodika týkajúca sa procesu vyhodnocovania časovo korešpondovala s dátumom implementácie hodnotiacich parametrov a zároveň bola v súlade s termínom na predloženie požadovaných dokladov zo strany poskytovateľa. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností platí, že pre ďalšiu aktualizáciu dátumov v tabuľkách nie je potrebné uzatvoriť dodatok k zmluve, nakoľko sa bude postupovať v zmysle časového rámca uvedeného v metodike jednotlivých hodnotiacich parametrov.“

- 2.13. V Prílohe č. 1j, Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti – Časť A. Ambulantná zdravotná starostlivosť, Čl. II Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (ceny), bod 1. Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (SVLZ), sa bod 1.4 SVLZ- zobrazovacie-MR , nahrádza nasledovným znením:

1.4. „SVLZ – zobrazovacie – MR“

1.4.1. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu

Cena bodu		
Špecializačný odbor	Základná cena bodu v €	Zvýhodnená cena bodu v €*
MR – magnetická rezonancia typ ZS 421 – prístroje s magnetickou indukciou pod 1,5T	0,003467	-
MR – magnetická rezonancia typ ZS 421 – prístroje s magnetickou indukciou minimálne 1,5T	0,004232	0,005527

*závisí od splnenia hodnotiacich parametrov pre typ ZS 421 – magnetická rezonancia

Hodnotiace parametre pre typ ZS 421 – magnetická rezonancia					
	Parameter	Kritérium splnenia	Pásmo plnenia parametra	Váha	Plnenie
Inovácie a dostupnosť	Dostupnosť	Poskytovateľ na pracovisku magnetickej rezonancie poskytuje zdravotnú starostlivosť po celé hodnotené obdobie v rozsahu aspoň 70 hodín týždenne. Pracovisko musí mať reálnu kapacitu lekárov tak, aby vedeli zabezpečiť popis k rozsahu ordinačných hodín. Parameter je splnený v prípade, ak poskytovateľ spĺňa obe podmienky kumulatívne.	Bez pásiem (plní/neplní)	10%	Reálne plnenie poskytovateľa Platí výlučne pre kód poskytovateľa: N21149228501
	eZdravie	Poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vedie zdravotnú dokumentáciu v súlade s ustanovením § 19 a nasl. Zákona č. 576/2004 Z. z. a súčasne zasiela údaje zo zdravotnej dokumentácie elektronickou formou do elektronickej zdravotnej knižky (EZK) v rozsahu § 5 Zákona č. 153/2013 Z. z.	Bez pásiem (plní/neplní)	15%	
	Resnímkovanie	Podiel duplicitných výkonov vykázaných v rozpätí 21 dní s rovnakou diagnózou na URČ porovnávané na celoslovenský priemer v Hodnotenom období.	Bez pásiem (plní/neplní)	7%	
Spolu "Inovácie a dostupnosť"				32%	
Technické parametre	Vek prístroja	vek prístroja do 10 rokov (vrátane technický upgrade)	Bez pásiem (plní/neplní)	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
	Sila magnetického poľa	sila prístroja 2,8T a viac	Bez pásiem (plní/neplní)	25%	Reálne plnenie poskytovateľa
	Amplitúda gradientného systému	maximálna dosiahnuteľná amplitúda 45 mT/m a viac	Bez pásiem (plní/neplní)	10%	Reálne plnenie poskytovateľa
	Slew rate gradientného systému	maximálny dosiahnuteľný slew rate 200 T/m/s a viac	Bez pásiem (plní/neplní)	5%	Reálne plnenie poskytovateľa
	Najúžší bod snímanej oblasti (gantry)	najúžší bod snímanej oblasti (gantry) viac ako 65 cm	Bez pásiem (plní/neplní)	5%	Reálne plnenie poskytovateľa

Software (ďalej SW)	Posledná verzia SW (nový/upgrade) nemôže byť staršia viac ako 3 roky	Bez pásiem (plní/neplní)	8%	Reálne plnenie poskytovateľa
Spolu "Technické zabezpečenie"			68%	

Proces vyhodnocovania – časový rámec:

Metodiku a špecifiká aplikované pri výpočte jednotlivých hodnotiacich parametrov je zverejnená na svojom webovom sídle poisťovne.

- 2.14. V Prílohe č. 1j zmluvy – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti – Časť A. ambulantná zdravotná starostlivosť, Čl. II Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (ceny), sa v bode 1.7 Osobitné ustanovenia o spôsobe a podmienkach úhrady vybraných skiagrafických RTG výkonov, tabuľka s názvom „*Tabuľka – Cena bodu pre vybrané skiagrafické RTG výkony a úhrada PACS**“ nahrádza nasledovným novým znením:

Pracovisko		N21149023501			
Typ ZS	Odbornosť	Klaster	Cena bodu v €	Vykazovanie pripočítateľných položiek	
				PACS	FOTO
400	023	3	0,013876	s nulovou cenou	nevykazovať
Pracovisko		N21149023506			
Typ ZS	Odbornosť	Klaster	Cena bodu v €	Vykazovanie pripočítateľných položiek	
				PACS	FOTO
400	023	4	0,0158	s nulovou cenou	nevykazovať

- 2.15. V Prílohe č. 1o zmluvy – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti – Časť A. ambulantná zdravotná starostlivosť, Čl. I Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (ceny), sa bod 1. DRG nerelevantné odbornosti nahrádza nasledovným znením:

1. DRG nerelevantné odbornosti

Ústavná zdravotná starostlivosť poskytnutá poistencovi na oddelení s odbornosťou, ktoré je v zmysle usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „ÚDZS“) vylúčené z vykazovania a úhrad podľa SK-DRG systému (ďalej len „DRG nerelevantné odbornosti“). Úhrada za zdravotnú starostlivosť je stanovená ako cena za ukončenú hospitalizáciu/ošetrovací deň, ktorá je súčasťou Prílohy č. 1o. Maximálny rozsah úhrady za zdravotnú starostlivosť je stanovený v prílohe č. 2o – Rozsah zdravotnej starostlivosti.

Cena za ošetrovací deň (OD)		
Odbornosť oddelenia	Názov oddelenia	Cena za OD v €
193	Dom ošetrovateľskej starostlivosti– ošetrovacie dni Podmienky akceptácie a úhrady: <u>1. poskytuje sa ako ústavná starostlivosť</u> 1.1 po dobu najviac 3 mesiace, 1.2. po dobu najviac 6 mesiacov v prípade osôb v permanentnom vegetatívnom stave alebo osobe terminálnom štádiu choroby, 1.3. po dobu indikácie starostlivosti sa poskytuje osobám v permanentnom vegetatívnom stave s potrebou umelej pľúcnej ventilácie. 2. v prípade potreby poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti na obdobie dlhšie ako je uvedené v bode 1. je možné lehotu predĺžiť na základe žiadosti poskytovateľa a predchádzajúcim súhlasom revízneho lekára s miestom výkonu práce v sídle miestnej príslušnej pobočky VŠZP poskytovateľa. Tlačivo „Žiadosť o predĺženie poskytovania ústavnej zdravotnej starostlivosti v Dome ošetrovateľskej starostlivosti na základe verejného zdravotného poistenia“ je zverejnené na webovej stránke poisťovne.	90,00

- 2.16. V prílohe č. 2j, Rozsah a metodika úhrady zdravotnej starostlivosti, časť II. MAXIMÁLNY ROZSAH ÚHRADY ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI sa nahrádza nasledovným znením:

II. „MAXIMÁLNY ROZSAH ÚHRADY ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

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

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

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	zmluvný rozsah v €
400, 420, 421	Laboratórne, zobrazovacie, počítačová tomografia, magnetická rezonancia - mesačný zmluvný rozsah od 1.7.2025	311 899
400, 420, 421	Laboratórne, zobrazovacie, počítačová tomografia, magnetická rezonancia - polročný zmluvný rozsah	1 871 394

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

- 2.17. Vzhľadom na zvýšený rozsah zdravotnej starostlivosti poskytovanej poskytovateľom v type spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky nehradenej prospektívnym rozpočtom v kalendárnom mesiaci jún r. 2025 sa zmluvné strany dohodli na prechodnom zvýšení hodnoty „Maximálneho rozsahu úhrady zdravotnej starostlivosti nehradenej prospektívnym rozpočtom pre spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky – úhrada zdravotnej starostlivosti formou degresu – zmluvný rozsah“ pre kalendárny mesiac jún r. 2025, v ktorom je zmluvný rozsah v sume 301.414 €. Pre odstránenie akýchkoľvek pochybností sa zmluvné strany dohodli, že toto prechodné zvýšenie sa týka výhradne iba kalendárneho mesiaca jún r. 2025. Zmluvné strany sa dohodli, že za účelom zachovania kontinuity poskytovania a úhrady zdravotnej starostlivosti bude zdravotná starostlivosť poskytnutá poskytovateľom v zmysle tohto ustanovenia do nadobudnutia účinnosti tohto dodatku hradená v súlade s týmto dodatkom.
- 2.18. V Prílohe č. 2o zmluvy, Rozsah a metodika úhrady zdravotnej starostlivosti, v časti A. Rozsah zdravotnej starostlivosti, II. MAXIMÁLNY ROZSAH ÚHRADY ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI – PROSPEKTÍVNY ROZPOČET, sa body 2., 3. a 4. nahrádzajú nasledovným znením:

2. „Výška prospektívneho rozpočtu

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

Tabuľka platná pre obdobie od 1.07.2025 do 31.7.2025:

Výška (PRUZZ) na jeden kalendárny mesiac (v EUR)	Typ ZS
2 390 113	Ústavná zdravotná starostlivosť

Tabuľka platná pre obdobie od 1.8.2025:

Výška (PRUZZ) na jeden kalendárny mesiac (v EUR)	Typ ZS
1 919 630	Ústavná zdravotná starostlivosť

Zúčtovacím obdobím je jeden kalendárny mesiac.

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

3. Výpočet úhrady za ústavnú zdravotnú starostlivosť rozpočtu

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

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

PRUZZ – prospektívny rozpočet

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

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

4. Vyhodnocovanie prospektívneho rozpočtu

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

Termíny vyhodnotenia prospektívneho rozpočtu s finančným zúčtovaním:

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

Vyhodnotenie sa realizuje nasledujúcim postupom:

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

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

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

CM REF	
hodnotené obdobie od 1.1. do 30.6.	4 434,21
hodnotené obdobie od 1.1. do 31.12.	8 584,99

Výsledok vyhodnotenia:		
$\frac{CM_{HODN}}{CM_{REF}}$		
$\geq 98,00\% ; \leq 102,00\%$	$< 98,00\%$	$> 102,00\%$
Neutrálne pásmo – proces finančného zúčtovania sa nerealizuje	Realizácia procesu finančného zúčtovania	Realizácia procesu finančného zúčtovania

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

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

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

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

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

% zúčtovania – vyjadruje % čerpania ako výsledok vyhodnotenia po zohľadnení neutrálneho pásma.

(pozn. na účely vyčíslenia finančného zúčtovania +1,00% čerpania ako výsledok vyhodnotenia predstavuje 0,2% zo súčtu $\sum PRUZZ$ hodnoteného obdobia).

% zúčtovania sa vypočíta nasledovne:

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

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

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

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

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

2.19. V Prílohe č. 2o zmluvy, Rozsah a metodika úhrady zdravotnej starostlivosti, v časti A. Rozsah zdravotnej starostlivosti, III. ÚHRADA NAD MAXIMÁLNY ROZSAH ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI sa nahrádza nasledovným znením:

„ III. ÚHRADA NAD MAXIMÁLNY ROZSAH ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

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

1. Ústavná zdravotná starostlivosť – Mimoriadne finančne náročná zdravotná starostlivosť.
2. Výkony zdravotnej starostlivosti poskytovanej poisťovňou iných členských štátov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska, cudzincom zo štátov, s ktorými má SR uzavreté medzištátne dohody, bezdomovcom a poisťovňou podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.
3. Ústavná zdravotná starostlivosť poskytnutá vo vybraných DRG skupinách vrátane pripočítateľných položiek, ktorej rozsah a podmienky úhrady sú definované v bode „IV. Úhrada zdravotnej starostlivosti podľa klasifikačného systému SK-DRG vo vybraných DRG skupinách“

2.20. V Prílohe č. 2o zmluvy, Rozsah a metodika úhrady zdravotnej starostlivosti, v časti A. Rozsah zdravotnej starostlivosti, sa vkladá nový bod IV, s nasledovným znením:

„ IV. ÚHRADA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI PODĽA KLASIFIKAČNÉHO SYSTÉMU SK-DRG VO VYBRANÝCH DRG SKUPINÁCH

Zdravotná starostlivosť vykazovaná podľa klasifikačného systému SK-DRG vo vybraných DRG skupinách vrátane pripočítateľných položiek je hradená maximálne do výšky zmluvného rozsahu uvedeného v tejto časti prílohy:

Kód DRG skupiny v zmysle Katalógu prípadových paušálov	mesačný zmluvný rozsah v €
O01A, O01B, O01C, O01D, O01E, O01F, O01G, O01H, O02A, O02B, O60A, O60B, O60C, O60D, P66A, P66B, P66C, P66D, P67A, P67B, P67C, P67D	Bez obmedzenia
F01A, F01B, F01C, F01D, F01E, F01F, F01G, F02A, F02B, F50A, F50B, F50C, F50D, F98Z, G16A, G16B, G17A, G17B, I04Z, I05Z, I36Z, I43A, I43B, I44A, I44B, I44C, I46A, I46B, I47A, I47B, J07A, J07B, J23Z, J25Z, K06A, K06B, K06C, N02A, N02B, N02C, N03A, N03B*	45 551

*Na úhradu vybraných DRG skupín sa uplatňuje doučtovanie v zmysle čl. 7, bod 7.3 zmluvy."

Vo výpočte úhrady za poskytnutú ZS v DRG skupinách uvedených v bode IV. je zohľadnené zníženie za $SKUT_{AZS_{DRG}}$ a $SKUT_{SVLZ_{DRG}}$
SKUT AZS_{DRG} – ambulantná zdravotná starostlivosť, ktorej poskytnutie súvisí s hospitalizačným prípadom
SKUT SVLZ_{DRG} – zdravotná starostlivosť zo segmentu spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, ktorých poskytnutie súvisí s hospitalizačným prípadom

Čl. 3 Prechodné ustanovenia

- 3.1. Zmluvné strany sa dohodli, že na základe opravných dávok týkajúcich sa zdravotnej starostlivosti poskytnutej v roku 2024 zaslaných v termíne do 30.4.2025 zdravotná poisťovňa vykoná Vyhodnotenie prospektívneho rozpočtu podľa Prílohy č. 2o zmluvy – Rozsah a metodika úhrady zdravotnej starostlivosti, časť A. Rozsah zdravotnej starostlivosti, bod II. Maximálny rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti – prospektívny rozpočet. Finančné zúčtovanie na účel tohto vyhodnotenia bude realizované vo faktúre za poskytnutú ZS v mesiaci jún 2025.

Čl. 3 Záverečné ustanovenia

- 4.1. Tento dodatok, ktorý tvorí súčasť zmluvy, nadobúda platnosť dňom podpisu zmluvnými stranami a účinnosť dňom 1.7.2025 po jeho zverejnení v zmysle § 47a zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov.
- 4.2. Súhlas s obsahom dodatku vyjadria zástupcovia zmluvných strán svojím podpisom na dodatku.
- 4.3. Tento dodatok je vyhotovený v dvoch rovnopisoch, z ktorých každý sa považuje za originál. Každá zmluvná strana obdrží jeden rovnopis dodatku.

V Žiline dňa 27.6.2025

Za poskytovateľa:

Za poisťovňu:

.....
Ing. Martin Š e n f e l d, MBA
riaditeľ
Kysucká nemocnica s poliklinikou

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

**Príloha č. 1a
k Zmluve č. 33NSP2000322**

Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti

Časť A. Ambulantná zdravotná starostlivosť

Čl. I

Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (všeobecné ustanovenia)

1. Kapitácia

Kapitáciou sa rozumie paušálna mesačná platba za poskytovanie zdravotnej starostlivosti poistencovi, s ktorým má poskytovateľ uzatvorenú platnú a účinnú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „dohoda“).

Pri zmene poskytovateľa z dôvodu odstúpenia od dohody je poskytovateľ povinný preukázateľne odovzdať zdravotnú dokumentáciu alebo jej rovnopis do 7 dní od jej vyžiadania novému poskytovateľovi, s ktorým poistenec uzatvoril dohodu a oznámiť dátum ukončenia dohody poisťovní.

Poistenec môže mať účinnú dohodu iba s jedným poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti a s jedným poskytovateľom špecializovanej ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodnictvo.

Ak poistenec uzatvorí dohodu s ďalším poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo s poskytovateľom špecializovanej ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodnictvo, poisťovňa v zmysle zákona č. 576/2004 Z. z. akceptuje účinnosť novej dohody až po zániku pôvodnej dohody tzn. prvým dňom kalendárneho mesiaca nasledujúcom po mesiaci, v ktorom bolo doručené odstúpenie od dohody. V prípade konfliktu sa kapitácia uhrádza poskytovateľovi, ktorý má ako posledný s poistencom uzatvorenú platnú Dohodu a súčasne na požiadanie zdravotnej poisťovni doručiť preukázateľné odstúpenie poistenca od Dohody s predchádzajúcim poskytovateľom.

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

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

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

2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu

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

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

3. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

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

4. Individuálne zložky úhrady

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

4.1. Individuálna dodatková kapitácia

Individuálnou dodatkovou kapitáciou (ďalej aj ako „IDK“) sa rozumie paušálna mesačná úhrada za každého kapitovaného poistenca, ktorá sa hradí spolu s Kapitáciou vo výške Výslednej ceny IDK alebo vo výške bonifikovanej Výslednej ceny IDK. Výsledná cena IDK sa vypočíta ako násobok Základu pre výpočet IDK a výsledného percenta plnenia HP v príslušnom type zdravotnej starostlivosti (ďalej ako typ ZS). Podmienky bonifikovania Výslednej ceny IDK sú uvedené v bode 4.1.1 tohto článku.

4.1.1. Bonifikácia Výslednej ceny IDK

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

Počet všetkých kapitovaných osôb u poskytovateľa v hodnotenom období	Bonifikácia Výslednej ceny IDK v € za kapitovaného poistenca poisťovne
1800 - 1899	0,42
1900 - 1999	0,35
2000 - 2099	0,28
2100 - 2199	0,21
2200 - 2299	0,14
2300 – a viac	0,07

Za veľkokapacitnú ambulanciu sa považuje Poskytovateľ, ktorý má uzavretú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s 1800 a viac osobami na jedno lekárske miesto, resp. max. na 1,2 úväzku v ambulancii.

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

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

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

4.2. Hodnotiace parametre

HP ovplyvňujú výslednú cenu individuálnej zložky úhrady poskytovateľa uvedenej v bode 4.1. tohto článku. Výsledné percento plnenia HP je súčtom váh jednotlivých splnených parametrov. Kritérium pre splnenie parametra v jednotlivých typoch zdravotnej starostlivosti je uvedené v tabuľke „Hodnotiace parametre“ v článku II tejto prílohy. Pri splnení kritéria je parametru priradená uvedená váha v percentách, pri nesplnení kritéria je váha príslušného parametra 0%. Zoznam a váhy parametrov ako aj doplnujúce informácie pre jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti sú uvedené v článku II tejto prílohy.

HP vyhodnocuje poisťovňa dva krát počas kalendárneho roka nasledovným spôsobom:

I. vyhodnotenie

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

II. vyhodnotenie

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

Ak nie je hodnotené obdobie inak špecifikované v doplňujúcich informáciách k parametrom, vyhodnocuje sa predchádzajúci kalendárny polrok.

Každú zmenu Výsledného plnenia HP oznámi poisťovňa poskytovateľovi a to buď písomne formou listu, alebo elektronicky v ePobočke. Zmenu poisťovňa poskytovateľovi oznámi najneskôr v posledný deň mesiaca, ktorý predchádza mesiacu, od ktorého má byť zmena účinná.

HP vyhodnocuje poisťovňa u poskytovateľa za každý typ zdravotnej starostlivosti samostatne.

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

Pri parametroch kategórie „Poistenec“ sú poskytovatelia zaradení do referenčných skupín (odbornosť a typ poskytovateľa), v ktorých sa na základe vykazanej zdravotnej starostlivosti v hodnotenom období vypočíta stredná hodnota a štandardná odchýlka, ktorá slúži na určenie horného resp. dolného pásma pre účely vyhodnotenia plnenia príslušného parametra.

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

Čl. II

Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (ceny)

1. Všeobecný lekár pre dospelých (typ ZS 101)

1.1. Kapitácia

Cena kapitácie	
Veková skupina	Cena v €
do 19 rokov vrátane	4,83
od 20 do 28 rokov vrátane	3,74
od 29 do 39 rokov vrátane	3,50
od 40 do 44 rokov vrátane	3,52
od 45 do 49 rokov vrátane	3,56
od 50 do 54 rokov vrátane	4,09
od 55 do 59 rokov vrátane	4,69
od 60 do 64 rokov vrátane	5,23
od 65 do 69 rokov vrátane	5,67
od 70 do 74 rokov vrátane	6,44
od 75 do 79 rokov vrátane	7,22
od 80 do 84 rokov vrátane	8,11
od 85 rokov a viac	8,48

1.2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu

Cena bodu			
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Počet bodov	Cena bodu v €
1b	Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty, telefonicky alebo SMS. <u>Konzultácia s poistencom prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky obsahuje:</u> • cielenú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k jednému alebo viacerým orgánovým systémom alebo k psychickej poruche popis subjektívnych ťažkostí, • diagnostický záver, • v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplynuli z konzultácie ohľadom zdravotného stavu, • v prípade potreby záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, • poskytnutie informácií poistencovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane nefarmakologickej a farmakologickej terapie. <u>Vykazovanie zdravotného výkonu:</u> • výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia poistenca, • súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj z online prostredia, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, • vyhotovenie záznamu v eZdravie, • výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, • výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie poistenca, <u>Povolená frekvencia akceptovania zdravotného výkonu:</u> 1-krát za deň a maximálne 4-krát za kalendárny mesiac na jedného poistenca	160	0,027
10	Rozbor a plánovanie cielených terapeutických postupov na ovplyvnenie chronických ochorení v rámci komplexného manažmentu poistenca.	180	0,0318

	• Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z.. • Nastavenie alebo úprava liečby pri diagnóze artériovej hypertenzie alebo dyslipidémie v kombinácii výkonu č. H0003 alebo č. H0004 alebo č. H0005 v zmysle odborného usmernenia MZ SR na poskytovanie zdravotnej starostlivosti dospelým poistencom s artériovou hypertenziou alebo dyslipidémiou. • Poskytovateľ vykazuje výkon č. 10 pri prevzatí poistenca s chronickým ochorením a po podpísaní dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v kombinácii s výkonom č. 60. • Výkon bude akceptovaný výlučne v kombinácii s výkonom č. 60 alebo č. H0003 alebo č. H0004 alebo č. H0005. • Úprava alebo zmena terapeutického postupu musí byť zaznamenaná v zdravotnej dokumentácii vrátane zmeny dávkovania zdôvodnenia úpravy medikamentózne liečby. • Akákoľvek úprava terapeutického postupu musí byť v súlade s platnou legislatívou a účelnou farmakoterapiou.		
11a	Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor). <u>Charakteristika zdravotného výkonu:</u> Konzultácia s poistencom prostredníctvom preukázateľnej elektronickej komunikácie (webová aplikácia, videohovor) v online prostredí, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie, realizáciu fotografií pacienta/vyšetrovaného orgánu na pridanie do zdravotnej dokumentácie. <u>Konzultácia s poistencom obsahuje:</u> • cielenú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom alebo k psychickej poruche, • zhodnotenie výsledkov, ak ich má poskytovateľ k dispozícii, • vypísanie receptov, prípadne vypísanie žiadaniek na ďalšie vyšetrenie, • poučenie poistenca, • diagnostický záver, • určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. <u>Vykazovanie zdravotného výkonu:</u> • výkon sa vykazuje ako komplexná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia, • súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je preukázateľný časový údaj z online prostredia, • vyhotovenie záznamu v eZdravie, • diagnostický záver, ak je potrebné, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, • prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, • výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, • ak je po konzultácii potrebná aj kontrola v ambulancii, vykazujú sa len výkony, ktoré sa vykonali ambulantne, a výkon sa nevykazuje, • výkon sa vykazuje samostatne, najviac 1x za deň na jedného poistenca	210	0,027
25	Návšteva u kapítovaných poistencov v pracovnom čase.	285	0,0350
26	Návšteva u kapítovaných poistencov mimo pracovného času.	500	0,0350
60	Komplexné vyšetrenie poistenca pri prevzatí dospeléj osoby do zdravotnej starostlivosti ako prvotné komplexné vyšetrenie s vystavením zdravotného záznamu. • Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z., • Poskytovateľ poskytne poistencovi komplexné vyšetrenie (kompletná anamnéza, fyzikálne vyšetrenie, založenie zdravotnej dokumentácie a stanovenie diagnostického záveru a diagnostického	620	0,0318

	a liečebného plánu) v termíne do 60 dní od podpísania dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. • Vykázaný výkon č. 60 musí byť súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca. • Kontrola povinného očkovania poistenca. • Kontrola poslednej preventívnej prehliadky poistenca. • Informovaný súhlas poistenca s poskytnutím zdravotnej starostlivosti v súvislosti výkonom č. 60.		
70	Opätovné lekárske vystavenie receptov alebo poukazov na základe požiadavky poistenca prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefónu. <u>Charakteristika zdravotného výkonu:</u> • Vystavenie receptov alebo poukazov elektronickou formou na lieky/zdravotnícke pomôcky/dietetické potraviny, ktoré poistenec užíva minimálne jeden mesiac, a nebola realizovaná zmena dávkovania lieku alebo liekovej formy lieku <u>Vykazovanie zdravotného výkonu:</u> • výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia poistenca, • súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je preukázateľný časový údaj o realizácii, • vyhotovenie záznamu v eZdravie, • údaj, kedy bol recept/lekársky poukaz vypísaný, • údaj o predpise lieku/zdravotníckej pomôcky/dietetickej potraviny poistencovi prostredníctvom elektronických služieb, • výkon sa vzťahuje na jedného poistenca bez ohľadu na počet liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín, ktoré boli poistencovi predpísané formou receptu/lekárskeho poukazu alebo formou jednorazového elektronického predpisu (t. j. za týchto podmienok sa výkon vykazuje najviac v počte 1x za deň na jedného poistenca), • v prípade ak ide o elektronický predpis liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín typu opakovaný recept (preskripčný záznam s poznámkou „REPETATUR“) vykazuje sa samostatne za každý vystavený recept alebo poukaz, • výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi. <u>Povolená frekvencia akceptovania zdravotného výkonu:</u> 1-krát za deň, maximálne 4-krát za kalendárny mesiac na jedného poistenca.	40	0,027
160	Preventívne výkony	390	0,0840
252a	Očkovanie. Vykázaná očkovacia látka je zaradená v kategorizačnom zozname, výkon sa vykazuje v nutnej kombinácii s príslušnou dg podľa MKCH 10.	70	0,0900
252b	V prípade nepovinného očkovania bude výkon akceptovaný, ak je vykázaná očkovacia látka zaradená v kategorizačnom zozname v rozsahu IO a IP.		
252c	Výkon 252b je akceptovaný u kapítovaných poistencov.		
5301	USG vyšetrenie POCUS (Point of Care Ultrasound) – vyšetrenie jedného alebo viacerých orgánov alebo orgánových systémov v ambulancii všeobecného lekára pre dospelých alebo v domácom prostredí pacienta. • vykonáva sa pri závažnej zmene zdravotného stavu pacienta, ktorá vyžaduje rýchlu diferenciálnu diagnostiku alebo diagnostiku prostredníctvom POCUS a liečbu, prípadne jej úpravu. <u>Vykazovanie zdravotného výkonu:</u> • s kódmi príslušnej diagnózy, • s frekvenciou 1x za deň a maximálne 6x za kalendárny rok na unikátne rodné číslo samostatne alebo v povolenej kombinácii s výkonmi 5702, 25, 26, 5301, 44418, 3860, 4485, 4571a a s príslušnou povolenou kombináciou výkonov a diagnózou. <u>Podmienky úhrady zdravotného výkonu:</u> • platný doklad o nadobudnutí prístrojového vybavenia, ktorý sa predkladá poisťovní pri zazmluvnení výkonu,	600	0,0073

	• potvrdenie o odbornej spôsobilosti poskytovateľa (lekára) – zdokladovanie certifikátu o spôsobilosti vykonávať dané vyšetrenia vydaného na to oprávnenou slovenskou vzdelávacou ustanovitzhou, odbornou spoločnosťou alebo zdokladovanie certifikátu uznaného Ministerstvom zdravotníctva SR, • uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v súlade s §12 zákona č. 576/2004 Z.z. s poisťencom, • poisťovňa akceptuje iba prístrojové vybavenie disponujúce prehlásením o zhode k prístroju, • v cene výkonu je zahrnutý výkon POCUS, zaznamenanie a vyhodnotenie výsledku vyšetrenia v zdravotnej dokumentácii, návrh ďalšieho postupu, záznam o liečbe a prípadnej zmene liečby, termín kontrolného vyšetrenia a poučenie poistenca. V zdravotnej dokumentácii musí byť uvedená indikácia výkonov a ich kombinácie.		
5702	Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardný 12-zvodový záznam EKG. • 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 najviac 1x za deň v kombinácii s výkonom 60, 60b, H0003, H0004, H0005 v zmysle aktuálne platnej legislatívy • Výkon bude akceptovaný „nad rámec“ 2x/rok (vyhotovenie EKG záznamu v rámci dif. dg s dg. I21*, R07.1- 4) v kombinácii s výkonom 60b (komplexné predoperačné vyšetrenie) s príslušnou dg operačného výkonu. • EKG vyšetrenie vrátane popisu EKG krivky musí byť zaznamenané a založené v zdravotnej dokumentácii pacienta.	550	0,009574
5702P	Vyšetrenia EKG pri preventívnej prehliadke poistencov 40 ročných a starších. • Len spolu s výkonom 160. • Vykazovanie u poistenca, ktorý má s poskytovateľom uzatvorenú Dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti alebo, za ktorého je hrazená kapitálna platba u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v zmysle tejto zmluvy pri súčasnom vykonaní a popísaní štandardného 12-zvodového EKG záznamu. Záznam a popis musí byť súčasťou zdravotnej dokumentácie.	550	0,009574
5715	24-hodinové prístrojové monitorovanie tlaku krvi - naloženie a zosnímanie (Holterov monitoring). • Zaznamenanie výsledku a vyhodnotenia výsledku v zdravotnej dokumentácii poistenca u poskytovateľa. • Výkon je vykázaný v prípade starostlivosti o dospelého poistenca s arteriálnou hypertenziou v zmysle aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ SR.. • Vykazovanie výkonov u poistenca, za ktorého je hrazená kapitálna platba v zmysle tejto zmluvy, maximálne 1 krát za 12 mesiacov	750	0,021999
5716	Počítačové vyhodnotenie 24 hodinového prístrojového monitorovania tlaku krvi (Holterov monitoring) a vyhodnotenie nálezu lekárom. • Zaznamenanie výsledku a vyhodnotenia výsledku v zdravotnej dokumentácii poistenca u poskytovateľa. • Výkon je vykázaný v prípade starostlivosti o dospelého poistenca s arteriálnou hypertenziou v zmysle aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ SR. • Vykazovanie výkonov u poistenca, za ktorého je hrazená kapitálna platba v zmysle tejto zmluvy alebo u poistenca, ktorý má s poskytovateľom uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, maximálne 1 krát za 12 mesiacov	240	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..	-	0,0350

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

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

1.3. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

Cena za výkon		
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Cena za výkon v €
60b	Komplexné predoperačné vyšetrenie vrátane odberu biologického materiálu, zhodnotenia laboratórnych a prístrojových vyšetrení. Výkon možno vykazovať iba raz v rámci jednej operácie, alebo aj opakovane z dôvodu zrušenia operácie alebo z dôvodu uplynutia platnosti predoperačného vyšetrenia podľa klasifikácie ASA a súčasne pri dodržaní aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ SR. Výkon sa vykazuje samostatne s diagnózou, pre ktorú je poistenec plánovaný na operáciu. <u>Výkon je možné kombinovať s výkonom č. 5702.</u> V prípade odoslania poistenca k špecialistovi, najmä kód odbornosti 001 (vnútorné lekárstvo), za účelom vykonania predoperačného vyšetrenia alebo EKG, zdravotná poisťovňa poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súvislosti s predoperačným vyšetrením uhrádza iba cenou kapitácie.	17,33
62a	Cielené vyšetrenie poistenca s respiračným syndrómom pri pandémii COVID-19. Ide o cielené vyšetrenie dvoch alebo viacerých orgánových systémov (cielená anamnéza, resp. anamnéza od poslednej kontroly), opis subjektívnych ťažkostí, objektívny nález, záznam nálezu, záver, vypracovanie plánu do nasledujúcej kontroly. <u>Výkon poisťovňa akceptuje za nasledovných podmienok:</u> - Poistenec má COVID pozitívny výsledok nie starší ako 14 dní, PCR metódou alebo pri kontakte s osobou s potvrdenou infekciou COVID metódou PCR nie staršou ako 14 dní alebo poistenec má COVID pozitívny výsledok antigénového testu nie starší ako 72 hodín. - Poistenec má príznaky akútneho respiračného syndrómu s/bez dokázanej pozitivity na COVID-19. - Výkon sa nevykazuje v kombinácii s iným výkonom. - Maximálne 1 - krát týždenne na jedno rodné číslo. - Výkon môžu vykazovať nasledovné odbornosti: všeobecný lekár, pediater, internista, pneumoftizeológ, pediatrický pneumoftizeológ, infektológ, otorinolaryngológ, imunoalergológ	20,00
159a	Preventívne vyšetrenie na krv v stolici s použitím špecifickej imunochemickej metódy (iFOB) u poistencov starších ako 40 rokov. - Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti vtedy, ak ho sám uskutočnil a výkon nebol realizovaný v laboratóriu. - Výkon sa môže vykazovať za celé preventívne vyšetrenie. Výsledok výkonu TOKS metódou iFOB: pozitívny	12,00
159x	Preventívne vyšetrenie na krv v stolici s použitím špecifickej imunochemickej metódy (iFOB) u poistencov starších ako 40 rokov.	3,02

	Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti vtedy, ak poistenca poučil o dôležitosti vyšetrenia a zároveň vydal poistencovi diagnostický test.	
	Výsledok výkonu TOKS metódou iFOB: nevratený / znehodnotený test	
159z	Preventívne vyšetrenie na krv v stolici s použitím špecifickej imunochemickej metódy (iFOB) u poistencov starších ako 40 rokov. - 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.	12,00
	Výsledok výkonu TOKS metódou iFOB: negatívny	
VŠZP akceptuje výkon 159a, 159x a 159z v súlade s prílohou č. 2 k zákonu č. 577/2004 Z. z. v znení neskorších. Standardizovaný test na okultné krvácanie (TOKS) metódou POCT(i FOB) všeobecný lekár pre dospelých indikuje a vykonáva poistencov starších ako 40 rokov.		
163	Vyšetrenie a včasné rozpoznanie hroziacej straty sebestačnosti u poistencov nad 60 rokov. (MoCA - Montrealsky kognitívny test – varianta „K“ pre Slovenskú republiku). - Podmienkou úhrady je súčasne vyšetrenie poškodenia kognitívnych funkcií podložených zhodnotením orientácie miestom, časom, osobou a zhodnotením procesov pamäte, myslenia a rečovej exprese, ktoré sa overuje štyrmi základnými otázkami. V prípade že aspoň na jednu odpovedá poistenec nesprávne, vykoná sa vyšetrenie pomocou MoCA testu. - Výkon bude akceptovaný u poistenca nad 60 rokov. - Kompletne vyplnený a vyhodnotený MoCA test, podpísaný poistencom musí byť súčasťou zdravotnej dokumentácie. - Kompetentným zdravotníckym pracovníkom na zadanie inštrukcií k vyplneniu MoCA testu poistencom je lekár alebo sestra. - Kompetentným zdravotníckym pracovníkom na vyhodnotenie vyplneného MoCA testu a následného komplexného posúdenia zdravotného stavu poistenca je lekár. - Test sa vykonáva s diagnózou Z03.2 Pozorovanie pre podozrenie na duševné poruchy a poruchy správania, ak je výsledné skóre menej ako 26. - Test sa vykonáva s diagnózou Z01.88 Iné bližšie určené špeciálne vyšetrenia v prípade, ak je výsledné skóre 26 a viac. - V prípade ak je výsledné skóre menej ako 26 vrátane, poskytovateľ vykoná vyšetrenie TSH (v zmysle odborného usmernenia) a orientačné neurologické vyšetrenie. V prípade, že je vyšetrenie indikované, odosiela poistenca na vyšetrenie k endokrinológovi, neurológovi alebo psychiatrovi. U tohto poistenca sa test už v budúcnosti neopakuje. Pri hodnote 26 a viac je možné test zopakovať najskôr o dva roky.	6,78
250D	Delegovaný odber biologického materiálu na základe písomnej žiadosti ŠAS pri návšteve poistenca v ambulancii VLD. 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.	2,00
3860	Stanovenie hodnoty D-diméru - pri indikácii potrebnej rýchlej ambulantnej diferenciálnej diagnostiky alebo diagnostiky a terapie na potvrdenie alebo vylúčenie tromboembolickej choroby, t.j. hlbkej žilovej trombózy a/alebo pľúcnej embólie. <u>Vykazovanie zdravotného výkonu:</u> - s kódmi diagnózy I26*, I80*-I83*, I87*-I88*, I70*-I74*, I79*-I83*, R07.1, R07.2, R06.0 samostatne alebo v kombinácii s výkonom 5301, - s kódmi diagnózy I80*, J12*-J22* ako súčasť diferenciálnej diagnostiky je možné ho vykázat v kombinácii s výkonmi 5301 a/alebo 4571a, - s frekvenciou 1x za deň a maximálne 3x za kalendárny rok na unikátne rodné číslo samostatne alebo v povolenej kombinácii. <u>Podmienky úhrady zdravotného výkonu:</u>	8,98

	• platný doklad o nadobudnutí prístrojového vybavenia, ktorý sa predkladá poisťovni pri zazmluvnení výkonu, • uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v súlade s §12 zákona č. 576/2004 Z.z. s poisťovňou, • poisťovňa akceptuje iba prístrojové vybavenie disponujúce prehlásením o zhode k prístroju, • výkon je možné kombinovať s výkonmi 5702, 25, 26, 5301, 4571a, nie je možné ho kombinovať s inými výkonmi hrazenými nad rámec kapitácie. V zdravotnej dokumentácii musí byť uvedená indikácia výkonov a ich kombinácie, • v cene výkonu je zahrnutý odber krvi, zaznamenanie a vyhodnotenie výsledku vyšetrenia v zdravotnej dokumentácii, návrh ďalšieho postupu, záznam o liečbe a prípadnej zmene liečby, termín kontrolného vyšetrenia a poučenie poistenca. <u>Výkon nebude akceptovaný:</u> • pri súčasnom vyšetrení krvi v laboratóriu, ak poskytovateľ na požiadanie poisťovne nepredloží platný doklad o vykonanej externej kontrole kvality prístroja v súlade s odporúčaním výrobcu.	
4485	Stanovenie hodnoty troponínu - pri indikácii potrebnej rýchlej ambulantnej diferenciálnej diagnostiky alebo diagnostiky a terapie na potvrdenie alebo vylúčenie diagnózy STEMI, non-STEMI a nestabilná angina pectoris. <u>Vykazovanie zdravotného výkonu:</u> • s kódmi diagnózy I20*, I21*, I22*, R06.0, R07.1, R07.2, samostatne alebo v kombinácii s výkonom 5702, • s kódmi diagnózy R06.0, R07.1, R07.2 ako súčasť diferenciálnej diagnostiky je možné ho vykazať v kombinácii s výkonmi 5301 a/alebo 4571a, s frekvenciou 1x za deň a maximálne 3x za kalendárny rok na unikátne rodné číslo samostatne alebo v povolenej kombinácii <u>Podmienky úhrady zdravotného výkonu:</u> • platný doklad o nadobudnutí prístrojového vybavenia, ktorý sa predkladá poisťovni pri zazmluvnení výkonu, • zazmluvnenie vykonávania EKG záznamov 12-zvodovým EKG prístrojom, ktorým disponuje ambulancia poskytovateľa, • uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v súlade s §12 zákona č. 576/2004 Z.z. s poisťovňou, • poisťovňa akceptuje iba prístrojové vybavenie disponujúce prehlásením o zhode k prístroju, • výkon je možné kombinovať s výkonom 5702, 25, 26, 5301, 4571a, nie je možné ho kombinovať s inými výkonmi hrazenými nad rámec kapitácie. V zdravotnej dokumentácii musí byť uvedená indikácia výkonov a ich kombinácie. • v cene výkonu je zahrnutý odber krvi, zaznamenanie a vyhodnotenie výsledku vyšetrenia v zdravotnej dokumentácii, návrh ďalšieho postupu, záznam o liečbe a prípadnej zmene liečby, termín kontrolného vyšetrenia a poučenie poistenca. <u>Výkon nebude akceptovaný:</u> • pri súčasnom vyšetrení krvi v laboratóriu, ak poskytovateľ na požiadanie poisťovne nepredloží platný doklad o vykonanej externej kontrole kvality prístroja v súlade s odporúčaním výrobcu.	11,60
4571a	Výšetrenie C – reaktívneho proteínu. • Výkon indikuje a vykonáva PZS • Výkon môže byť vykázaný poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, s ktorým ma poistenec uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti • Výkon môže byť vykázaný s frekvenciou maximálne 1x denne na URČ • Cena zahŕňa náklady na odobratie biologického materiálu a vyhodnotenie výsledku CRP vyšetrenia, • platný doklad o zakúpení, resp. prenájme prístrojového vybavenia, • prehlásenie o zhode k prístroju, • zaznamenanie výsledku a vyhodnotenia výsledku v zdravotnej dokumentácii poistenca.	5,75

44418	Stanovenie hodnoty NT-proBNP - pri indikácii potrebnej rýchlej ambulantnej diferenciálnej diagnostiky alebo diagnostiky a terapie na potvrdenie alebo vylúčenie diagnózy akútneho srdcového zlyhania, včasného štádia chronického srdcového zlyhania, zhoršenia chronického srdcového zlyhania, náhle vzniknutom dyspnoe. <u>Vykazovanie zdravotného výkonu:</u> - s kódmi diagnózy R06*, R07.1, R07.2, I50* samostatne alebo s výkonom 5702, - s kódmi diagnózy R06.0, R07.1, R07.2 ako súčasť diferenciálnej diagnostiky je možné ho vykázat v kombinácii s výkonmi 5301 a/alebo 4571a, - s frekvenciou 1x za deň a maximálne 3x za kalendárny rok na unikátne rodné číslo samostatne alebo v povolenej kombinácii. <u>Podmienky úhrady zdravotného výkonu:</u> - platný doklad o nadobudnutí prístrojového vybavenia, ktorý sa predkladá poisťovni pri zazmluvnení výkonu, - uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v súlade s §12 zákona č. 576/2004 Z.z. s poisťencom, - poisťovňa akceptuje iba prístrojové vybavenie disponujúce prehlásením o zhode k prístroju, - výkon je možné kombinovať s výkonom 5702, 25, 26, 5301, 4571a, nie je možné ho kombinovať s inými výkonmi hrazenými nad rámec kapitácie. V zdravotnej dokumentácii musí byť uvedená indikácia výkonov a ich kombinácie. - v cene výkonu je zahrnutý odber krvi, zaznamenanie a vyhodnotenie výsledku vyšetrenia v zdravotnej dokumentácii, návrh ďalšieho postupu, záznam o liečbe a prípadnej zmene liečby, termín kontrolného vyšetrenia a poučenie poistenca. <u>Výkon nebude akceptovaný:</u> - pri súčasnom vyšetrení krvi v laboratóriu, ak poskytovateľ na požiadanie poisťovne nepredloží platný doklad o vykonanej externej kontrole kvality prístroja v súlade s odporúčaním výrobcu.	19,78
H0003	Iniciálne vyšetrenie poistenca s chronickým ochorením. - diferenciálna diagnostika artériovej hypertenzie, dyslipidémie alebo obezity v zmysle aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ na poskytovanie ambulantnej starostlivosti dospelým poistencom s artériovou hypertenziou, dyslipidémiou alebo obezitou. - Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z.. - Ak ide o poistenca, ktorý má len izolovanú obezitu (t. j. nemá artériovú hypertenziu alebo dyslipidémiu), podmienkou úhrady je aj: BMI: 30 – 34,99 (obezita I. stupňa) alebo 35 – 39,99 (obezita II. stupňa) alebo nad 40 (obezita III. stupňa) a súčasne prítomný marker vysokého rizika vzniku metabolických a obehových komplikácií spojených s obezitou na základe distribúcie tuku - obvod pásu v cm: muži nad 102 cm, ženy nad 88 cm - Vykázanie výkonu jedenkrát za kalendárny rok osobitne pre každú diagnózu 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 dvoch kalendárnych rokoch nebol sledovaný podľa aktuálne platnej legislatívy pre artériovú hypertenziu, dyslipidémiu alebo obezitu. - 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 aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ SR na poskytovanie ambulantnej starostlivosti dospelým poistencom s artériovou hypertenziou, dyslipidémiou alebo obezitou. - V prípade hodnotenia laboratórnych alebo zobrazovacích vyšetrení pri iniciálnom vyšetrení poisťovňa akceptuje aj vyšetrenia, ktoré neboli realizované bezprostredne v čase vyšetrenia a dátum ich realizácie nie je starší ako 3 mesiace (90 dní) pred vykonaním vyšetrenia a zároveň výsledok vyšetrení	15,00

	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 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 podľa aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ SR, pokiaľ budú zaznamenané v zdravotnej dokumentácii. • Pokiaľ vyšetrenia a ich výsledky neboli realizované alebo neboli v rozmedzí fyziologických hodnôt, tak je potrebné ich vyšetriť a výsledok zaznamenať do zdravotnej dokumentácie poistenca. V opačnom prípade výkon H0003 nebude akceptovaný. • Pokiaľ je potrebné, vzhľadom k zdravotnému stavu poistenca vykonať ďalšie doplňujúce vyšetrenia potrebné k diagnostike a liečbe poistenca s artériovou hypertenziou, dyslipidémiou alebo obezitou nad rámec aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ SR, ošetrojúci lekár zdôvodní ich vykonanie a výsledky zaznamená do zdravotnej dokumentácie poistenca.	
H0004	Kontrolné vyšetrenie poistenca s chronickým ochorením. • Vykázanie výkonu s príslušnou korektnou diagnózou: artériová hypertenzia, dyslipidémia a obezita jedenkrát za kalendárny rok osobitne pre každú diagnózu. 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. . • Ak ide o poistenca, ktorý má len izolovanú obezitu (t.j. nemá artériovú hypertenziu alebo dyslipidémiu), podmienkou úhrady je aj: BMI: 30 – 34,99 (obezita I. stupňa) alebo 35 – 39,99 (obezita II. stupňa) alebo nad 40 (obezita III. stupňa) a súčasne prítomný marker vysokého rizika vzniku metabolických a obehových komplikácií spojených s obezitou na základe distribúcie tuku - obvod pásu v cm: muži nad 102 cm, ženy nad 88 cm • Za kontrolné vyšetrenie sa považuje stav, keď poistenec má diagnostikovanú artériovú hypertenziu, dyslipidémiu alebo obezitu a je v starostlivosti všeobecného lekára a zároveň nie je pre dané diagnózy trvale sledovaný a pravidelne kontrolovaný lekárom špecialistom, okrem pomocného alebo konziliárneho vyšetrenia u lekára špecialistu alebo iného PZS za účelom konzultácie alebo vykonania zobrazovacieho vyšetrenia. V prípade konfliktu (neuznania výkonu) zdravotná poisťovňa na základe reklamácie vyúčtovania poskytovateľom zdravotnej starostlivosti preverí text výmenného lístka a požiadavku VLD u poskytovateľa ŠAS. • V cene výkonu je zahrnuté komplexné vyšetrenie poistenca, vyhodnotenie výsledkov všetkých dostupných vyšetrení, odporúčenie ďalšej liečby a stanovenie ďalšieho postupu v zmysle odborného usmernenia MZ SR na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým poistencom s artériovou hypertenziou, dyslipidémiou alebo obezitou v zmysle aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ SR. • Pokiaľ vyšetrenia a ich výsledky neboli realizované alebo neboli v rozmedzí fyziologických hodnôt, tak je potrebné ich vyšetriť a výsledok zaznamenať do zdravotnej dokumentácie poistenca. V opačnom prípade výkon H0004 nebude akceptovaný. • Pokiaľ je potrebné vykonať ďalšie doplňujúce vyšetrenia potrebné k diagnostike a liečbe poistenca s artériovou hypertenziou alebo liečbou nad rámec aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ SR, ošetrojúci lekár ich urobí sám, zdôvodní ich vykonanie a výsledky do zdravotnej dokumentácie poistenca. • V prípade hodnotenia laboratórnych alebo zobrazovacích vyšetrení pri iniciálnom vyšetrení poisťovňa akceptuje aj vyšetrenia, ktoré neboli realizované bezprostredne v čase vyšetrenia a dátum ich realizácie nie je starší ako 3 mesiace (90 dní) pred vykonaním vyšetrenia a zároveň výsledok vyšetrení dosahoval fyziologické hodnoty a nie je žiadny medicínsky predpoklad, že výsledky by mohli byť signifikantne zmenené. V tomto prípade je lekár povinný zaznamenať alebo založiť do zdravotnej dokumentácie všetky výsledky tak, aby bolo zrejmé dátum ich realizácie a výsledok	15,00

	jednotlivých parametrov a jeho vyhodnotenie v rámci diferenciálnej diagnostiky alebo liečebného plánu. V prípade laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení realizovaných iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti alebo realizovaných za účelom iných potrebných vyšetrení, ktorých výsledok nie starší ako 3 mesiace (90 dní) bol vo fyziologickom rozmedzí, poisťovňa ich bude akceptovať za podmienky, že neprekročili časový interval odporúčaný v súlade s aktuálne platnou legislatívou schválenou MZ SR, pokiaľ budú zaznamenané v zdravotnej dokumentácii.	
H0005	Cielené vyšetrenie poistenca s akútnym hypertenzným stavom. - Vykázať výkon s diagnózou arteriálna hypertenzia maximálne 2x za kalendárny rok a súčasne je v starostlivosti všeobecného lekára a zároveň nie je pre danú diagnózu trvale sledovaný a pravidelne kontrolovaný lekárom špecialistom. 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 ošetrovanie akútneho hypertenzného stavu. V rámci akútneho hypertenzného stavu je potrebné stabilizovať vitálne funkcie poistenca, vykonať opatrenia na zabránenie orgánového poškodenia, v prípade potreby zabezpečiť bezpečný transport do cieľového zdravotníckeho zariadenia. - V cene výkonu je zahrnuté odobratie anamnézy súvisiacej s akútnym hypertenzným stavom, vrátane orientačného neurologického vyšetrenia a medikamentózneho liečby v súlade s aktuálne platnou legislatívou schválenou na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým poistencom s arteriálnou hypertenziou.	6,00
H0006	Stratifikácia kardiovaskulárneho rizika. - Stanovenie stratifikácie kardiovaskulárneho rizika systémom SCORE u poistencov nad 40 rokov podľa aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ SR. - Zdravotná poisťovňa akceptuje výkon jedenkrát za kalendárny rok k výkonu č. 160 alebo H0003 alebo H0004 s príslušnou diagnózou. - Podmienkou úhrady výkonu H0006 je vykázanie príslovej 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 –PRIPOČITATEĽNÁ POLOŽKA – uvedie dosiahnuté skóre v tvare: - SKOR01 tj nízke riziko - SKOR02 ,tj stredné riziko - SKOR03, tj vysoké riziko - SKOR04 tj veľmi vysoké riziko - SKOR05 tj. extrémne vysoké riziko pričom na 5. a 6. mieste položky je vyjadrenie dosiahnutého skóre. - Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z..	5,65
H0007	Kvantitatívne prístrojové INR vyšetrenie v ambulancii VLD. Kontrolné kvantitatívne prístrojové vyšetrenie INR z kapilárnej krvi u poistencov pri dlhodobej alebo celoživotnej antikoagulačnej liečbe. - platný doklad o nadobudnutí prístrojového vybavenia; - potvrdenie o zaškolení výrobcom (dovozcom) prístroja; - prehlásenie o zhode k prístroju (jedná sa o registráciu prístroja na ŠÚKL); - potvrdenie o odbornej spôsobilosti poskytovateľa (lekára) - absolvovaní kreditovaného kurzu minimálne 4 kredity v rozsahu legislatívne určených kompetencií v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo; - platný doklad o funkčnosti prístroja (bezpečnostno technická kontrola, kalibrácia v súlade s platnou legislatívou a odporúčaním výrobcu) - Poisťovňa akceptuje a osobitne nad rámec kapitácie uhrádza výkon vo frekvencii 1 krát za deň (maximálne 10x za kalendárny rok) u poistenca. - V cene výkonu je zahrnutý odber kapilárnej krvi, vyhodnotenie výsledku, návrh ďalšieho postupu, záznam o prípadnej zmene liečby, termín kontrolného vyšetrenia a poučenie poistenca. - Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z. <u>Výkon nebude akceptovaný:</u> - pri súčasnom odbere venóznej krvi na laboratórne vyšetrenie; - ak v kontrolovanom intervale (v rozpätí jedného mesiaca) bolo vyšetrenie INR vykázané zmluvným laboratóriom; - ak poskytovateľ na požiadanie nepredloží platný doklad o funkčnosti prístroja.	5,20

H0008	Stanovenie indexu ABI oscilometrickou metódou vrátane pulznej vlny. Meranie a vyhodnotenie indexu ABI oscilometrickou metódou vrátane pulznej vlny na štyroch končatinách pri včasnej diagnóze ischemickej choroby dolných končatín. • platný doklad o zakúpení, resp. prenájme prístrojového vybavenia; • potvrdenie o zaškolení výrobcom (dovozcom) prístroja; • prehlásenie o zhode k prístroju (jedná sa o registráciu prístroja na ŠÚKL) <u>Výkon bude akceptovaný:</u> 1. u symptomatických poistencov s podozrením na ischemickú chorobu dolných končatín (ICHDK). Indikácia k výkonu je zaznamenaná v zdravotnej dokumentácii, vrátane výsledku a ďalšej diferenciálnej diagnostiky a terapeutického plánu. 2. u asymptomatických poistencov nad 50 rokov s minimálne jedným rizikovým faktorom (artériová hypertenzia, abnormálne EKG, diabetes mellitus, obezita s BMI nad 30, fajčiar, porucha metabolizmu lipidov, pacienti s postihnutím koronárnych alebo cerebrálnych artérií, a pod.); 3. u všetkých poistencov nad 60 rokov. Bod 1 a 3 poisťovňa akceptuje a osobitne nad rámec kapitácie uhrádza výkon 1x za 2 roky pri vykázaní preventívnej prehliadky. <u>Výkon nebude akceptovaný</u>, ak vyšetrenie výkonu bolo vykonané v špecializovanej ambulantnej starostlivosti alebo je poistenec dispenzarizovaný u poskytovateľa špecializovanej ambulantnej starostlivosti pri ICHDK.	6,78
-------	--	------

1.3.1 Prípočítateľné položky k vybraným výkonom

Názov alebo kód prípočítateľnej položky	Výkony, ku ktorým sa prípočítateľná položka môže vykázat'	Podmienky úhrady prípočítateľnej položky	Cena prípočítateľnej položky v €
EDU	H0003, H0004	Edukácia pacienta s artériovou hypertenziou, dyslipidémiou alebo obezitou – poučenie o úprave životného štýlu a farmakoterapie sestrou alebo lekárom. Vyказuje sa ako prípočítateľná položka jedenkrát za kalendárny rok osobitne pre každú z vybraných diagnóz vykazovaným k výkonom H0003 a H0004. Obsah edukácie určuje dokument, ktorý poisťovňa uverejní na svojom webovom sídle. Podpísaním tohto dokumentu pacient potvrdí poučenie sestrou alebo lekárom a následne pacientom popísaný dokument poskytovateľ založí do zdravotnej dokumentácie pacienta.	2,00
FOB	159a, 159z, 159x	Pozvanie poistenca na vyšetrenie krvi v stolici - prípočítateľná položka sa vykazuje v zmysle platného MU UDZS o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou, - poskytovateľ kapitovaného poistenca, ktorý má nárok na preventívnu prehliadku u poskytovateľa, preukázateľne pozval a objedná na vykonanie testu (SMS, mail, list a pod.). Kópia pozvánky formou SMS, mailu alebo listu je súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca,	2,00

		- poistenec je vo veku od 40 do 70 rokov, - vyšetrenie je vykonané detekciou hemoglobínu v stolici (TOKS) špecifickou imunochemickou metódou (iFOB)	
--	--	--	--

1.4. Individuálna zložka úhrady – Individuálna dodatková kapitácia

Základ pre výpočet ceny IDK		
Špecializácia	Veková skupina	Základ v €
Všeobecný lekár pre dospelých	všetky	1,35

1.5. Hodnotiace parametre

Zameranie	Parameter	Kritérium splnenia	Váha	Plnenie
Poistenec	Gatekeeping	Percento ošetrovaných kapítovaných poistencov odoslaných do ambulancie špecializovanej ambulantnej starostlivosti neprekročí 25 %.	30%	Reálne plnenie poskytovateľa
		Percento ošetrovaných kapítovaných poistencov odoslaných do ambulancie špecializovanej ambulantnej starostlivosti je viac ako 25% a maximálne 30%.	20%	
		Percento ošetrovaných kapítovaných poistencov odoslaných do ambulancie špecializovanej ambulantnej starostlivosti je viac ako 30% a maximálne 35%.	10%	
	Racionálna preskripcia ATB pri vybraných diagnózach	Počet antibiotík predpísaných poistencom v ambulancii na ošetrovaného poistenca je rovný alebo pod hranicou pásma definovaným výpočtom v príslušnej referenčnej skupine ambulancií.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
	Prevencia	Preventívna prehliadka vykonaná aspoň u takého počtu poistencov, ktorý zodpovedá priemeru v príslušnej odbornosti v hodnotenom období.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
		Preventívna prehliadka vykonaná aspoň u takého počtu poistencov, ktorý zodpovedá 75% z priemeru v príslušnej odbornosti v hodnotenom období.	7%	Reálne plnenie poskytovateľa
Elektronizácia	eNávrhy	Poskytovateľ vystavuje žiadosť o schválenie vybraných liekov, zdravotníckych pomôcok alebo kúpeľnej liečby formou eNávrhu.	10%	Reálne plnenie poskytovateľa
	eZdravie	Poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vedie zdravotnú dokumentáciu v súlade s ustanovením § 19 a nasl. Zákona č. 576/2004 Z. z. a súčasne zasiela údaje zo zdravotnej dokumentácie elektronickou formou do elektronickej zdravotnej knižky (EZK) v rozsahu § 5 Zákona č. 153/2013 Z. z.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
Dostupnosť	Ordinačný čas	Stanovenie čistého ordinačného času na aspoň 30 hodín týždenne pre každú ambulanciu. Stanovenie ordinačných hodín do 16:00 hod. aspoň jeden deň v týždni pre každú ambulanciu.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa

1.5.1. Doplnujúce informácie k Hodnotiacim parametrom

Prevencia

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

Hodnotené obdobie: 12 po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov.

**Príloha č. 1b
k Zmluve č. 33NSP2000322**

Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti

Časť A. Ambulantná zdravotná starostlivosť

Čl. I

Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (všeobecné ustanovenia)

1. Kapitácia

Kapitáciou sa rozumie paušálna mesačná platba za poskytovanie zdravotnej starostlivosti poistencovi, s ktorým má poskytovateľ uzatvorenú platnú a účinnú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „dohoda“).

Pri zmene poskytovateľa z dôvodu odstúpenia od dohody je poskytovateľ povinný preukázateľne odovzdať zdravotnú dokumentáciu alebo jej rovnopis do 7 dní od jej vyžiadania novému poskytovateľovi, s ktorým poistenec uzatvoril dohodu a oznámiť dátum ukončenia dohody poisťovni.

Poistenec môže mať účinnú dohodu iba s jedným poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti a s jedným poskytovateľom špecializovanej ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodnictvo.

Ak poistenec uzatvorí dohodu s ďalším poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo s poskytovateľom špecializovanej ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodnictvo, poisťovňa v zmysle zákona č. 576/2004 Z. z. akceptuje účinnosť novej dohody prvým dňom kalendárneho mesiaca nasledujúcom po mesiaci, v ktorom bolo doručené odstúpenie od dohody. V prípade konfliktu sa kapitácia uhrádza poskytovateľovi, ktorý má ako posledný s poistencom uzavretú platnú Dohodu a súčasne na požiadanie zdravotnej poisťovni doručí preukázateľné odstúpenie poistenca od Dohody s predchádzajúcim poskytovateľom.

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

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

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

2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu

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

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

3. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

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

4. Individuálne zložky úhrady

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

4.1. Individuálna dodatková kapitácia

Individuálnou dodatkovou kapitáciou (ďalej aj ako „IDK“) sa rozumie paušálna mesačná úhrada za každého kapitovaného poistenca, ktorá sa hradí spolu s Kapitáciou vo výške Výslednej ceny IDK alebo vo výške bonifikovanej Výslednej ceny IDK. Výsledná cena IDK sa vypočíta ako násobok Základu pre výpočet IDK a výsledného percenta plnenia HP v príslušnom type zdravotnej starostlivosti (ďalej ako typ ZS). Podmienky bonifikovania Výslednej ceny IDK sú uvedené v bode 4.1.1 tohto článku.

4.1.1. Bonifikácia Výslednej ceny IDK

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

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

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

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

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

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

4.2. Hodnotiace parametre

HP ovplyvňujú výslednú cenu individuálnej zložky úhrady poskytovateľa uvedenej v bode 4.1. tohto článku. Výsledné percento plnenia HP je súčtom váh jednotlivých splnených parametrov. Kritérium pre splnenie parametra v jednotlivých typoch zdravotnej starostlivosti je uvedené v tabuľke „Hodnotiace parametre“ v článku II tejto prílohy. Pri splnení kritéria je parametru priradená uvedená váha v percentách, pri nespĺnení kritéria je váha príslušného parametra 0%. Zoznam a váhy parametrov ako aj dopĺňajúce informácie pre jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti sú uvedené v článku II tejto prílohy.

HP vyhodnocuje poisťovňa dva krát počas kalendárneho roka nasledovným spôsobom:

I. vyhodnotenie

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

II. vyhodnotenie

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

Ak nie je hodnotené obdobie inak špecifikované v doplňujúcich informáciách k parametrom, vyhodnocuje sa predchádzajúci kalendárny polrok.

Každú zmenu Výsledného plnenia HP oznámi poisťovňa poskytovateľovi a to buď písomne formou listu, alebo elektronicky v ePobočke. Zmenu poisťovňa poskytovateľovi oznámi najneskôr v posledný deň mesiaca, ktorý predchádza mesiacu, od ktorého má byť zmena účinná.

HP vyhodnocuje poisťovňa u poskytovateľa za každý typ zdravotnej starostlivosti samostatne.

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

Pri parametroch kategórie „Poistenec“ sú poskytovatelia zaradení do referenčných skupín (odbornosť a typ poskytovateľa), v ktorých sa na základe vykázaných zdravotnej starostlivosti v hodnotenom období vypočíta stredná hodnota a štandardná odchýlka, ktorá slúži na určenie horného resp. dolného pásma pre účely vyhodnotenia plnenia príslušného parametra.

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

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

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

1.1. Kapitácia

Cena kapitácie	
Veková skupina	Cena v €
do 1 roku	12,53
od 1 do 2 rokov vrátane	12,41
od 3 do 5 rokov vrátane	8,59
od 6 do 9 rokov vrátane	6,21
od 10 do 14 rokov vrátane	5,69
od 15 do 17 rokov vrátane	5,37
od 18 do 18 rokov vrátane	4,83
dospelý lekár	
od 19 do 19 rokov vrátane	4,83
od 20 do 25 rokov vrátane	3,74

1.2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu

Cena bodu			
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Počet bodov	Cena bodu v €
-	Preventívne výkony č. 143, 143a, 144, 145, 145a, 146, 146a, 146b, 146c, 148, 148a, 148b, 148c, 149, 149a, 149b, 149c, 149d, 159b	-	0,0840
1b	Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty, telefonicky alebo SMS. <u>Konzultácia s poisťovníkom prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky obsahuje:</u> • cieľnú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k jednému alebo viacerým orgánovým systémom alebo k psychickej poruche popis subjektívnych ťažkostí, • diagnostický záver, • v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplývajú z konzultácie ohľadom zdravotného stavu, • v prípade potreby záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, • poskytnutie informácií poisťovníkovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane nefarmakologickej a farmakologickej terapie. <u>Vykazovanie zdravotného výkonu:</u> • výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia poisťovníka, • súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj o realizácii, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, • vyhotovenie záznamu v eZdravie, • výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, • výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie poisťovníka, <u>Povolená frekvencia akceptovania zdravotného výkonu:</u> 1-krát za deň a maximálne 4-krát za kalendárny mesiac na jedného poisťovníka	160	0,027
10	Rozbor a plánovanie cieľných terapeutických postupov na ovplyvnenie chronických ochorení. • Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z..	180	0,0318

	- 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.		
11a	Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor). <u>Charakteristika zdravotného výkonu:</u> Konzultácia s poistencom prostredníctvom elektronickej komunikácie (webová aplikácia, videohovor) v online prostredí, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie. <u>Konzultácia s pacientom obsahuje:</u> - cielenú anamnézu a popis subjektívnych ťažkostí, - zhodnotenie výsledkov - v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP a vypísania žiadaniek - poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým a liečebným postupom - poučenie poistenca - určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporúčení-návštevy iného lekára. <u>Vykazovanie zdravotného výkonu:</u> - výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta a zaznamená sa v zdravotnej dokumentácii - vyhotovenie záznamu v eZdravie, - súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj o realizácii, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporúčení návštevy iného lekára, a to len v prípade komunikácie e-mailom alebo chatovým rozhraním, ktoré si uchováva údaje o komunikácii, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, - výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta, - výkon sa vykazuje najviac 1x za deň na jedného poistenca	210	0,027
25	Návšteva u kapítovaných poistencov v pracovnom čase.	285	0,0350
26	Návšteva u kapítovaných poistencov mimo pracovného času.	500	0,0350
60	Komplexné vyšetrenie poistenca pri prevzatí dieťaťa alebo dorastenca do zdravotnej starostlivosti ako prvotné komplexné vyšetrenie s vystavením zdravotného záznamu. - Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z., - Poskytovateľ poskytne poistencovi komplexné vyšetrenie (kompletná anamnéza, vyšetrenie všetkých orgánových systémov, založenie zdravotnej dokumentácie a stanovenie diagnostického záveru a diagnostického a liečebného plánu) v termíne do 60 dní od podpísania dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. - Vykázaný výkon č. 60 musí byť súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca. - Kontrola povinného očkovania poistenca. - Kontrola poslednej preventívnej prehliadky poistenca. - Informovaný súhlas pacienta s poskytnutím zdravotnej starostlivosti v súvislosti s výkonom č. 60.	620	0,0318
67	Príplatok pri sťaženom výkone do dovŕšenia piateho roku života pri výkonoch: delegovaný odber, odber krvi alebo výkon očkovania. Výkon bude akceptovaný aj v prípade poistenca vo veku do 18 rokov s poruchou autistického spektra, DMO a ADHD. Výkon bude akceptovaný aj k výkonom 252a, 252b, 252c.	200	0,029

70	Opätovné lekárske vystavenie receptov alebo poukazov na základe požiadavky poistenca prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefónu. <u>Charakteristika zdravotného výkonu:</u> - Vystavenie receptov alebo poukazov elektronickou formou na lieky/zdravotnícke pomôcky/dietetické potraviny, ktoré poisteneц uživa minimálne jeden mesiac, a nebola realizovaná zmena dávkovania lieku alebo liekovej formy lieku <u>Vykazovanie zdravotného výkonu:</u> - výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia poistenca, - súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je preukázateľný časový údaj o realizácii, - vyhotovenie záznamu v eZdravie, - údaj, kedy bol recept/lekársky poukaz vypísaný, - údaj o predpise lieku/zdravotníckej pomôcky/dietetickej potraviny poistencovi prostredníctvom elektronických služieb, - výkon sa vzťahuje na jedného poistenca bez ohľadu na počet liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín, ktoré boli poistencovi predpísané formou receptu/lekárskeho poukazu alebo formou jednorazového elektronického predpisu (t. j. za týchto podmienok sa výkon vykazuje najviac v počte 1x za deň na jedného poistenca), - v prípade ak ide o elektronický predpis liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín typu opakovaný recept (preskripčný záznam s poznámkou „REPETATUR“) vykazuje sa samostatne za každý vystavený recept alebo poukaz, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi. <u>Povolená frekvencia akceptovania zdravotného výkonu:</u> 1-krát za deň, maximálne 4-krát za kalendárny mesiac na jedného poistenca.	40	0,027
142	1. preventívna prehliadka u VLDD. 1. preventívna prehliadka, bazálne vyšetrenie novorodenca. Výkon vykonáva lekár s príslušnou špecializáciou po prepustení novorodenca z ústavnej starostlivosti.	350	0,11750
160	Základná preventívna prehliadka u VLDD. Základná (radová) preventívna prehliadka (vstupná, periodická, výstupná). Výkon obsahuje komplexné vyšetrenie v rámci základnej preventívnej prehliadky vrátane prehliadky v rámci prevencie kardiovaskulárnych chorôb. Obsah vyšetrenia je zhodný s výkonom č. 60. Výkon môže vykazovať lekár so špecializáciou všeobecné lekárstvo.	390	0,0840
252a	Očkovanie. Vykázaná očkovač látka je zaradená v kategorizačnom zozname, výkon sa vykazuje v nutnej kombinácii s príslušnou dg podľa MKCH 10. V prípade nepovinného očkovania bude výkon akceptovaný, ak je vykázaná očkovač látka zaradená v kategorizačnom zozname v rozsahu IO a IP. Výkon 252b je akceptovaný u kapítovaných poistencov.	70	0,0900
252b			
252c			
950	Vyšetrenie psychomotorického vývinu dieťaťa vo vzťahu k hrubej a jemnej motorike, k reči a k sociálnym vzťahom podľa štandardnej stupnice vrátane dokumentácie. Kombinácia pri výkonoch pod kódmi: 143, 143a, 144, 145, 145a, 146, 146a, 146b, 146c.	390	0,0840
951	Kontrolné vyšetrenie funkčného vývinu so skúškami zodpovedajúcimi veku (vnímavosť, sedenie, lezenie, chôdza) u dojčiat podľa štandardizovanej metódy spolu s dokumentáciou. Poskytovateľ môže výkon vykonať jedenkrát u dojčiat do dovŕšenia prvého roka života.	250	0,0840
952	Kontrolné vyšetrenie funkčného vývinu so skúškami zodpovedajúcimi veku (reč, pochopenie reči alebo sociálny vek) u batoliat podľa štandardizovanej metódy spolu s dokumentáciou. Tento výkon môže poskytovateľ vykonávať 1x u batoliat v období od 1 do dovŕšenia 3 rokov dieťaťa.	60	0,0840

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.	110	0,0840
-	Výkony z I. časti Zoznamu výkonov pre poistencov EÚ, bezdomovcov, cudzincov a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z.	-	0,0350
-	Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) pre poistencov EÚ, bezdomovcov, cudzincov a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. a nekapitovaných poistencov	-	0,0100
-	Neodkladná zdravotná starostlivosť poskytnutá poistencom poisťovne, s ktorými poskytovateľ nemá uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti	-	0,0350

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

1.3. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

Cena za výkon		
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Cena za výkon v €
60b	Komplexné predoperačné vyšetrenie vrátane odberu biologického materiálu, zhodnotenia laboratórnych a prístrojových vyšetrení. Výkon možno vykazovať iba raz v rámci jednej operácie, alebo aj opakovane v prípade zrušenia operácie alebo z dôvodu uplynutia platnosti predoperačného vyšetrenia podľa klasifikácie ASA a súčasne pri dodržaní aktuálne platnej legislatívy, schválenej MZ SR. Výkon sa vykonáva samostatne s diagnózou, pre ktorú je poistenec plánovaný na operáciu. • V prípade odoslania poistenca k špecialistovi, najmä kód odbornosti 001 (vnútorné lekárstvo), za účelom vykonania predoperačného vyšetrenia alebo EKG, zdravotná poisťovňa poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súvislosti s predoperačným vyšetrením uhrádza iba cenou kapitácie.	17,33
62a	Cielené vyšetrenie pacienta s respiračným syndrómom pri pandémii COVID-19. Ide o cielené vyšetrenie dvoch alebo viacerých orgánových systémov (cielená anamnéza, resp. anamnéza od poslednej kontroly), opis subjektívnych ťažkostí, objektívny nález, vypísanie správy, záver, vypracovanie plánu do nasledujúcej kontroly. Poučenie o diéte a životospráve a predvolanie na vyšetrenie je súčasťou výkonu. <u>Výkon poisťovňa akceptuje za nasledovných podmienok:</u> • Pacient má COVID pozitívny výsledok nie starší ako 14 dní. • U detí do 10 rokov pri pozitívnej epidemiologickej anamnéze v rodine zaznamenatej v zdravotnej dokumentácii a klinických príznakoch dieťaťa, aj bez COVID-19 pozitívneho výsledku dieťaťa. • Pacient má príznaky, ktoré sú charakteristické pre COVID ochorenie. • Výkon sa nevykazuje v kombinácii s iným výkonom. • Maximálne 1 krát za týždeň na jedno rodné číslo. • Výkon môžu vykazovať nasledovné odbornosti: všeobecný lekár, pediater, internista, pneumoftizeológ, pediatrický pneumoftizeológ, infektológ, otorinolaryngológ, imunoalergológ	20,00
250D	Delegovaný odber krvi (odobratie krvi venepunkciou) pri návšteve pacienta v ambulancii VLDD. • Dodržať postup, ktorý ustanovuje Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o postupe objednávaní, vykonávaní a kontroly laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení zo dňa 10.06.2014 číslo 02032/2014-SZ v platnom znení. • Dodržať podmienky zdravotnej indikácie v zmysle účelného, efektívneho a hospodárneho nakladania s prostriedkami verejných zdrojov.	2,00

4571a	C – reaktívny proteín, pre kapítovaných poistencov s frekvenciou vykázania jedenkrát za deň na jedno rodné číslo. - Výkon môže byť vykázaný lekárom s odbornosťou 007 a 008. Cena zahŕňa náklady na odobratie biologického materiálu a vyhodnotenie výsledku CRP vyšetrenia, - platný doklad o zakúpení, resp. prenájme prístrojového vybavenia, - prehlásenie o zhode k prístroju, - zaznamenanie odčítania výsledku a vyhodnotenia výsledku v zdravotnej dokumentácii pacienta.	5,75
H0002	Intenzifikovaná zdravotná starostlivosť pre rizikových poistencov s obezitou. - Všeobecný lekár pre deti a dorast poskytuje zdravotnú starostlivosť deťom s obezitou v súlade s aktuálnym odborným usmernením MZ SR o diagnostike a liečbe obezity u detí. Intenzifikovaná zdravotná starostlivosť poskytovaná deťom s obezitou, uhrádzaná nad rámec kapitácie, zahŕňa zdravotnú starostlivosť poskytovanú deťom s obezitou bez komplikácií. Úvodný protokol a protokoly z následných kontrolných vyšetrení sú súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca (Protokoly sú uverejnené na webovej stránke poisťovne v časti tlačivá). Všeobecný lekár pre deti a dorast vykáže výkony intenzifikovanej starostlivosti poskytnuté poistencom s obezitou ako výkon H0002 s diagnózou E66.09. Poisťovňa akceptuje a osobitne nad rámec kapitácie uhrádza výkony intenzifikovanej starostlivosti vo frekvencii raz za 3 mesiace (maximálne 4x za rok). - V cene výkonu je zahrnuté aj vyhodnotenie laboratórnych výsledkov, odporúčenie ďalšej liečby a stanovenie ďalšieho postupu. Pri potrebnej vyššej frekvencii kontrolných vyšetrení sú tieto vyšetrenia uhrádzané v rámci kapitácie. V prípade odoslania dieťaťa k špecialistovi, najmä kód odbornosti 048 (gastroenterológia, detská gastroenterológia) alebo 050 (diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy) s diagnózou E66.09, je ďalšia poskytnutá zdravotná starostlivosť v súvislosti s diagnózou E66.09 uhrádzaná iba cenou kapitácie. Kontrolné laboratórne vyšetrenia indikuje VLDD v prípade patologických výsledkov úvodných vyšetrení, v závislosti od celkového zdravotného stavu poistenca.	10,00

1.4. Individuálna zložka úhrady – Individuálna dodatková kapitácia

Základ pre výpočet ceny IDK		
Špecializácia	Veková skupina	Základ v €
Všeobecný lekár pre deti a dorast	všetky	1,35

1.5. Hodnotiace parametre

Zameranie	Parameter	Kritérium splnenia	Váha	Plnenie
Poistenec	Gatekeeping	Percento ošetrovaných kapítovaných poistencov odoslaných do ambulancie špecializovanej ambulantnej starostlivosti neprekročí 25 %.	30%	Reálne plnenie poskytovateľa
		Percento ošetrovaných kapítovaných poistencov odoslaných do ambulancie špecializovanej ambulantnej starostlivosti je viac ako 25% a maximálne 30%.	20%	
		Percento ošetrovaných kapítovaných poistencov odoslaných do ambulancie špecializovanej ambulantnej starostlivosti je viac ako 30% a maximálne 35%.	10%	
	Racionálna preskripcia ATB pri vybraných diagnózach	Počet antibiotík predpísaných poistencom v ambulancii na ošetrovaného poistenca je rovný alebo pod hranicou pásma definovaným výpočtom v príslušnej referenčnej skupine ambulancii.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
	Prevencia	Preventívna prehliadka vykonaná aspoň u takého počtu poistencov, ktorý zodpovedá priemeru v príslušnej odbornosti v hodnotenom období.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
		Preventívna prehliadka vykonaná aspoň u takého počtu poistencov, ktorý zodpovedá 75% z priemeru v príslušnej odbornosti v hodnotenom období.	7%	
Elektronizácia	eNávrhy	Poskytovateľ vystavuje žiadosť o schválenie vybraných liekov, zdravotníckych pomôcok alebo kúpeľnej liečby formou eNávrhu.	10%	Reálne plnenie poskytovateľa

	eZdravie	Poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vedie zdravotnú dokumentáciu v súlade s ustanovením § 19 a nasl. Zákona č. 576/2004 Z. z. a súčasne zasiela údaje zo zdravotnej dokumentácie elektronickou formou do elektronickej zdravotnej knižky (EZK) v rozsahu § 5 Zákona č. 153/2013 Z. z.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
Dostupnosť	Ordinačný čas	Stanovenie týždenného čistého ordinačného času na aspoň 30 hodín pre každú ambulanciu.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
		Stanovenie ordinačných hodín do 16:00 hod. aspoň jeden deň v týždni pre každú ambulanciu.		

1.5.1 Doplnujúce informácie k Hodnotiacim parametrom

Prevenčia

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

Hodnotené obdobie: 12 po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov.

**Príloha č. 1d
k Zmluve č. 33NSP2000322**

Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti

Časť A. Ambulantná zdravotná starostlivosť

Čl. I

Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (všeobecné ustanovenia)

1. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu

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

Výkony uvedené v tabuľke Cena bodu sa vo všeobecnej ambulantnej starostlivosti a špecializovanej ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a 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.

2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

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

3. Individuálne zložky úhrady

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

3.1. Individuálna pripočítateľná položka

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

3.2. Hodnotiace parametre

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

HP vyhodnocuje poisťovňa dva krát počas kalendárneho roka nasledovným spôsobom:

I. vyhodnotenie

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

II. vyhodnotenie

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

Ak nie je hodnotené obdobie inak špecifikované v doplňujúcich informáciách k parametrom, vyhodnocuje sa predchádzajúci kalendárny polrok.

Každú zmenu Výsledného plnenia HP oznámi poisťovňa poskytovateľovi a to buď písomne formou listu, alebo elektronicky v ePobočke. Zmenu poisťovňa poskytovateľovi oznámi najneskôr v posledný deň mesiaca, ktorý predchádza mesiacu, od ktorého má byť zmena účinná.

HP vyhodnocuje poisťovňa u poskytovateľa za každý typ zdravotnej starostlivosti samostatne.

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

Pri parametroch kategórie „Poistenec“ sú poskytovatelia zaradení do referenčných skupín (odbornosť a typ poskytovateľa), v ktorých sa na základe vykazanej zdravotnej starostlivosti v hodnotenom období vypočíta stredná hodnota a štandardná odchýlka, ktorá slúži na určenie horného resp. dolného pásma pre účely vyhodnotenia plnenia príslušného parametra.

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

Čl. II

Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (ceny)

1. Špecializovaná ambulantná starostlivosť (typ ZS 200, 210 – vrátane UPC)

1.1. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu

Cena bodu			
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Počet bodov	Cena bodu v €
-	výkony z I. časti Zoznamu výkonov (v prípade, že v tejto tabuľke nie je uvedené inak)	-	0,03553
-	výkony z I. časti Zoznamu výkonov Pre odbornosti: reumatológia (045), gastroenterológia (048), kardiológia (049), oftalmológia (015), fyziatria balneológia a liečebná rehabilitácia (027)	-	0,03518
-	Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ).	-	0,009159
-	Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) vykonávané prístrojovou technikou ULTRAZVUK – USG a FUNKČNÁ DIAGNOSTIKA.	-	0,009574
1b	Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty, telefonicky alebo SMS. <u>Konzultácia s poistencom prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky obsahuje:</u> • cielenú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k jednému alebo viacerým orgánovým systémom alebo k psychickej poruche • popis subjektívnych ťažkostí, • diagnostický záver, • v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplývajú z konzultácie ohľadom zdravotného stavu, • v prípade potreby záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, • poskytnutie informácií poistencovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane nefarmakologickej a farmakologickej terapie. <u>Vykazovanie zdravotného výkonu:</u> • výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia poistenca, • súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj o realizácii, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, • vyhotovenie záznamu v eZdravie, • výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, • výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie poistenca, <u>Povolená frekvencia akceptovania zdravotného výkonu:</u> 1-krát za deň a maximálne 3-krát za kalendárny mesiac na jedného poistenca.	160	0,0350
1c	Krízová psychoterapeutická intervencia alebo individuálna psychoterapia alebo psychodiagnostický rozhovor prostredníctvom elektronickej komunikácie. <u>Popis zdravotného výkonu (ďalej len „výkon“):</u> Krízová psychoterapeutická intervencia s pacientom telefonicky, alebo prostredníctvom elektronickej pošty, alebo webovej aplikácie, alebo videohovoru obsahuje: • cielenú anamnézu/heteroanamnézu, • popis subjektívnych ťažkostí,	1000	0,0350

	• krízovú psychoterapeutickú intervenciu ako okamžité opatrenie pri akútnej psychickej dekompenzácii (napríklad pokus o samovraždu), • diagnostický záver, • poučenie o psychohygiene, • v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/zdravotníckych pomôcok, • prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára, • individuálna psychoterapia (trvanie najmenej 50 minút) • rozhovor so súčasným zisťovaním biografickej anamnézy na psychoterapeutické účely, s písomným záznamom vrátane rady pacientovi (trvanie najmenej 20 minút) • poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie. <u>Vykazovanie výkonu:</u> • výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez osobnej prítomnosti pacienta, • zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii, • súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj o realizácii, popis zdravotného výkonu v trvaní najmenej 45 minút, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára, • vyhotovenie záznamu v eZdravie, • výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, • výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta, • výkon sa vykazuje samostatne, najviac 1x za deň na jedného pacienta, • opakované vykávanie v jednom liečebnom prípade vyžaduje osobitné zdôvodnenie v zdravotnej dokumentácii. • Výkon sa vykazuje v odbornosti: psychiatria, detská psychiatria, gerontopsychiatria a klinická psychológia		
4a	Vykonanie jednoduchého zdravotného výkonu. <u>Charakteristika zdravotného výkonu:</u> napríklad kontrola krvného tlaku pri liečení hypertenzie, odstránenie stehov, lokálne ošetrenie podnebných mandlí, aplikácia liečiv, napríklad do vonkajšieho zvukovodu a podobne. Výkon je možné vykázať pri kontrole selfmonnitoringu glykémie a pri manipulácii s močom. Neakceptuje sa ako vypísanie žiadanky, receptu, zhodnotenie výsledkov. Vykazuje sa samostatne. <u>Povolená frekvencia akceptovania zdravotného výkonu:</u> 1 x za deň, max. 2 x za 6 mesiacov. • zdravotný výkon vykonáva diabetológ, pediatrický endokrinológ	80	0,03553
11a	Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor). <u>Charakteristika zdravotného výkonu:</u> Konzultácia s poistencom prostredníctvom elektronickej komunikácie (webová aplikácia, videohovor) v online prostredí, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie. <u>Konzultácia s pacientom obsahuje:</u> • cielenú anamnézu a popis subjektívnych ťažkostí, • zhodnotenie výsledkov • v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP a vypísania žiadaniek • poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým a liečebným postupom	210	0,0350

	• poučenie poistenca • určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení-návštevy iného lekára. <u>Vykazovanie zdravotného výkonu:</u> • výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta a zaznamená sa v zdravotnej dokumentácii • súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj o realizácii, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení návštevy iného lekára, • vyhotovenie záznamu v eZdravie, • výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, • výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta, • výkon sa vykazuje najviac 1x za deň na jedného poistenca.		
15d	Zhodnotenie rtg. dokumentácie. • Zhodnotenie nie je vykonané pracoviskom RTG. • Vrátane popisu v zdravotnej dokumentácii. Výkon môžu vykazovať odbornosti: chirurgia, traumatológia, ortopédia, pneumológia, otorinolaryngológia, reumatológia, neurológia, kardiológia a všetky odbornosti uvedené v tomto bode s prívlastkom pediatrická.	150	0,0260
40	Zotrúvanie pri pacientovi môže vykazovať ošetrujúci lekár za prvú skončenú polhodinu a za každú ďalšiu začatú polhodinu zotrúvania pri pacientovi. Podmienky úhrady pre odbornosť 040: Výkon 40 sa akceptuje pri podávaní biologickej liečby, substituúnej liečby imunoglobulínmi, a pri zahájení alergénovej imunoterapie. Nutný zápis času podania a časového intervalu sledovania v ZD pacienta.	200	0,03553
40	Zotrúvanie pri pacientovi môže vykazovať ošetrujúci lekár za prvú skončenú polhodinu a za každú ďalšiu začatú polhodinu zotrúvania pri pacientovi. Podmienky úhrady pre odbornosť 003, 156: Výkon 40 sa akceptuje pri podávaní biologickej liečby. Nutný zápis času podania a časového intervalu sledovania v ZD pacienta.	200	0,03553
60	Komplexné vyšetrenie pacienta: kompletná anamnéza, vyšetrenie všetkých orgánových systémov, založenie zdravotnej dokumentácie, zhodnotenie výsledkov vyšetrení, diagnostický záver, liečebný plán a/alebo zaradenie do dispenzárnej starostlivosti, odoslanie pacienta na ďalšie laboratórne, prístrojové alebo odborné vyšetrenia -vypísanie žiadaniek, poučenie pacienta, vypísanie receptov a lekárskej správy, ak vyšetrenie trvá dlhšie ako 30 minút.	500	0,03553
	Pre odbornosti: neurológia, pediatrická neurológia, pediatrická gastroenterológia, vnútorné lekárstvo, geriatria, pediatrická nefrológia, pediatrická endokrinológia	620	
	Pre odbornosti: reumatológia (045), gastroenterológia (048), kardiológia (049), oftalmológia (015), fyziatria balneológia a liečebná rehabilitácia (027)	500	0,03518
60a	Komplexné predoperačné vyšetrenie vrátane odberov krvi, zhodnotenia laboratórnych a prístrojových vyšetrení. Komplexné predoperačné vyšetrenie pre endokrinologické operačné dg., vrátane zhodnotenia výsledkov laboratórnych a prístrojových vyšetrení. <u>Výkon sa vykazuje s príslušnou diagnózou operačného výkonu v súvislosti s endokrinologickým ochorením.</u> Povolená kombinácia s výkonmi 15c a 603A alebo 5702; 250x a/alebo 3525 alebo 3526, 3592 (pokiaľ SVLZ vyšetrenia nerealizovalo SVLZ pracovisko)	500	0,03553

	Zakázaná kombinácia s výkonmi 60; 62; 63; 1; IPP*; 15a; 15b; 1b; 70; 11a 1x deň na 1 URČ; 1x pri jednej operácii (opakovane len v odôvodnených prípadoch) Súčasťou výkonu je aj kompletná lekárska správa. Výkon môže vykonať: endokrinológ, pediatrický endokrinológ ak pacienta indikoval na operačný výkon.		
62	Cielené vyšetrenie dvoch alebo viacerých orgánových systémov alebo dispenzárna kontrola (cielená anamnéza, resp. anamnéza od poslednej kontroly), popis subjektívnych obtíží, objektívny nález, zhodnotenie výsledkov, vypísanie správy, záver, vypracovanie plánu do nasledujúcej kontroly. Poučenie o diéte a životospráve a predvolanie na vyšetrenie je súčasťou výkonu, ak vyšetrenie trvá dlhšie ako 20 minút.	310	0,03553
	Pre odbornosti: neurológia, pediatrická neurológia, pediatrická gastroenterológia, vnútorné lekárstvo, geriatria, pediatrická nefrológia, pediatrická endokrinológia	400	
	Pre odbornosti: reumatológia (045), gastroenterológia (048), kardiológia (049), oftalmológia (015), fyziatria balneológia a liečebná rehabilitácia (027)	310	0,03518
63	Dôkladné vyšetrenie jedného orgánového systému alebo kontrolné vyšetrenie vrátane rád a dokumentácie.	250	0,03553
	Pre odbornosti: neurológia, pediatrická neurológia, pediatrická gastroenterológia, vnútorné lekárstvo, geriatria, pediatrická nefrológia, pediatrická endokrinológia	310	
	Pre odbornosti: reumatológia (045), gastroenterológia (048), kardiológia (049), oftalmológia (015), fyziatria balneológia a liečebná rehabilitácia (027)	250	0,03518
65	Priplatok pri sťaženom výkone. Pri výkonoch pod kódmi 61, 62, 63 a pri výkonoch v rádiológii a v rádioterapii. Výnimka v uznávaní výkonu pre odbornosti: 001, 002, 003, 004, 005, 007, 010, 015, 017, 027, 040, 048, 050, 063, 064, 104, 105, 107, 108, 109, 114, 140, 145, 153, 154, 155, 156, 163, 323, 329, 331, 335, 336, 341 akceptované ako príplatok u dieťaťa do veku desiatich rokov. Pre odbornosť 019 – klinická onkológia Povolená kombinácia s výkonmi č. 3306, 3288 a 3289. Výkon možno vykazovať s konkrétnou diagnózou podmieňujúcou príplatkový výkon, ktorá je dohľadateľná v osobnom účte pacienta. Príplatok pri sťaženom výkone u pacienta ťažko mobilného, imobilného, mentálne postihnutého, dementného, zrakovo alebo sluchovo postihnutého a u dieťaťa do veku desiatich rokov. Nemožno vykazovať súčasne aj z dôvodu veku aj z dôvodu zdravotného postihnutia.	200	0,03553
	Cena bodu pre odbornosti: reumatológia (045), gastroenterológia (048), kardiológia (049), oftalmológia (015), fyziatria balneológia a liečebná rehabilitácia (027)	200	0,03518
66	Priplatok pri sťaženom výkone. Pri výkone pod kódom 60. Výnimka v uznávaní výkonu pre odbornosti: 001, 002, 003, 004, 005, 007, 010, 015, 017, 027, 040, 048, 050, 063, 064, 104, 105, 107, 108, 109, 114, 140, 145, 153, 154, 155, 156, 163, 323, 329, 331, 335, 336, 341 akceptované ako príplatok u dieťaťa do veku desiatich rokov. Pre odbornosť 019 – klinická onkológia Povolená kombinácia s výkonmi č. 3306, 3288 a 3289. Výkon možno vykazovať s konkrétnou diagnózou podmieňujúcou príplatkový výkon, ktorá je dohľadateľná v osobnom účte pacienta.	320	0,03553

	Príplatok pri sťaženom výkone u pacienta ťažko mobilného, imobilného, mentálne postihnutého, dementného, zrakovo alebo sluchovo postihnutého a u dieťaťa do veku desiatich rokov. Nemožno vykazovať súčasne aj z dôvodu veku aj z dôvodu zdravotného postihnutia. Cena bodu pre odbornosti: reumatológia (045), gastroenterológia (048), kardiológia (049), oftalmológia (015), fyziatria balneológia a liečebná rehabilitácia (027)	320	0,03518
67	Príplatok pri sťaženom výkone. Príplatok u dieťaťa do veku piatich rokov pri výkonoch - odber krvi, injekcie, infúzie, transfúzie, infiltrácie, implantácie, odobratie sterov, punkcie a pri výkone očkovania. Príplatok u dieťaťa do veku desiatich rokov pre odbornosti: 001, 002, 003, 004, 005, 007, 010, 015, 017, 040, 048, 050, 063, 064, 104, 105, 107, 108, 109, 114, 140, 145, 153, 154, 155, 156, 163, 323, 329, 331, 335, 336, 341 pri výkonoch - odber krvi, injekcie, infúzie, transfúzie, infiltrácie, implantácie, odobratie sterov, punkcie a pri výkone očkovania. Pre odbornosť 019 – klinická onkológia Povolená kombinácia s výkonmi č. 3306, 3288 a 3289. Výkon možno vykazovať u dieťaťa do veku desiatich rokov pri výkonoch - odber krvi, injekcie, infúzie, transfúzie, infiltrácie, implantácie, odobratie sterov, punkcie a pri výkone očkovania. Cena bodu pre odbornosti: reumatológia (045), gastroenterológia (048), kardiológia (049), oftalmológia (015), fyziatria balneológia a liečebná rehabilitácia (027)	200	0,03553
	Cena bodu pre odbornosti: reumatológia (045), gastroenterológia (048), kardiológia (049), oftalmológia (015), fyziatria balneológia a liečebná rehabilitácia (027)	200	0,03518
70	Opätovné lekárske vystavenie receptov a/alebo poukazov na základe požiadavky poistenca prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefónu. <u>Charakteristika zdravotného výkonu:</u> - Vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronickou formou na lieky/zdravotnícke pomôcky/dietetické potraviny, ktoré poistenec užíva minimálne jeden mesiac, a nebola realizovaná zmena dávkovania lieku alebo liekovej formy lieku <u>Vykazovanie zdravotného výkonu:</u> - výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia poistenca, - súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj o realizácii, - vyhotovenie záznamu v eZdravie, - údaj, kedy bol recept/lekársky poukaz vypísaný, - údaj o predpise lieku/zdravotníckej pomôcky/dietetickej potraviny poistencovi prostredníctvom elektronických služieb, - výkon sa vzťahuje na jedného poistenca bez ohľadu na počet liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín, ktoré boli poistencovi predpísané formou receptu/lekárskeho poukazu alebo formou jednorazového elektronického predpisu (t. j. za týchto podmienok sa výkon vykazuje najviac v počte 1x za deň na jedného poistenca), - výkon sa vykazuje samostatne za každý vystavený recept a/alebo poukaz, ak ide o elektronický predpis liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín typu opakovaný recept (preskripčný záznam s poznámkou „REPETATUR“), - výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi. <u>Povolená frekvencia akceptovania zdravotného výkonu:</u> 2-krát za kalendárny mesiac na jedného poistenca.	40	0,0350
158	Preventívna urologická prehliadka u mužov od 50. roku veku. Výkon sa vykazuje v odbornosti 012 s diagnózou Z12.5. <u>Frekvencia výkonu</u> – raz za 3 roky.	390	0,0800

158A	Preventívna urologická prehliadka u mužov od 40. roku veku s výskytom karcinómu prostaty v prvostupňovom príbuzenstve. • Výkon sa vykazuje v odbornosti 012 s diagnózou Z12.5. <u>Frekvencia výkonu</u> – raz za 3 roky.	390	0,0800
158B	Preventívna urologická prehliadka u mužov nad 40 rokov veku s hodnotami PSA $\leq 1,0$ ng/ ml v prípade výskytu karcinómu prostaty v prvostupňovom príbuzenstve. • Výkon sa vykazuje v odbornosti 012 s diagnózou Z12.5 <u>Frekvencia výkonu</u> – raz za 3 roky.	390	0,0800
158C	Preventívna urologická prehliadka u mužov nad 40 rokov veku s hodnotami PSA 1,1 ng/ ml - 2,5 ng/ ml v prípade výskytu karcinómu prostaty v prvostupňovom príbuzenstve. • Výkon sa vykazuje v odbornosti 012 s diagnózou Z12.5. <u>Frekvencia výkonu</u> – raz za 2 roky.	390	0,0800
158D	Preventívna urologická prehliadka u mužov nad 40 rokov veku s hodnotami PSA 2,6 ng/ ml - 4,0 ng/ ml v prípade výskytu karcinómu prostaty v prvostupňovom príbuzenstve. • Výkon sa vykazuje v odbornosti 012 s diagnózou Z12.5. <u>Frekvencia výkonu</u> – raz za 1 rok.	390	0,0800
200	Obväz s výnimkou rýchlych obväzov a sprejov, očných a ušných klapiek, trojuholníkových šatiek, hotových náplastí alebo hotových kravatových obväzov na rany. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> chirurgia	80	0,03553
260a	Zavedenie katétra do periférnej ciev. Neakceptuje sa v kombinácii s výkonmi 253, 271, 272 pri jednorazovom podaní lieku. Nevykazuje sa s výkonom 261 pri jednorazovom podaní liečiva ani pri podaní kontrastnej látky pred vyšetrením CT alebo MR. Nemôže sa kombinovať s výkonom 260. <u>Vykazuje sa</u> 1 x za tri dni pri infúznej liečbe trvajúcej niekoľko po sebe nasledujúcich dní. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> neurológia.	150	0,03553
360	Digitálne vyšetrenie konečníka, prípadne aj prostaty. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatrická gastroenterológia, hepatológia a výživa	180	0,03553
361	Proktoskopia. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatrická gastroenterológia, hepatológia a výživa	360	0,03553
363	Digitálne vyprázdnenie konečníka. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatrická gastroenterológia, hepatológia a výživa	480	0,03553
364	Repozícia análneho slizničného prolapsu. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatrická gastroenterológia, hepatológia a výživa	240	0,03553
365	Repozícia prietrže konečníka. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatrická gastroenterológia, hepatológia a výživa	660	0,03553
366	Nekrvavé rozšírenie sfinktera konečníka. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatrická gastroenterológia, hepatológia a výživa	600	0,03553
367	Odstránenie cudzích telies z konečníka. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatrická gastroenterológia, hepatológia a výživa	600	0,03553
401	Povrchová anestézia orofaryngu alebo hltana, alebo hrtana a (alebo) bronchiálnej oblasti.	100	0,03553

	Výkon možno vykázat pri endoskopických výkonoch v hornom gastrointestinálnom trakte. <u>Podmienky úhrady aj pre odbornosť:</u> pediatrická gastroenterológia, hepatológia a výživa		
401	Povrchová anestézia orofaryngu alebo hltana, alebo hrtana a (alebo) bronchiálnej oblasti. Výkon možno vykázat pri endoskopických výkonoch v hornom gastrointestinálnom trakte. Podmienky úhrady aj pre odbornosť: gastroenterológia	100	0,03518
735	Bužirovanie pažeráka, za jedno ošetrenie. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatrická gastroenterológia, hepatológia a výživa	1500	0,03553
736	Pažeráková manometria. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatrická gastroenterológia, hepatológia a výživa	1800	0,03553
737	Liečba roztahovaním spodného zvierača pažeráka (rozširovanie kardie), za jedno ošetrenie. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatrická gastroenterológia, hepatológia a výživa	1800	0,03553
740	Ezofagoskopia, prípadne aj probatórna excízia a (alebo) punkcia. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatrická gastroenterológia, hepatológia a výživa	2840	0,03553
741	Gastroskopia a/alebo parciálne vyšetrenie dvanástnika, prípadne aj ezofagoskopia, probatórna excízia, punkcia <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatrická gastroenterológia, hepatológia a výživa	4940	0,03553
745	Odstránenie cudzieho telesa z pažeráka, žalúdka alebo dvanástnika. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatrická gastroenterológia, hepatológia a výživa	4040	0,03553
745A	Ošetrenie krvácajúceho vredu. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatrická gastroenterológia, hepatológia a výživa	1200	0,03553
745B	Ošetrenie krvácajúceho vredu pomocou hemoklipov. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatrická gastroenterológia, hepatológia a výživa	2540	0,03553
746	Endoskopická sklerotizácia varixov alebo ulcerácií v oblasti horného gastrointestinálneho traktu, za jedno ošetrenie. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatrická gastroenterológia, hepatológia a výživa	5840	0,03553
755	Rektoskopia, prípadne aj excízia tkaniva a (alebo) punkcia. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatrická gastroenterológia, hepatológia a výživa	2240	0,03553
756	Parciálna sigmoidoskopia flexibilným nástrojom vrátane rektoskopie, prípadne aj odobratie bioptickej vzorky a (alebo) punkcia. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatrická gastroenterológia, hepatológia a výživa	4340	0,03553
760	Endoskopické vyšetrenie v oblasti colon descendens spolu so sigmoidoskopiou, s rektoskopiou, v prípade potreby aj s biopsiou a (alebo) punkciou vrátane kontroly polohy endoskopu. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatrická gastroenterológia, hepatológia a výživa	5840	0,03553

761	Endoskopické vyšetrenie v oblasti colon transversum vrátane výkonu pod kódom 760, v prípade potreby aj s biopsiou a (alebo) kontrolou polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatriká gastroenterológia, hepatológia a výživa	7340	0,03553
762	Endoskopické vyšetrenie v oblasti colon ascendeňs vrátane výkonu pod kódom 761, v prípade potreby aj s biopsiou a (alebo) punkciou a kontrolou polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatriká gastroenterológia, hepatológia a výživa	8840	0,03553
763	Endoskopické vyšetrenie céka vrátane výkonu pod kódom 762, v prípade potreby aj s biopsiou a (alebo) punkciou a kontrolou polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatriká gastroenterológia, hepatológia a výživa	10340	0,03553
763a	Endoskopické vyšetrenie céka a (alebo) terminálneho ilea vrátane výkonu pod kódom 762, v prípade potreby aj s biopsiou a (alebo) punkciou a kontrolou polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatriká gastroenterológia, hepatológia a výživa	11838	0,03553
763P	Preventívna prehliadka konečníka a hrubého čreva kolonoskopom.	-	0,049
763M		-	0,049
765p	Odstránenie jedného polypu pomocou vysokofrekvenčnej elektrickej slučky (elektrických klieští - hot biopsy) – preventívny výkon. Výkon sa vykazuje s diagnózou Z12.1	946	0,03553
765p	Odstránenie jedného polypu pomocou vysokofrekvenčnej elektrickej slučky (elektrických klieští - hot biopsy) – preventívny výkon. Výkon sa vykazuje s diagnózou Z12.1 <u>Cena bodu pre odbornosti:</u> gastroenterológia (048)	946	0,03518
760sp	Parciálna skriningová kolonoskopia (SK) endoskopické vyšetrenie v oblasti colon descendens spolu so sigmoidoskopiou, rektoskopiou, v prípade potreby aj s biopsiou a/alebo punkciou vrátane kontroly polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy. • Preventívny výkon. • Výsledok kontroly – pozitívny. • Frekvencia výkonu raz za 10 rokov. • Výkon sa poskytuje 50 a viac ročným poistencom. • Výkon sa vykazuje s diagnózou Z12.1. Výkon môžu vykazovať špecialisti v odbornosti 001, 010 a 048, ktorí majú certifikát v certifikovanej činnosti diagnostická a intervenčná kolonoskopia a pracujú na endoskopických pracoviskách zaradených do skriningu kolorektálneho karcinómu, zoznam ktorých je zverejnený na webovej stránke ministerstva zdravotníctva SR.	1500	0,049
760sn	Parciálna skriningová kolonoskopia (SK) (endoskopické vyšetrenie v oblasti colon descendens spolu so sigmoidoskopiou, rektoskopiou, v prípade potreby aj s biopsiou a/alebo punkciou vrátane kontroly polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy). • Preventívny výkon. • Výsledok kontroly – negatívny • Frekvencia výkonu raz za 10 rokov. • Výkon sa poskytuje 50 a viac ročným poistencom. • Výkon sa vykazuje s diagnózou Z12.1.	1500	0,049

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

	a intervenčná kolonoskopia a pracujú na endoskopických pracoviskách zaradených do skrínungu kolorektálneho karcinómu, zoznam ktorých je zverejnený na webovej stránke ministerstva zdravotníctva SR.		
763pp	Totálna primárna skriningová kolonoskopia (PSK) (endoskopické vyšetrenie počnúc rektoskopiou po vyšetrenie céka vrátane, v prípade potreby aj s biopsiou a/alebo punkciou vrátane kontroly polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy). • Preventívny výkon. • Výsledok kontroly – pozitívny. • Frekvencia výkonu raz za 10 rokov. • Výkon sa poskytuje 50 a viac ročným poistencom. • Výkon sa vykazuje s diagnózou Z12.1. • Výkon môžu vykazovať špecialisti v odbornosti 001, 010 a 048, ktorí majú certifikát v certifikovanej činnosti diagnostická a intervenčná kolonoskopia a pracujú na endoskopických pracoviskách zaradených do skrínungu kolorektálneho karcinómu, zoznam ktorých je zverejnený na webovej stránke ministerstva zdravotníctva SR.	3000	0,049
763pn	Totálna primárna skriningová kolonoskopia (PSK) (endoskopické vyšetrenie počnúc rektoskopiou po vyšetrenie céka vrátane, v prípade potreby aj s biopsiou a/alebo punkciou vrátane kontroly polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy). • Preventívny výkon. • Výsledok kontroly – negatívny • Frekvencia výkonu raz za 10 rokov. • Výkon sa poskytuje 50 a viac ročným poistencom. • Výkon sa vykazuje s diagnózou Z12.1. • Výkon môžu vykazovať špecialisti v odbornosti 001, 010 a 048, ktorí majú certifikát v certifikovanej činnosti diagnostická a intervenčná kolonoskopia a pracujú na endoskopických pracoviskách zaradených do skrínungu kolorektálneho karcinómu, zoznam ktorých je zverejnený na webovej stránke ministerstva zdravotníctva SR.	3000	0,049
802	Elektroencefalografické vyšetrenie vrátane prípadných provokácií. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> neurológia.	940	0,03553
	<u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatričná neurológia.	1880	0,03553
803	Elektroencefalografické vyšetrenie dieťaťa do skončeného ôsmeho roku života vrátane prípadných provokácií. • Výkon zahŕňa aj vyhodnotenie a popis. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> neurológia.	1125	0,03553
	<u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatričná neurológia.	2250	0,03553
804	Elektroencefalografické vyšetrenie po fáze bdenia, prípadne po odvrátení spánku po provokáciách. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> neurológia.	1125	0,03553
	<u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatričná neurológia.	2250	0,03553
813	Príplatok k výkonu č. 802 za simultánne elektroencefalografické monitorovanie <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> neurológia	60	0,03553
	<u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatričná neurológia.	120	0,03553

819d	Vertebrologické vyšetrenie vrátane poučenia a manipulácie (opakovane), mobilita eventuálne zvodová anestézia. • Výkon možno vykazovať v prípade komplexného vertebrologického vyšetrenia pri vertebrogénnych ochoreniach. • Výkon sa môže vykazovať v odbornosti neurológia. • Podmienkou úhrady je zápis vyšetrenia v zdravotnej dokumentácii pacienta. • Výkon sa môže vykazovať s výkonom č. 62 a 63 v prípade, ak je potrebné komplexné vertebrologické vyšetrenie. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> neurológia.	600	0,03553
	<u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> pediatričná neurológia.	1200	0,03553
820	Prvé komplexné psychiatrické vyšetrenie pacienta <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> psychiatria, detská psychiatria, medicína drogových závislostí, gerontopsychiatria, psychiatrická sexuológia, neuropsychiatria	1095	0,03553
821	Podrobné psychiatrické vyšetrenie pred zahájením liečby <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> psychiatria, detská psychiatria, medicína drogových závislostí, gerontopsychiatria, psychiatrická sexuológia, neuropsychiatria	1025	0,03553
822	Kontrolné psychiatrické vyšetrenie vrátane rád a dokumentácie. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> psychiatria, detská psychiatria, medicína drogových závislostí, gerontopsychiatria, psychiatrická sexuológia, neuropsychiatria	415	0,03553
825	Kontrolné vyšetrenie a dispenzárna starostlivosť, vrátane rád a dokumentácie. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> psychiatria, detská psychiatria, medicína drogových závislostí, gerontopsychiatria, psychiatrická sexuológia, neuropsychiatria	540	0,03553
826	Kontrolné psychiatrické vyšetrenie s liečbou psychopatologicky definovaného chorobného stavu ako okamžité opatrenie pri akútnej psychickej dekompenzácií (pokus o samovraždu) vrátane verbálnej intervencie vzťahujúcej sa na príslušný syndróm. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> psychiatria, detská psychiatria, medicína drogových závislostí, gerontopsychiatria, psychiatrická sexuológia, neuropsychiatria	865	0,03553
840	Zisťovanie biografickej anamnézy <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> psychiatria, detská psychiatria, medicína drogových závislostí, gerontopsychiatria, psychiatrická sexuológia, neuropsychiatria	805	0,03553
841	Zisťovanie celkového psychiatrického stavu dieťaťa alebo mladistvého <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> psychiatria, detská psychiatria, medicína drogových závislostí, psychiatrická sexuológia, neuropsychiatria	2450	0,03553
842	Kontrolné pedopsychiatrické vyšetrenie a liečba psychopatologicky definovaného chorobného obrazu dieťaťa. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> detská psychiatria	1035	0,03553
847	Podporné vedenie osoby <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> psychiatria, detská psychiatria, medicína drogových závislostí, gerontopsychiatria, psychiatrická sexuológia, neuropsychiatria	610	0,03553
904	Odstránenie a (alebo) následné ošetrenie do piatich plantárnych, dlaňových alebo paraunguálnych bradavíc alebo porovnateľných kožných zmien. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> dermatovenerológia a detská dermatovenerológia	150	0,03553

916	Ošetrovanie dermatóz na hlave vrátane čistenia kože. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> dermatovenerológia a detská dermatovenerológia	230	0,03553
917	Ošetrovanie dermatóz na krku vrátane čistenia kože. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> dermatovenerológia a detská dermatovenerológia	230	0,03553
918	Ošetrovanie dermatóz na jednej končatine vrátane čistenia kože. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> dermatovenerológia a detská dermatovenerológia	230	0,03553
919	Ošetrovanie dermatóz na trupe vrátane čistenia kože. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> dermatovenerológia a detská dermatovenerológia	265	0,03553
941	Špeciálne kožné vyšetrenia <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> dermatovenerológia a detská dermatovenerológia	140	0,03553
944	Vyšetrenie prekanceróz a nádorov pomocou dermatoskopu, prípadne operačným mikroskopom <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> dermatovenerológia a detská dermatovenerológia	175	0,03553
945	Vyšetrenie Woodovou lampou. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> dermatovenerológia a detská dermatovenerológia	60	0,03553
1240	Vyšetrenie štrbinovou lampou: predného a (alebo) stredného segmentu oka, vyšetrenie predného segmentu fluoresceínom. <u>Podmienky akceptovania pre odbornosť:</u> 336: Výkon možno vykázat' maximálne 2 krát za deň na poistenca.	70	0,03553
1240	Vyšetrenie štrbinovou lampou: predného a (alebo) stredného segmentu oka, vyšetrenie predného segmentu fluoresceínom. <u>Podmienky akceptovania pre odbornosť:</u> 015: Výkon možno vykázat' maximálne 2 krát za deň na poistenca.	70	0,03518
1246	Oftalmoskopia - vyšetrenie očného pozadia oftalmoskopom. <u>Podmienky akceptovania pre odbornosť:</u> 336: Výkon možno vykázat' maximálne 2 krát za deň na poistenca.	120	0,03553
1246	Oftalmoskopia - vyšetrenie očného pozadia oftalmoskopom. <u>Podmienky akceptovania pre odbornosť:</u> 015: Výkon možno vykázat' maximálne 2 krát za deň na poistenca.	120	0,03518
1251	Diferenciácia a lokalizácia zmien sietnice panfundoskopom a vyšetrenie nepriamym oftalmoskopom. <u>Podmienky akceptovania pre odbornosť:</u> 336: Výkon možno vykázat' maximálne 2 krát za deň na poistenca.	270	0,03553
1251	Diferenciácia a lokalizácia zmien sietnice panfundoskopom a vyšetrenie nepriamym oftalmoskopom. <u>Podmienky akceptovania pre odbornosť:</u> 015: Výkon možno vykázat' maximálne 2 krát za deň na poistenca.	270	0,03518
1266	Pachymetria rohovky. Meranie hrúbky rohovky jedného oka ultrazvukovým pachymetrom vrátane obrazovej a grafickej dokumentácie, v prípade potreby porovnávacie vyšetrenie druhého oka. <u>Podmienky akceptovania pre odbornosť:</u> 336: Výkon možno vykázat' maximálne 2 krát za deň na poistenca.	160	0,03553
1266	Pachymetria rohovky. Meranie hrúbky rohovky jedného oka ultrazvukovým pachymetrom vrátane obrazovej a grafickej dokumentácie, v prípade potreby porovnávacie vyšetrenie druhého oka. <u>Podmienky akceptovania pre odbornosť:</u> 015: Výkon možno vykázat' maximálne 2 krát za deň na poistenca.	160	0,03518
1410	Endoskopické vyšetrenie nosových dutín a (alebo) nosohltanu. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> otorinolaringológia; pediatrická otorinolaringológia	350	0,03553
1540	Odstránenie ušného mazu jednostranne. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> otorinolaringológia; pediatrická otorinolaringológia	60	0,03553

1550	Binokulárne otomikroskopické a rinomikroskopické vyšetrenie vonkajšieho, stredného ucha jednostranne. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť: otorinolaringológia; pediatrická otorinolaringológia</u>	200	0,03553
2006	Odstránenie sutúry alebo svoriek z malej rany, prípadne pri viacnásobnom ošetrovaní. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť: chirurgia</u>	80	0,03553
2007	Odstránenie sutúry alebo stehov z veľkej rany. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť: chirurgia</u>	120	0,03553
2018	Ošetrovanie malej rany hojacej sa per secundam. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť: chirurgia</u>	165	0,03553
2018A	Ošetrovanie veľkej rany hojacej sa per secundam. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť: chirurgia</u>	440	0,03553
2100	Excízia malého kúska sliznice alebo kože (malý benígny tumor, napríklad epulis, hyperplázia, leukoplakia, probatórna excízia) alebo excízia malého, v koži uloženého nádoru. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť: chirurgia</u>	190	0,03553
2101	Excízia veľkého poľa kože. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť: chirurgia</u>	240	0,03553
2106	Extirpácia jedného benígneho nádoru alebo mazovej žľazy. <u>Podmienky úhrady pre odbornosť: chirurgia</u>	840	0,03553
3130	Indikácia a špecifikácia ortopedicko-protetickej pomôcky. <u>Podmienka úhrady pre odbornosť: ortopédia</u>	265	0,03553
3135	Cielená a odborná inštrukcia a oboznámenie pacienta (alebo doprovodu) s používaním a obsluhou jednoduchých ortopedicko - protetických a kompenzačných pomôcok. <u>Podmienka úhrady pre odbornosť: ortopédia</u>	220	0,03553
3215	Mobilizujúce ošetrovanie chrbtice alebo jedného kĺbu, alebo viacerých kĺbov končatín pomocou techniky na mäkkých častiach, za každé ošetrovanie. <u>Podmienka úhrady pre odbornosť: ortopédia</u>	415	0,03553
3286	Iniciálne odborné vyšetrenie pacienta s onkologickým ochorením, vypracovanie diagnostického postupu s určením štádia nádorovej choroby vrátane dokumentácie na špecializovanom onkologickom pracovisku.	1440	0,03553
3287	Vyšetrenie pacienta s onkologickým ochorením pred podaním prvej chemoterapie, výber chemoterapie, výpočet povrchu tela s dokumentáciou.	960	0,03553
3288	Vyšetrenie pacienta s onkologickým ochorením pred druhou a ďalšou cytostatickou kúrou so zhodnotením toxicity a s dokumentáciou.	540	0,03553
3289	Vyšetrenie pacienta s onkologickým ochorením pri relapse alebo progresii s určením terapeutického stratégie.	1200	0,03553
3306	Kontrolné vyšetrenie pacienta po chemoterapii alebo po inej onkologickej liečbe so sledovaním neskorej toxicity a stavu nádorového ochorenia vrátane dokumentácie.	420	0,03553
5300	USG vyšetrenie hornej časti brucha V odbornosti 154	4250	0,009574
5301	Vyšetrenie jedného orgánu alebo orgánového systému (nemôže sa vykazovať s výkonmi pod kódmi 5300, 5302 až 5312) V odbornosti 154, 163	1500	0,009574
5302	Ako súčasť preventívnej prehliadky u urológa. Vyšetrenie močového traktu a orgánov malej panvy u muža (nemôže sa vykazovať s výkonom pod kódom 5300)	1000	0,009574
5312	USG vyšetrenie kĺbov, svalov a mäkkých tkanív.	1500	0,009574
5702	Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie.	550	0,009574

	<u>Podmienkou akceptácie</u> je príslušné prístrojové vybavenie ambulancie akceptované poisťovňou (doklad o nadobudnutí prístroja, prehlásenie o zhode, zaškolenie). <u>Výkon je možné vykázať pri dg:</u> Výkon je možné vykázať pri diagnózach E10.* diabetes mellitus typ 1, E11.* diabetes mellitus typ 2, E12.*diabetes mellitus súvisiaci s podvýživou, E13.* iný bližšie určený diabetes mellitus, E14.* nešpecifikovaný diabetes mellitus, E16.* ostatné poruchy vylučovania podžalúdočnej žľazy, O24.* diabetes mellitus v gravidite, E78.* porucha metabolizmu tukov, E79.* porucha metabolizmu purínu a pyrimidínu, E66.* obezita, R73.* zvýšená hladina glukózy v krvi. <u>Výkon môže vykázať diabetológ</u> pri stabilizovanom stave chronického ochorenia 1 x za rok na URČ.		
5702	Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie. <u>Podmienkou akceptácie</u> je príslušné prístrojové vybavenie ambulancie akceptované poisťovňou (doklad o nadobudnutí prístroja, prehlásenie o zhode, zaškolenie). Výkon sa môže vykázať pri dg: myxedém, bližšie neurčený E03.9, myxedémová kóma E03.5, hypertyreóza E05*, hypoparatyreóza E20*, hyperparatyreóza E21*, akromegália E22.0, centrálny Cushingov syndróm E24.0, hyperaldosteronizmus E26*, choroba nadobličiek E27*, nezhubný nádor D35.0 -D35.3, nádor s iným správaním D44.0-D44.4, sekundárna AH zapríčinená endokrinnými chorobami, bez hypertenznej krízy I 15.20. <u>Výkon môže vykázať endokrinológ, pediatrický endokrinológ</u> pri stabilizovanom stave chronického ochorenia 1 x za 6 mesiacov na URČ.	550	0,009574
5715	24-hodinové prístrojové monitorovanie tlaku krvi - naloženie a zosnímanie (Holterov monitoring) Podmienky úhrady pre odbornosť: 001	1700	0,009574
5716	Počítačové vyhodnotenie 24 hodinového prístrojového monitorovania tlaku krvi (Holterov monitoring) a vyhodnotenie nálezu lekárom. Podmienky úhrady pre odbornosť: 001	400	0,009574
5744	Echokardiografické vyšetrenie metódou TM a 2D. <u>Podmienkou akceptácie</u> je príslušné prístrojové vybavenie ambulancie akceptované poisťovňou (doklad o nadobudnutí prístroja, prehlásenie o zhode, zaškolenie). Kombináciu ECHOKG vyšetrení je nutné vykazovať v jeden deň s jednotnou dg. <u>Výkon sa nevykazuje pri dg. I70.9 a E78*.</u> <u>Výkon sa nemôže vykazovať s výkonmi 614 a 617.</u> <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> 001,049,155	2000	0,009574
5745	Echokardiografické vyšetrenie PW a CW Dopplerom. <u>Podmienkou akceptácie</u> je príslušné prístrojové vybavenie ambulancie akceptované poisťovňou (doklad o nadobudnutí prístroja, prehlásenie o zhode, zaškolenie). Kombináciu ECHOKG vyšetrení je nutné vykazovať v jeden deň s jednotnou dg. <u>Výkon sa nevykazuje pri dg. I70.9 a E78*.</u> <u>Výkon sa nemôže vykazovať s výkonmi 614 a 617.</u> <u>Podmienky úhrady pre odbornosť:</u> 001,049,155	1800	0,009574
5746	Echokardiografické vyšetrenie pomocou farebného mapovania toku (CFM) ako príplatok k výkonu pod kódom 5744.	2100	0,009574

	<u>Podmienkou akceptácie</u> je príslušné prístrojové vybavenie ambulancie akceptované poisťovňou (doklad o nadobudnutí prístroja, prehlásenie o zhode, zaškolenie). Kombináciu ECHOKG vyšetrení je nutné vykazovať v jeden deň s jednotnou dg. <u>Výkon sa nevykazuje</u> pri dg. I70.9 a E78*. <u>Výkon sa nemôže vykazovať</u> s výkonmi 614 a 617. Podmienky úhrady pre odbornosť: 001,049,155		
5754	Počítačové spracovanie údajov z echokardiografického vyšetrenia. Kombináciu ECHOKG vyšetrení je nutné vykazovať v jeden deň s jednotnou dg. <u>Výkon sa nevykazuje</u> pri dg. I70.9 a E78*. <u>Výkon sa nemôže vykazovať</u> s výkonmi 614 a 617. Podmienky úhrady pre odbornosť: 001,049,155	750	0,009574
1A01033	Komplexné pneumoftizeologické vyšetrenie pacienta (kompletná anamnéza, vyšetrenie všetkých orgánových systémov, založenie zdravotnej dokumentácie, diagnostický záver, liečebný plán a (alebo) zaradenie do dispenzárnej starostlivosti, odoslanie pacienta na ďalšie laboratórne, prístrojové alebo odborné vyšetrenia – vypísanie žiadaniek, poučenie pacienta, vypísanie receptov a lekárskej správy (trvanie najmenej 30 minút). <u>Podmienky akceptácie výkonu:</u> Výkon vykazuje pneumoftizeológ, pediatrický pneumoftizeológ pri prvovýšetrení len raz za život pri prevzatí dospeléj osoby do zdravotnej starostlivosti ako prvého komplexného vyšetrenie s vystavením zdravotného záznamu. <u>Výkon sa nemôže vykazovať</u> s výkonom č. 60,62,63	600	0,03553
1A02060	Cielené vyšetrenie pneumoftizeologické alebo dispenzárna kontrola (cielená anamnéza, resp. anamnéza od poslednej kontroly), opis subjektívnych ťažkostí, objektívny nález, vypísanie správy, záver, vypracovanie plánu do nasledujúcej kontroly. Poučenie o diéte a životospráve a predvolanie na vyšetrenie je súčasťou výkonu. Vyšetrenie trvá dlhšie ako 20 minút. <u>Podmienky akceptácie výkonu:</u> Výkon vykazuje pneumoftizeológ, pediatrický pneumoftizeológ. Vykazuje sa v danom mesiaci na 1URČ/NZ PZS pri tej istej dg iba 1x. Ostatné návštevy sú už kontrolné vyšetrenie, a vykazuje sa výkon 11A03044/63. <u>Výkon sa nemôže vykazovať</u> s výkonom č. 60, 62,63	390	0,03553
1A02072	Cielené artrologické vyšetrenie <u>Charakteristika výkonu:</u> Vyšetrenie periférnych kĺbov Vyšetrenie ich tvaru, teploty, farby kože nad kĺbmi, vyšetrenie zmien na koži a adnexách, hybnosti kĺbov a rozsahu pohybov, hodnotenie zvukových fenoménov, vyšetrenie funkčných porúch kĺbov, vyšetrenie úponov Vyšetrenie chrbtice postavenie, palpačné vyšetrenie stavcov, stavcových výbežkov, paravertebrálnych svalov, hybnosti, deformít, postavenia lopatiek, panvy, gluteálneho svalstva, stuhlosti svalstva, vyšetrenie dýchacích exkurzií, vyšetrenie entezopatických zmien, vyšetrenie pohyblivosti jednotlivých úsekov chrbtice. <u>Podmienky akceptovania výkonu:</u>	1300	0,03553

	- výkon zahŕňa fyzikálne vyšetrenie 68 kĺbov horných aj dolných končatín a chrbtice s dôkladným zápisom do zdravotnej dokumentácie, - výkon je možné vykazovať len pri dg. M02.*- M09*, M10*-M13*, M30*-M35*, M45*, M46.8*, M46.9* - frekvencia vykazovania 4 krát za 12 mesiacov, - výkon môžu vykázať nasledovné odbornosti: 145. <u>Kombinácia s vybranými výkonmi:</u> - Výkon možno kombinovať s výkonmi č. 60, 60R, 62, 63 pri špecifických diagnózach. - Výkon sa nedá kombinovať s výkonom č. 66 a 503, 504		
1A02072	Cielené artrologické vyšetrenie <u>Charakteristika výkonu:</u> Vyšetrenie periférnych kĺbov Vyšetrenie ich tvaru, teploty, farby kože nad kĺbmi, vyšetrenie zmien na koži a adnexách, hybnosti kĺbov a rozsahu pohybov, hodnotenie zvukových fenoménov, vyšetrenie funkčných porúch kĺbov, vyšetrenie úponov Vyšetrenie chrbtice postavenie, palpačné vyšetrenie stavcov, stavcových výbežkov, paravertebrálnych svalov, hybnosti, deformít, postavenia lopatiek, panvy, gluteálneho svalstva, stuhlosti svalstva, vyšetrenie dýchacích exkurzií, vyšetrenie entezopatických zmien, vyšetrenie pohyblivosti jednotlivých úsekov chrbtice. <u>Podmienky akceptovania výkonu:</u> - výkon zahŕňa fyzikálne vyšetrenie 68 kĺbov horných aj dolných končatín a chrbtice s dôkladným zápisom do zdravotnej dokumentácie, - výkon je možné vykazovať len pri dg. M02.*- M09*, M10*-M13*, M30*-M35*, M45*, M46.8*, M46.9* - frekvencia vykazovania 4 krát za 12 mesiacov, - výkon môžu vykázať nasledovné odbornosti: 045. <u>Kombinácia s vybranými výkonmi:</u> - Výkon možno kombinovať s výkonmi č. 60, 60R, 62, 63 pri špecifických diagnózach. Výkon sa nedá kombinovať s výkonom č. 66 a 503, 504	1300	0,03518
1A02077	Cielené vyšetrenie poistenca s respiračným syndrómom pri pandémii COVID-19 <u>Podmienky akceptovania výkonu:</u> Výkon vykazuje pneumoftizeológ, pediatrický pneumoftizeológ Zdravotný výkon sa vykonáva u pacienta s COVID-pozitívnym výsledkom, ktorý nie je starší ako 14 dní, u detí do 10 rokov pri pozitívnej epidemiologickej anamnéze v rodine zaznamenatej v zdravotnej dokumentácii a pri klinických príznakoch u dieťaťa aj bez COVID-pozitívneho výsledku. Zdravotný výkon sa vykazuje samostatne, nevykazuje sa súčasne s inými zdravotnými výkonmi. Zdravotný výkon sa vykonáva s použitím osobných ochranných pomôcok.	900	0,03553
1A03044	Kontrolné pneumoftizeologické vyšetrenie vrátane rád a dokumentácie. Vyšetrenie trvá dlhšie ako 15 minút. <u>Podmienky akceptovania výkonu:</u> Výkon vykazuje pneumoftizeológ, pediatrický pneumoftizeológ.	300	0,03553

	Výšetrenie obsahuje subjektívny, objektívny nález, zhodnotenie výsledkov, záver, písomnú správu, vypísanie receptu, vypísanie žiadaniek na iné výšetrenia, poučenie pacienta. Výkon sa nemôže vykazovať s výkonom č. 60, 62, 63.		
1A03057	Artrologické výšetrenie Charakteristika výkonu Výšetrenie periférnych kĺbov alebo chrbtice z hľadiska posúdenia chorobných zmien. <u>Podmienky akceptovania výkonu:</u> Výkon vykazuje pediatrický reumatológ Výkon zahŕňa fyzikálne výšetrenie minimálne jedného páru periférnych kĺbov alebo chrbtice. Vykazuje sa s príslušnou diagnózou potvrdzujúcou opodstatnenosť výšetrenia: M02*- M09*, M10*- M13*; M15* -M19*, M30* - M35*; M45*, M46.8, M46.9., M48*, M53.8*. Kombinácia s vybranými výkonmi: V jednom mesiaci sa akceptuje iba jedno artrologické výšetrenie s kódom výkonu 1A02072 alebo kódom výkonu 1A03057. Frekvencia: 1 krát za mesiac na poistenca	320	0,03553
1A03057	Artrologické výšetrenie Charakteristika výkonu Výšetrenie periférnych kĺbov alebo chrbtice z hľadiska posúdenia chorobných zmien. <u>Podmienky akceptovania výkonu:</u> Výkon vykazuje reumatológ Výkon zahŕňa fyzikálne výšetrenie minimálne jedného páru periférnych kĺbov alebo chrbtice. Vykazuje sa s príslušnou diagnózou potvrdzujúcou opodstatnenosť výšetrenia: M02*- M09*, M10*- M13*; M15* -M19*, M30* - M35*; M45*, M46.8, M46.9., M48*, M53.8*. Kombinácia s vybranými výkonmi: V jednom mesiaci sa akceptuje iba jedno artrologické výšetrenie s kódom výkonu 1A02072 alebo kódom výkonu 1A03057. Frekvencia: 1 krát za mesiac na poistenca	320	0,03518
1B08082	Vyhodnotenie diagnostických a/alebo klasifikačných kritérií reumatických ochorení Charakteristika výkonu Zhodnotenie diagnostických a/alebo klasifikačných kritérií reumatických chorôb pri stanovení diagnózy a/alebo pred zavedením alebo zmenou imunosupresívnej alebo inej cielej terapie pri stanovení novej diagnózy a/alebo pred zavedením alebo zmenou imunosupresívnej alebo inej cielej terapie. Súčasťou výkonu je zápis v zdravotnej dokumentácii. <u>Podmienky akceptovania výkonu:</u> Výkon vykazuje pediatrický reumatológ Výkon 504 v spomenutých odbornostiach nebude akceptovaný. Kombinácia s vybranými výkonmi: Výkon možno vykazovať samostatne alebo v kombinácii s 60, 60r, 62 alebo 63 Frekvencia:	300	0,03553

	4 krát za 12 mesiacov na poistenca v súčte s výkonom č. 1B08098, pri vyššej frekvencii je potrebné zdôvodnenie		
1B08082	Vyhodnotenie diagnostických a/alebo klasifikačných kritérií reumatických ochorení Charakteristika výkonu Zhodnotenie diagnostických a/alebo klasifikačných kritérií reumatických chorôb pri stanovení diagnózy a/alebo pred zavedením alebo zmenou imunosupresívnej alebo inej cieľenej terapie pri stanovení novej diagnózy a/alebo pred zavedením alebo zmenou imunosupresívnej alebo inej cieľenej terapie. Súčasťou výkonu je zápis v zdravotnej dokumentácii. <u>Podmienky akceptovania výkonu:</u> Výkon vykazuje reumatológ Výkon 504 v spomenutých odbornostiach nebude akceptovaný. Kombinácia s vybranými výkonmi: Výkon možno vykazovať samostatne alebo v kombinácii s 60, 60r, 62 alebo 63 Frekvencia: 4 krát za 12 mesiacov na poistenca v súčte s výkonom č. 1B08098, pri vyššej frekvencii je potrebné zdôvodnenie	300	0,03518
1B08098	Hodnotenie aktivity ochorenia Charakteristika výkonu Vyhodnotenie aktivity ochorenia pomocou relevantných kompozitných indexov alebo príslušných hodnotiacich kritérií. Súčasťou výkonu je zápis v zdravotnej dokumentácii. <u>Podmienky akceptovania výkonu:</u> Výkon vykazuje pediatrický reumatológ Výkon 504 v spomenutých odbornostiach nebude akceptovaný. Kombinácia s vybranými výkonmi: Výkon možno vykazovať samostatne alebo v kombinácii s výkonom č. 62 alebo výkonom č. 63. Frekvencia: 4 krát za 12 mesiacov na poistenca v súčte s výkonom č. 1B08082	300	0,03553
1B08098	Hodnotenie aktivity ochorenia Charakteristika výkonu Vyhodnotenie aktivity ochorenia pomocou relevantných kompozitných indexov alebo príslušných hodnotiacich kritérií. Súčasťou výkonu je zápis v zdravotnej dokumentácii. <u>Podmienky akceptovania výkonu:</u> Výkon vykazuje reumatológ Výkon 504 v spomenutých odbornostiach nebude akceptovaný. Kombinácia s vybranými výkonmi: Výkon možno vykazovať samostatne alebo v kombinácii s výkonom č. 62 alebo výkonom č. 63. Frekvencia: 4 krát za 12 mesiacov na poistenca v súčte s výkonom č. 1B08082	300	0,03518

1B05011	Edukácia pri zistení diabetes mellitus. Výkon zahŕňa nasledovné činnosti: Edukácia pri novodiagnostikovanom diabetes mellitus obsahuje: • edukáciu o podstate ochorenia, poruche metabolizmu cukrov, tukov a bielkovín, • zostavenie individuálneho liečebného a výživového plánu pri zistení zásadnej zmeny zdravotného stavu, • edukáciu o základných diétnych chybách, o podstatných zmenách v stravovacích návykoch, • edukáciu o význame fyzického pohybu, nastavenie pre daného pacienta, odporúčané druhy a intenzita fyzickej aktivity, • edukáciu o liečbe v prípade, ak sa nasadí farmakologická liečba – perorálne antidiabetiká alebo injekčné preparáty. <u>Podmienky úhrady výkonu:</u> • výkon vykazuje diabetológ, pediatrický endokrinológ • dĺžka trvania výkonu je minimálne 20 minút • možno akceptovať aj pri poruche glukózovej tolerancie dg R73.9 a pri gestačnom diabete dg O24* <u>Maximálna frekvencia vykazovania výkonu:</u> • 1 krát za život poistenca <u>Výkon nie je možné kombinovať s nasledovnými výkonmi:</u> • 10c, 10, 1B05012, 510	420	0,03553
1A02007	Cielené vyšetrenie nôh diabetika Podmienky úhrady: Dĺžka trvania minimálne 10 minút. Zakázaná kombinácia s výkonmi 1, 4A, 70, 1B, 11A. Výkon možno akceptovať pri dg. DM. Záznam výsledku vyšetrenia v zdravotnej dokumentácii pacienta. Frekvencia: 1-krát za 12 mesiacov na URČ. Vykazuje odbornosť: 050	180	0,03553
1B05012	Edukácia aplikácie inzulínu a iných injekčných antidiabetík. <u>Výkon zahŕňa nasledovné činnosti:</u> A) Edukácia aplikácie inzulínu a iných injekčných antidiabetík obsahuje: • základné informácie pre pacienta o inzulíne, o jeho účinku, o jeho skladovaní, priebeh účinku ordinovaného inzulínu, likvidácii obalov liekov a inzulínových pier, striekačiek, ihlích, • edukácia o príznakoch hypoglykémie a jej liečbe, prevencia hypoglykémie, príčiny vzniku hypoglykémie, prvá pomoc pri hypoglykémii, hypoglykémia ako rizikový faktor ďalších ochorení, hypoglykémia a vedenie motorového vozidla, • edukácia o hyperglykémii a ketoacidóze, o jej príznakoch a o postupe pri jej prejavoch, • edukácia o dávkovaní inzulínu podľa konzumácie jedla s daným obsahom sacharidových jednotiek, • edukácia o mimoriadnych situáciách pri liečbe inzulínom (interkurentné ochorenia, operácie, vedenie motorového vozidla, práca pri vysokých teplotách, cestovanie a podobne), ako upravovať, kedy dávky znižovať, eventuálne aj vynechať podanie inzulínu,	420	0,03553

	• edukácia pacienta o úprave dávok inzulínu vo vzťahu k fyzickej aktivite, • nastavenie jednotiek inzulínu stanovením individuálnej citlivosti pacienta na inzulín, • usmernenie a cielená odborná inštrukcia k používaniu inzulínového pera a edukácia na aplikáciu inzulínu, • usmernenie a cielená odborná inštrukcia pri obsluhu glukometra, • edukácia o meraní glykémii glukometrom, timingu meraní, frekvencii meraní, zapisovaní hodnôt a zapisovaní jedál – poučiť v ktorých prípadoch je to potrebné, • edukácia o prevencii a znížení rizika komplikácií diabetu samovyšetrením rôznych častí tela, predovšetkým dolných končatín, moču, tlaku krvi a iné. alebo B) Pohovor s pacientom s DM pri plánovaní zásadnej zmeny liečby na injekčnú liečbu (GLP1, PCSK-9) obsahuje: • edukáciu o postupe pri podávaní injekčnej liečby, skladovaní lieku, zmien miesta vpichov, • edukáciu o časovaní injekcií napr. pri vynechaní, dodržanie časových odstupov • edukácia o možných vedľajších účinkoch, kedy sa má pacient hlásiť u lekára, alebo liečbu ukončiť, • edukáciu o selfmonitoringu glykémii pri liečbe GLP-1 – obsluha glukometra, časovanie meraní. <u>Podmienky úhrady výkonu:</u> • výkon vykazuje diabetológ, pediatrický endokrinológ • dĺžka trvania výkonu je minimálne 20 minút <u>Maximálna frekvencia vykazovania výkonu:</u> • jeden krát pri nastavení na liečbu inzulínom a inými injekčnými antidiabetikami <u>Výkon nie je možné kombinovať s nasledovnými výkonmi:</u> • 10c, 10, 1B05011, 510		
1B05014	Edukácia pri diabete v súvislosti s prevenciou chronických komplikácií diabetu a ochorení zapríčinených diabetom. <u>Výkon zahŕňa nasledovné činnosti:</u> A) Edukácia pacienta ohľadom akútnych a chronických komplikácií DM obsahuje: • edukáciu o postupe pri akútnej hyperglykémii - vylúčenie ketoacidózy - fyzický pohyb, dopichovanie inzulínu s prevenciou kumulovania dávok inzulínu, • edukáciu pri novovzniknutej diabetickej retinopatii, neuropatii, nefropatii, makroangiopatii - to znamená pri makrovaskulárnych komplikáciách diabetu ako infarkt srdca, cievna mozgová príhoda, • edukáciu pri potrebe hemodialyzačnej alebo transplantlačnej liečby, väčšej strate zraku až slepote, pri vzniknutej diabetickej nohe a/alebo B) Edukácia pacienta s diabeticou nohou obsahuje: • pri prevencii - edukáciu o starostlivosti o dolné končatiny pravidelným samovyšetrením aj s využitím príslušných pomôcok, správny výber obuvi, vložiek, zdravotná pedikúra, • pri vzniku defektu: kedy je potrebné ošetrovanie lekára pri vzniku defektu, edukácia o prísnej glykemickej kontrole.	270	0,03553

	a/alebo C) Edukácia pacienta s dyslipidémiou obsahuje: • poruchy metabolizmu tukov, diferenciácia familiárnych foriem dyslipidémie, • súvislosť tukov s aterosklerózou a kardiovaskulárnymi ochoreniami, spôsoby a ciele liečby hyperlipoproteinémie podľa stratifikácie kardiovaskulárneho rizika a/alebo D) Edukácia pacienta s obezitou obsahuje: • edukáciu dôsledkoch obezity na dĺžku života a na zdravotný stav pacienta, • zdôraznenie prínosu zníženia telesnej hmotnosti na zdravie pacienta, • základná edukácia o znížení telesnej hmotnosti, rozpis a príprava individualizovaného rozpisu pre daného pacienta. <u>Podmienky úhrady výkonu:</u> • výkon vykazuje diabetológ, pediatrický endokrinológ • dĺžka trvania výkonu je minimálne 10 minút Maximálna frekvencia vykazovania výkonu: • raz za kalendárny štvrťrok Výkon nie je možné kombinovať s nasledovnými výkonmi: 10c, 1B05011, 1B05012.		
1B06025	Pohovor o zmene liečby na liečbu inzulínovou pumpou. <u>Charakteristika výkonu</u> Poučenie a edukáciu pacienta o výhodách aj rizikách liečby inzulínovou pumpou vrátane názornej ukážky požívania v spolupráci s manažérom pre inzulínové pumpy. <u>Podmienky úhrady výkonu</u> • výkon vykazuje diabetológ, pediatrický endokrinológ • schválenie inzulínovej pumpy poisťovňou • príprava na liečbu inzulínovou pumpou, vysvetlenie vhodnosti takejto liečby • stanovenie bazálneho a bolusového inzulínu, edukácia o zmenách dávok inzulínu a nácvik technickej obsluhy • dĺžka trvania výkonu je minimálne 180 minút • potrebný zápis v zdravotnej dokumentácii vrátane informovaného súhlasu pacienta • výkon sa nemôže vykazovať v kombinácii s inými výkonmi • vykázat možné len pri Dg.: E10.01, E10.11, E10.20, E10.21, E10.30, E10.31, E10.40, E10.41, E10.50, E10.51, E10.60, E10.61, E10.72 - 75, E10.80, E10.81, E10.90 - 95, E11.01, E11.11, E11.20, E11.21, E11.30, E11.31, E11.40, E11.41, E11.50, E11.51, E11.60, E11.61, E11.72 - 75, E11.80, E11.81, E11.90, E11.91, E13.01, E13.11, E13.20, E13.21, E13.30, E13.31, E13.40, E13.41, E13.50, E13.51, E13.60, E13.61, E13.72 - 75, E13.80, E13.81, E13.90, E13.91, O24.0, O24.1, O24.9 Frekvencia vykazovania výkonu: 1 krát za život	1200	0,0270
1A02009	Kontinuálny monitoring glykémii. <u>Podmienky úhrady výkonu</u> • výkon vykazuje diabetológ, pediatrický endokrinológ	1000	0,0270

	- kontinuálne monitorovanie koncentrácie glukózy v intersticiálnej tekutine so zavedením senzoru - prenesenie nameraných údajov a ich vyhodnotenie pre optimalizáciu liečby - vykázanie výkonu je podmienené dôkladným zápisom a odôvodnením v zdravotnej dokumentácii - vykázat' možné len pri Dg.:E10.01, E10.11, E10.20, E10.21, E10.30, E10.31, E10.40, E10.41, E10.50, E10.51, E10.60, E10.61, E10.72 - 75, E10.80, E10.81, E10.90 - 95, E11.01,E11.11, E11.20, E11.21, E11.30, E11.31, E11.40, E11.41, E11.50, E11.51, E11.60, E11.61, E11.72 - 75, E11.80, E11.81, E11.90, E11.91, E13.01, E13.11, E13.20, E13.21, E13.30, E13.31, E13.40, E13.41, E13.50, E13.51, E13.60, E13.61, E13.72 - 75, E13.80, E13.81, E13.90, E13.91, O24.0, O24.1, O24.9 Výkon sa nemôže kombinovať s výkonmi č.: 60, 10, 10c, 66, 1B05011, 1B05012, 1B05025		
1A02012	Nastavenie na inzulínovú pumpu. <u>Podmienky úhrady výkonu</u> - výkon vykazuje diabetológ, pediatrický endokrinológ - postupné nastavenie na liečbu inzulínovou pumpou - stanovenie dávky bazálneho a bolusového inzulínu - edukácia o zmenách dávok inzulínu - nácvik technickej obsluhy pumpy - vykázat' možné len pri Dg.:E10.01, E10.11, E10.20, E10.21, E10.30, E10.31, E10.40, E10.41, E10.50, E10.51, E10.60, E10.61, E10.72 - 75, E10.80, E10.81, E10.90 - 95, E11.01,E11.11, E11.20, E11.21, E11.30, E11.31, E11.40, E11.41, E11.50, E11.51, E11.60, E11.61, E11.72 - 75, E11.80, E11.81, E11.90, E11.91, E13.01, E13.11, E13.20, E13.21, E13.30, E13.31, E13.40, E13.41, E13.50, E13.51, E13.60, E13.61, E13.72 - 75, E13.80, E13.81, E13.90, E13.91, O24.0, O24.1, O24.9 Výkon sa nemôže kombinovať s výkonmi č.: 60, 62, 63, 65, 66, 1B05012, 1B05025 Frekvencia vykazovania výkonu: 1 krát za 4 roky	12000	0,0270
1A03007	Kontrolné diabetologické vyšetrenie pri liečbe inzulínovou pumpou <u>Podmienky úhrady výkonu</u> - výkon vykazuje diabetológ, pediatrický endokrinológ - obsluha a využívanie technických možností pumpy - úprava dávok inzulínu - identifikácia chýb na základe údajov z pamäti pumpy - vykázat' možné len pri Dg.:E10.01, E10.11, E10.20, E10.21, E10.30, E10.31, E10.40, E10.41, E10.50, E10.51, E10.60, E10.61, E10.72 - 75, E10.80, E10.81, E10.90 - 95, E11.01,E11.11, E11.20, E11.21, E11.30, E11.31, E11.40, E11.41, E11.50, E11.51, E11.60, E11.61, E11.72 - 75, E11.80, E11.81, E11.90, E11.91, E13.01, E13.11, E13.20, E13.21, E13.30, E13.31, E13.40, E13.41, E13.50, E13.51, E13.60, E13.61, E13.72 - 75, E13.80, E13.81, E13.90, E13.91, O24.0, O24.1, O24.9 Výkon sa nemôže kombinovať s výkonmi č.: 60, 62, 63, 65, 66, 10, 10c, 1B05012, 1B05025 Frekvencia vykazovania výkonu: Najviac 3 krát po nastavení na inzulínovú pumpu alebo po každej výmene inzulínovej pumpy počas nasledujúcich 21 dní. Následne 6 krát ročne.	1200	0,0270

4H00001	Spirografické vyšetrenie na stanovenie expiračných a inspiračných parametrov (vitálna kapacita, úsilný výdych za prvú sekundu, prietoky na rôznych úrovniach vitálnej kapacity) metódou krivky prietok - objem, vrátane grafickej registrácie. <u>Podmienky akceptovania výkonu:</u> Výkon môže vykazovať: pneumológ, pediatrický pneumológ a ftizeológ, imunológ a alergológ, pediatricky imunológ a alergológ. Výkon sa môže kombinovať s výkonom č. 65 v zmysle platných zmluvných podmienok Výkon sa nemôže vykazovať s výkonom č. 5765, 5766.	1640	0,009159
4H00004	Stanovenie difúznej kapacity pľúc jednodychovou metódou. <u>Podmienky akceptovania výkonu:</u> Výkon môže vykazovať: pneumológ pediatrický pneumológ a ftizeológ Výkon sa nemôže vykazovať s výkonom č. 5772.	2400	0,009159
4H00005	Stanovenie difúznej kapacity pľúc metódou rovnovážneho stavu. <u>Podmienky akceptovania výkonu:</u> Výkon môže vykazovať: pneumológ, pediatricky pneumológ a ftizeológ Výkon sa nemôže vykazovať s výkonom č.5773.	1750	0,009159
-	Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ okrem vybraných výkonov) z časti FYZIATRIA BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA.	-	0,010260
516	Vybrané výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) z časti FYZIATRIA BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA.	180	0,016402
518		350	
523a		145	
530		180	
531		220	
540		180	
541		350	
542		300	
509a		220	
512		130	
513		250	
514a		450	
522		290	
532		300	
533a		450	
-	Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) z časti OSTEODENZITOMETRIA.	-	0,005311

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

1.2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

Cena za výkon		
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Cena za výkon v €
250x	Odber venóznej krvi za účelom vyšetrenia laboratórnych 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.	5,00

	Výkon 250x nahrádza výkon pod kódom č. 250a a č. 250b.	
5153C	Punkcia alebo biopsia prostaty pod USG kontrolou - Výkon môže vykonávať rádiológ s certifikátom s certifikovanou pracovnou činnosťou intervenčná rádiológia, urológ so špecializáciou v špecializačnom odbore urológia I. stupňa s certifikátom v certifikovanej pracovnej činnosti intervenčná ultrasonografia v urológii. - Výkon sa môže kombinovať s výkonmi 62, 63, 5304	200,00
9600	Kapsulová enteroskopia vrátane nákladov na kapsulu <u>Podmienky akceptovania výkonu:</u> Výkon podlieha predchádzajúcemu súhlasu zdravotnej poisťovne	829,85
1A02011	Biothesiometria - Vyšetrenie diabetickej polyneuropatie objektívnym meraním. Podmienky úhrady: Výkon možno vykazovať u pacientov s dg G63.2, E10.4 – E10.81, E11.4 – E11.81, E12.4 – E12.81, E13.4 – E13.81, E14.4 – E14.81. Príslušné prístrojové vybavenie. Záznam výsledku vyšetrenia v zdravotnej dokumentácii pacienta. Vykazuje odbornosť: 050 Frekvencia: 1-krát za 12 mesiacov. Zakázaná kombinácia s výkonom 1A02007.	5,00
1A02013	Laboratórne vyšetrenie glykovaného hemoglobínu na mieste poskytovania zdravotnej starostlivosti (metódou Point of Care Testing - PoCT s vyhodnotením pomocou prístroja). Odber vzorky kapilárnej krvi a kvantitatívne vyšetrenie hladiny glykovaného hemoglobínu (HbA1c) metódou PoCT s prístrojovým vyhodnotením pre účely ambulantného sledovania diabetu, jeho liečby a kompenzácie. Podmienkou akceptácie je príslušné prístrojové vybavenie ambulancie akceptované poisťovňou (doklad o nadobudnutí prístroja, prehlásenie o zhode, zaškolenie). Zdravotný výkon vykonáva diabetológ, pediatrický endokrinológ. Frekvencia výkonu: 3 krát za kalendárny rok	6,20
H0003	Iniciálne vyšetrenie poistenca s chronickým ochorením. Kompletná anamnéza vyšetrenie hormonálnej osi asociovanej s poruchou, orgánových systémov ovplyvnených ochorením, vyhodnotenie laboratórnych, prípadne iných pomocných vyšetrení, diagnostický záver, liečebný plán, prípadne zaradenie do dispenzárnej starostlivosti, odoslanie na ďalšie laboratórne, prístrojové alebo odborné vyšetrenia - vypísanie žiadaniek, vypísanie lekárskeho predpisu, prípadne poukazov, vypísanie lekárskej správy. <u>Podmienky akceptovania výkonu:</u> Endokrinológia (odbornosť 064, 153) Výkon vykazuje endokrinológ, pediatrický endokrinológ ako komplexné vyšetrenie s vystavením zdravotného záznamu a odoslaním do e-zdravia pri prvovýšetrení pacienta, u ktorého doposiaľ nebolo diagnostikované endokrinologické ochorenie alebo pri prevzatí pacienta do zdravotnej starostlivosti od iného endokrinológa. <u>Výkon sa môže vykonať</u> pri dg: sekundárna hypertenzia I15* (I15.2; I15.8; I15.9), sekundárna osteoporóza M80*; M81*; M82*, ochorenia hypofýzy E22*; E23*; E24.0, sterilita - mužská neplodnosť N46; E29; ženská neplodnosť N97, E28, ochorenia nadobličiek E27*, primárna hyperparatyreóza E21.0 a terciárna hyperparatyreóza (pri dlhšie trvajúcej sekundárnej hyperparatyreóze) – E21.1, nezhubný nádor D35.0-D35.3, nádor s iným správaním D44.0-D44.4, neuroendokrinné tumory C25.4; C75, karcinóm štítnej žľazy C73, E06.1, E06.0, E03* / E06* + 099.2, E20.* , E28.1, E28.3, N94.9, E13.*, E14.* Frekvencia vykazovania výkonu: 1 x za život na URC u jedného PZS.	27,00

	Výkon sa nemôže vykazovať s výkonmi 10, 15b, 15c, 60, 66, 603a. Výšetrenie trvá najmenej 30 minút). Diabetológia: (odbornosť 050) Výkon vykazuje diabetológ, ako komplexné vyšetrenie s vystavením zdravotného záznamu a odoslaním do E-zdravia pri prvovýšetrení pacienta, u ktorého doposiaľ neboli diagnostikované nižšie uvedené ochorenia alebo pri prevzatí pacienta do zdravotnej starostlivosti od iného diabetológa. Súčasťou výkonu je elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie. Podmienkou akceptácie je príslušné prístrojové vybavenie ambulancie akceptované poisťovňou (doklad o nadobudnutí prístroja, prehlásenie o zhode, zaškolenie). Výkon je možné vykázať pri diagnózach E10.* diabetes mellitus typ 1, E11.* diabetes mellitus typ 2, E12.*diabetes mellitus súvisiaci s podvýživou, E13* iný bližšie určený diabetes mellitus, E14* nešpecifikovaný diabetes mellitus, E16.* ostatné poruchy vylučovania podžalúdovej žľazy, O24* diabetes mellitus v gravidite, E78* porucha metabolizmu tukov, E79* porucha metabolizmu purínu a pyrimidínu, E66* obezita, R73* zvýšená hladina glukózy v krvi. Výkon je možné kombinovať s výkonmi H0006 Stratifikácia kardiovaskulárneho rizika a/alebo s výkonom H0008 Stanovenie indexu ABI oscilometrickou metódou v prípade, že výkony neboli za posledných 12 mesiacov vykázané v ambulancii všeobecného lekára. Frekvencia vykazovania výkonu: 1 x za život na URČ u jedného PZS. Výkon sa nemôže vykazovať s výkonmi 10, 15b, 15c, 60, 66, 603a, 5702. Dermatovenerológia:(odbornosť 018) Výkon vykazuje dermatovenerológ ako komplexné vyšetrenie s vystavením zdravotného záznamu a odoslaním do E-zdravia pri prvovýšetrení pacienta, u ktorého doposiaľ nebolo diagnostikované dermatovenerologické ochorenie alebo pri prevzatí pacienta do zdravotnej starostlivosti od iného dermatovenerológa. Výkon je možné vykázať pri diagnózach: Syphilis A50 - A53, Autoimunitné ochorenia L10*, L12*, L13.0, L63*, L80, L90, L93.0, L93.1, L93.2, M32*, L94.0, L94.1, L95*, Genodermatózy L20*, L40*, L41*, L85, Q80*, Q81*, Zhubné nádory kože C43*, C44*, C46.0, C46.1, D03*, D04*, Dermatomyozitída M33*, Leukoplakie N90.4, Vaskulitídy L95.8, L95.9, Vykazuje sa 1 x za život pri prijatí do dispenzárnej starostlivosti u jedného PZS. Výkon sa nemôže vykazovať s výkonmi 10, 15b, 60, 66.	
H0006	Stratifikácia kardiovaskulárneho rizika. <u>Podmienky akceptovania výkonu:</u> Diabetológia: (odbornosť 050) Stanovenie stratifikácie kardiovaskulárneho rizika systémom SCORE u poistencov nad 40 rokov podľa aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ SR. <u>Podmienkou úhrady výkonu H0006</u> je vykázanie pripočítateľnej položky „dosiahnuté skóre“ v dávke 751a platného dátového rozhrania podľa Metodického usmernenia ÚDZS, ktorá je v uvedených vybraných položkách vyplnená nasledovne: v položke č. 13 – PRIPOČÍTATEĽNÁ POLOŽKA – uvedie dosiahnuté skóre v tvare: ▪ SKOR01 tj. nízke riziko ▪ SKOR02 ,tj stredné riziko ▪ SKOR03, tj vysoké riziko ▪ SKOR04 tj veľmi vysoké riziko ▪ SKOR05 tj. Extrémne vysoké riziko pričom na 5. a 6. mieste položky je vyjadrenie dosiahnutého skóre. <u>Výkon sa akceptuje</u> 1x za 12 mesiacov pri výkone H0003 v prípade, že za posledných 12 mesiacov nebol vykázaný v ambulancii všeobecného lekára.	5,65
H0008	Meranie a vyhodnotenie indexu ABI oscilometrickou metódou s pulznou vlnou na štyroch končatinách pri včasnej diagnostike ischemickej choroby dolných končatin.	6,78

	<u>Podmienky akceptovania výkonu:</u> Diabetológia: (odbornosť 050) 1. U symptomatických poistencov pod 50 rokov, s podozrením na ischemickú chorobu dolných končatín (ICHDK). Indikácia k výkonu je zaznamenaná v zdravotnej dokumentácii, vrátane výsledku a ďalšej diferenciálnej diagnostiky a terapeutického plánu. 2. U asymptomatických poistencov nad 50 rokov s minimálne jedným rizikovým faktorom (artériová hypertenzia) abnormálne EKG, diabetes mellitus, obezita s BMI nad 30, fajčiari, porucha metabolizmu lipidov, pacienti s postihnutím koronárnych alebo cerebrálnych artérií, a pod.), 3. U všetkých poistencov nad 60 rokov. <u>Podmienkou akceptácie</u> je príslušné prístrojové vybavenie ambulancie akceptované poisťovňou (doklad o nadobudnutí prístroja, prehlásenie o zhode, zaškolenie). Výkon sa akceptuje 1x za 12 mesiacov pri výkone H0003 v prípade, že za posledných 12 mesiacov nebol vykázaný v ambulancii všeobecného lekára.	
4L03003	Cystoskopia flexibilným cystoskopom - endoskopické vyšetrenie močového mechúra optickým flexibilným cystoskopom. <u>Výkon môžu vykonať nasledovné odbornosti:</u> urológ 012, onkouroológ 322, pediatrický urológ 109, gynekologický urológ 312 <u>Výkon je možné vykazovať pri nasledovných dg:</u> *R31, N21.-, N22.-, N30.1, N30.2, N30.8, N30.9, N32.-, N33.-, N39.4-, C67.-, C76.3, D41.4 Možná kombinácia s výkonmi 62,63 <u>Povinné technické vybavenie:</u> flexibilný optický cystoskop	94,00
4L03004	Cystoskopia flexibilným cystoskopom -endoskopické vyšetrenie močového mechúra digitálnym flexibilným cystoskopom. <u>Výkon môžu vykonať nasledovné odbornosti:</u> urológ 012, onkouroológ 322, pediatrický urológ 109, gynekologický urológ 312 <u>Výkon je možné vykazovať pri nasledovných dg:</u> *R31, N21.-, N22.-, N30.1, N30.2, N30.8, N30.9, N32.-, N33.-, N39.4-, C67.-, C76.3, D41.4 Možná kombinácia s výkonmi 62,63 <u>Povinné technické vybavenie:</u> flexibilný digitálny cystoskop	94,00

1.3. Skrining rakoviny krčka maternice

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

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

1.4. Výkony asistovanej reprodukcie (IVF)

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

1.5. Individuálna zložka úhrady – Individuálna pripočítateľná položka

Základ pre výpočet ceny IPP		
Kategória IPP	Kód zdravotného výkonu, ku ktorému je možné IPP vykázat'	Základ pre výpočet ceny IPP v €
IPP1	60, 62, 63, 60R, 503, 504, 505, 1A01033, 1A02060, 1A03044	2,48
IPP2	1544A, 1594, 1240, 820, 822, 825	3,98
IPP3	3286, 3288, 3306	6,74
IPP4	3335, 3337, 867, 869, 3351, 3364, 841, 842, 845	6,74
Charakteristika a pravidlá vykazovania vybraných IPP		
K výslednej cene IPP4 sa automaticky pripočítavajú 3,00 €.		

1.6. Hodnotiace parametre

Časť - Špecializovaná ambulantná starostlivosť				
Zameranie	Parameter	Kritérium splnenia	Váha	Plnenie
Poistenec	Celkové náklady na ošetrovaného poistenca	Hodnota parametra je pod hranicou horného pásma definovanou výpočtom v príslušnej referenčnej skupine ambulancií.	40%	Reálne plnenie poskytovateľa
	Frekvencia návštev na ošetrovaného poistenca		10%	
	Podiel prvovýšetrení	Hodnota parametra je nad hranicou dolného pásma definovanou výpočtom v príslušnej referenčnej skupine ambulancií.	10%	
Elektronizácia	eNávrhy	Poskytovateľ vystavuje žiadosť o schválenie vybraných liekov, zdravotníckych pomôcok alebo kúpeľnej liečby formou eNávrhu.	10%	Reálne plnenie poskytovateľa
	eZdravie	Poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vedie zdravotnú dokumentáciu v súlade s ustanovením § 19 a nasl. Zákona č. 576/2004 Z. z. a súčasne zasiela údaje zo zdravotnej dokumentácie elektronickou formou do elektronickej zdravotnej knižky (EZK) v rozsahu § 5 Zákona č. 153/2013 Z. z.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
Dostupnosť	Ordinačný čas	Stanovenie týždenného čistého ordinačného času v rozsahu aspoň 30 hodín pre každú ambulanciu.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa

1.6.1 Doplnujúce informácie k Hodnotiacim parametrom

Celkové náklady na ošetrovaného poistenca

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

Hodnotené obdobie: dva po sebe nasledujúce štvrťroky.

Frekvencia návštev na ošetrovaného poistenca

Celkový priemerný počet návštev na jedného ošetrovaného poistenca v hodnotenom období. V prípade, že poistenec bol vyšetrený na tej istej ambulancii v priebehu jedného dňa, považuje sa vyšetrenie za jednu návštevu. Za ošetrovaného poistenca sa považuje unikátne rodné číslo (URČ), t.j. ak ten istý poistenec navštívil ambulanciu v hodnotenom období viac krát, považuje sa za jedného ošetrovaného poistenca.

Hodnotené obdobie: štyri po sebe nasledujúce štvrťroky.

Podiel prvovýšetrení

Podiel prvovýšetrených pacientov na celkovom počte ošetrovaných pacientov v hodnotenom období. Za prvovýšetreného pacienta sa považuje pacient, ktorý nenavštívil ambulanciu hodnoteného poskytovateľa v rovnakej odbornosti za uplynulých 12 mesiacov pred posudzovaným vyšetrením.

Hodnotené obdobie: dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky.

1.7. Bonifikácia

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

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

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

Proces vyhodnotenia:

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

*zníženie nákladov v porovnaní s nákladmi predchádzajúceho roka

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

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

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

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

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

1.8. Špecializovaná ambulantná starostlivosť – mobilné odberové miesto

Špecifické výkony v súvislosti s pandemiou COVID – 19

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

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

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

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

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

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

Výjazdová služba MOM

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

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

Príloha č. 11
k Zmluve č. 33NSP2000322
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti

Časť A. Ambulantná zdravotná starostlivosť**Čl. I Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (všeobecné ustanovenia)****4. 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.

Čl. II Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (ceny)**2. Ambulantná pohotovostná služba (APS) (typ ZS 300)****1.1. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon**

Cena za výkon		
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Cena za výkon v €
4	Štandardné vyšetrenie jedného orgánového systému – kontrolné vyšetrenie. - Súčasťou výkonu je anamnéza, opis terajšieho ochorenia, objektívny nález, odoslanie na laboratórne, prístrojové alebo odborné vyšetrenie – vypísanie žiadaniek, záver, vypísanie receptov, poučenie pacienta. - Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti podľa § 8 ods. 2 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „lekár všeobecnej starostlivosti“), lekár ambulantnej pohotovostnej služby (APS), ako aj lekár záchrannej zdravotnej služby (ZZS).	4,80
5	Štandardné fyzikálne vyšetrenie jedného orgánového systému. - Kontrolné vyšetrenie, na základe symptomatologickej anamnézy vrátane rady a dokumentácie cez deň v sobotu, v nedeľu, počas sviatkov a 31. decembra. - Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti, lekár poskytujúci APS, ako aj lekár ZZS.	8,40
6	Štandardné fyzikálne vyšetrenie jedného orgánového systému na základe symptomatologickej anamnézy vrátane rady a dokumentácie medzi 19.00 - 7.00 hodinou. Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti, lekár poskytujúci APS, ako aj lekár ZZS.	9,60
8	Štandardné vyšetrenie dvoch alebo viacerých orgánových systémov. - Súčasťou výkonu je anamnéza, opis terajšieho ochorenia, objektívny nález, odoslanie na laboratórne, prístrojové alebo odborné vyšetrenie - vypísanie žiadaniek, záver, vypísanie receptov, poučenie pacienta (trvanie najmenej 20 minút). - Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti pri dispénzárnej starostlivosti, lekár poskytujúci APS, ako aj lekár ZZS.	6,00
15c	Zhotovenie EKG záznamu s najmenej 12 zvodmi bez opisu.	2,40
26	Návšteva mimo riadneho pracovného času lekára, vykonaná ihneď po výzve z dôvodov ochorenia. Vyžaduje sa časový údaj.	12,00
29	Návšteva v noci vyžiadaná a vykonaná medzi 22.00 a 7.00 hodinou. Vyžaduje sa časový údaj o vyžiadaní a vykonaní návštevy.	21,60
30	Príplatok k výkonom pod kódmi 26 a 29 za návštevu vyžiadanú a vykonanú v sobotu, v nedeľu, počas sviatkov a 31. decembra.	10,80

64	Príplatok pri ambulantnej zdravotnej starostlivosti o	1,68
	a) pacienta ťažko mobilného, imobilného, mentálne postihnutého, dementného, zrakovo alebo sluchovo postihnutého,	
	b) dieťa do veku piatich rokov možno k výkonom pod kódmi 4 až 6, 8, 60, 61, 62 a 63 vykazovať nasledujúci príplatok:	
	Pri výkonoch pod kódmi 4 až 8.	
67	Príplatok u dieťaťa do veku piatich rokov pri výkonoch - odber krvi, injekcie, infúzie, transfúzie, infiltrácie, implantácie, odobratie sterov, punkcie a pri výkone očkovania.	2,40
71	Vystavenie tlačiva. Na základe verejného zdravotného poistenia je uhrádzané vystavenie tlačiva - regresné hlásenie pre zdravotnú poisťovňu.	0,84
71b	Krátka správa lekára ambulantnej pohotovostnej služby ošetrojúcemu lekárovi.	1,08
200	Obväz s výnimkou rýchlych obväzov a sprejov, očných a ušných klapiek, trojuholníkových šatiek, hotových náplastí alebo hotových kravatových obväzov na rany. Obväzy podľa výkonu pod kódom 200 sa nemôžu nevykazovať, keď slúžia na krytie rán, ktoré vznikli lekársym výkonom pri tom istom ošetrení.	1,68
201	Obväz hrudníka alebo Desaultov obväz s výnimkou obväzu pupka.	9,60
204	Cirkulárny obväz hlavy, drieku, stabilizujúci obväz krku, ramenného alebo bedrového kĺbu alebo jednej končatiny cez najmenej dva kĺby ako obväz rany alebo na uvedenie končatiny do pokojného stavu, alebo kompresívny obväz, alebo zinkovo-glejový obväz.	2,40
206	Spevňujúci náplastový obväz malého kĺbu.	1,68
207	Spevňujúci náplastový obväz veľkého kĺbu.	2,88
210	Malý dlahový obväz aj ako núdzový obväz pri zlomeninách.	1,80
212	Dlahový obväz so znehybnením najmenej dvoch veľkých kĺbov (laktového, zápästného, členkového), ako aj núdzový obväz pri zlomeninách.	4,32
250a	Odobratie krvi venepunkciou do jednej striekačky alebo do jednej skúmavky, vrátane odberovej súpravy, za každú súpravu.	1,92
250b	Odber krvi do uzavretého systému, alebo odber pri podozrení na infekčné ochorenie, za každú odberovú súpravu.	3,60
252	Injekcia intrakutánna, subkutánna, submukózna, subkonjunktiválna alebo intramuskulárna.	1,68
253	Injekcia intravenózna.	2,40
258	Odobratie kapilárnej krvi.	1,44
260a	Zavedenie katétra do periférnej cievy.	3,60
267	Medikamentózne ošetrenie infiltráciou, za každé ošetrenie.	2,40
271	Infúzia intravenózna v trvaní od 10 do 30 minút.	4,80
320	Umelé dýchanie (napríklad z úst do úst, dýchanie vakom, dýchanie aparátom).	3,60
321	Umelé dýchanie a extratorakálna tlaková masáž srdca.	8,40
322	Ústna a nasotracheálna intubácia.	4,80
323	Otvorenie horných dýchacích ciest koniotómiou, koniopunkciou, prípadne aj endotracheálnou intubáciou.	12,00
330	Výplach žalúdka žalúdočnou sondou.	5,28
332	Inhalácia kyslíka vrátane inhalovaného kyslíka, za každých 30 minút.	0,72
363	Digitálne vyprázdnenie konečníka.	3,84
603a	Vyhodnotenie EKG v prípade, že odborný lekár s príslušnou špecializáciou EKG len vyhodnotí. Nejde o automatické prístrojové vyhodnotenie.	3,60
1275	Odstránenie voľného cudzieho telesa zo spojovky alebo mechanická epilácia mihalnic jedného oka.	0,72
1402	Predná nosová tamponáda.	2,40
2000	Prvé ošetrenie malej rany.	2,40
2003	Prvé ošetrenie veľkej rany.	4,08
2011	Prvotné ošetrenie popáleniny I. alebo II. stupňa (ruka, noha, tvár), za každú popáleninu (toilette, debridement, topické prostriedky).	6,00

2011a	Prvotné ošetrenie popáleniny I. alebo II. stupňa do 5% povrchu tela, za každú popáleninu (toilette, debridement, topické prostriedky).	3,60
3525	Kompletný dôkaz základných patologických súčastí moču, za každú vzorku od pacienta.	1,20
3526	Nekompletný dôkaz najviac troch z uvedených základných patologických súčastí moču, za každú patientsku vzorku.	0,84
3635a	Kontrola glykémie glukomerom.	1,44
Výška úhrady (paušál) mesačne na ambulanciu pevnej ambulantnej pohotovostnej služby		
V súlade s platným Nariadením vlády SR č. 115/2018 Z. z. ktorým sa ustanovuje výška úhrad zdravotnej poisťovne za poskytovanie zubno-lekárskej pohotovostnej služby a ambulantnej pohotovostnej služby, spôsob výpočtu a pravidiel výpočtu týchto úhrad, sa výška úhrady zdravotnej poisťovne za poskytovanie ambulantnej pohotovostnej služby ustanovuje nasledovne: Poisťovňa mesačne poskytovateľovi uhradza časť paušálnej úhrady na jednu ambulanciu pevnej ambulantnej pohotovostnej služby, pričom podiel zdravotnej poisťovne na paušálnej úhrade zodpovedá podielu poisťencov zdravotnej poisťovne na celkovom počte poisťencov na území SR pre príslušný kalendárny rok.		
Úhrada nad rámec mesačného paušálu a úhrady za výkony		
Nad rámec mesačného paušálu a úhrady za výkony sa uhradza doprava lekára v prípade návštevy APS. Úhrada pri prevoze APS, LSPR sa realizuje len za skutočný počet prejazdených kilometrov s lekárom (za nevyťažené vozidlo poisťovňa úhradu nerealizuje).		
Typ prevozu		Cena za 1km v €
APS - služobným alebo objednaným vozidlom ambulantnej zdravotnej služby		0,72
LSPR - vlastným vozidlom		0,30

Cena za výkon		
Kód výkonu	Charakteristika výkonu pre dospelých	Cena za výkon
4571a	Vyšetrenie C – reaktívneho proteínu – Výkon indikuje a vykonáva PZS. – Výkon môže byť vykázaný s frekvenciou maximálne 1x denne na URČ. – Cena zahŕňa náklady na odobratie biologického materiálu a vyhodnotenie výsledku CRP vyšetrenia. – Platný doklad o zakúpení, resp. prenájme prístrojového vybavenia. – Prehlásenie o zhode k prístroju. – Zaznamenanie výsledku a vyhodnotenia výsledku v zdravotnej dokumentácii poistenca.	5,75 €

Cena za výkon		
Kód výkonu	Charakteristika výkonu pre deti	Cena za výkon
4571a	C – reaktívny proteín, pre poisťencov do 18 rokov veku vrátane, s frekvenciou vykázaní jedenkrát za deň na jedno rodné číslo. Výkon môže byť vykázaný lekárom s odbornosťou 007 a 008. Cena zahŕňa náklady na odobratie biologického materiálu a vyhodnotenie výsledku CRP vyšetrenia. Podmienkou úhrady výkonu 4571a je splnenie nasledovných podmienok zo strany PZS: – platný doklad o zakúpení, resp. prenájme prístrojového vybavenia, – prehlásenie o zhode k prístroju, – zaznamenanie odčítania výsledku a vyhodnotenia výsledku v zdravotnej dokumentácii pacienta.	5,75 €