

Dodatok č. 30

k Zmluve č. 33NSP2000118

Čl. 1

Zmluvné strany

1.1. Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

sídlo: Panónska cesta 2, 851 04 Bratislava – mestská časť Petržalka
zastúpená: Ing. Richard Strapko, predseda predstavenstva
MUDr. Beata Havelková, MPH podpredsedníčka predstavenstva
Ing. Ľubomír Kováčik, člen predstavenstva
IČO: 35937874
IČ DPH: SK2022027040
Banka: Štátna pokladnica
číslo účtu:
zápis: Obchodný register Okresného súdu Bratislava I, odd.: Sa, vložka č. 3602/B
osoba oprávnená konať vo veci zmluvy: Mgr. Ivana Pačková,
regionálna riaditeľka oddelenia nákupu ZS
kontaktná adresa: 1. mája 34, 010 01 Žilina
(ďalej len „poisťovňa“)

1.2. Dolnooravská nemocnica s poliklinikou MUDr. L. Nádaši Jágeho Dolný Kubín

sídlo: ul. Nemocničná 1944/10, 026 14 Dolný Kubín
zastúpený: PhDr. Jozefom Mintálom
IČO: 00634905
banka: Štátna pokladňa
číslo účtu: SK61 8180 0000 0070 0048 1029
identifikátor poskytovateľa: P51283
(ďalej len „poskytovateľ“)

uzatvárajú

tento dodatok (ďalej len „dodatok“)
k Zmluve č. 33NSP2000118 (ďalej len „zmluva“).

Čl. 2

Predmet dodatku

Na základe Čl. 8 bodu 8.8. zmluvy sa zmluvné strany dohodli na týchto zmenách zmluvy:

2.1. V zmluve sa doterajší bod 8.1. nahrádza nasledovným novým znením:

„8.1. Zmluva sa uzatvára na dobu určitú do 30.6.2022.“

2.2. V zmluve sa doterajší bod 8.2. nahrádza nasledovným novým znením:

„8.2. Prílohy č. 1, č. 2 a č. 5 k tejto zmluve sa uzatvárajú na dobu určitú do 31.3.2022. Zmluvné strany sa dohodli, že ak pred dňom uplynutia účinnosti Príloh k tejto zmluve nedôjde medzi zmluvnými stranami k dohode o ich úprave na ďalšie

obdobie, prvým kalendárnym dňom nasledujúcim po dni uplynutia účinnosti Príloh k tejto zmluve začína medzi zmluvnými stranami prebiehať trojmesačné dohodovacie konanie, ktoré sa skončí najneskôr v deň podľa bodu 8.1.“

- 2.3. Zmluvné strany sa dohodli na novej Prílohe č. 1 zmluvy – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti, ktorá tvorí Prílohu č. 1 tohto dodatku. Nová Príloha č. 1 zmluvy je platná do 31.3.2022.
- 2.4. Platnosť Prílohy č. 2 zmluvy – Rozsah zdravotnej starostlivosti sa predlžuje do 31.3.2022.
- 2.5. V Prílohe č. 2 zmluvy – Rozsah zdravotnej starostlivosti sa dátum „31.3.2021“ nahrádza novým dátumom „31.3.2022“.
- 2.6. Platnosť Prílohy č. 3 zmluvy – Kritériá na uzatváranie zmlúv sa predlžuje do 30.6.2022.
- 2.7. V Prílohe č. 3 zmluvy – Kritériá na uzatváranie zmlúv sa dátum 30.6.2021 nahrádza novým dátumom „30.6.2022“.
- 2.8. Platnosť Prílohy č. 5 zmluvy – Prospektívny rozpočet sa predlžuje do 31.3.2022.
- 2.9. V Prílohe č. 5 zmluvy – Prospektívny rozpočet sa dátum 31.3.2021 nahrádza novým dátumom „31.3.2022“.
- 2.10. V prílohe č. 5 zmluvy – Prospektívny rozpočet, časť I. Štruktúra prospektívneho rozpočtu, sa časť tabuľky Ambulantná zdravotná starostlivosť nahrádza nasledovným novým znením:

„Štruktúra prospektívneho rozpočtu	
ZS hradená cez prospektívny rozpočet	ZS hradená mimo prospektívny rozpočet
Ambulantná zdravotná starostlivosť	
200 Špecializovaná ambulantná starostlivosť	103 Gynekologická špecializovaná ambulantná starostlivosť
222 Jednodňová zdravotná starostlivosť	300 Ambulantná pohotovostná služba
302 Ústavná pohotovostná služba	301 Záchranná zdravotná služba
	303 Urgentný príjem
<i>Výnimky: lieky (A, AS), IPP, preventívne výkony, výkony s Dg. Q35-Q37, expektačné lôžka, paušálna platba pre urgentný príjem, zdravotné výkony poskytnuté na urgentnom prijíme</i>	

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

„II. Výška prospektívneho rozpočtu

Zmluvné strany sa dohodli na výške prospektívneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac pre obdobie od 1.4.2021 do 30.4.2021 nasledovne:

Tabuľka platná pre obdobie od 1.4.2021 do 30.4.2021

Výška prospektívneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac (v EUR)	Skupiny typov zdravotnej starostlivosti	Rozpočet pre skupiny typov zdravotnej starostlivosti na jeden kalendárny mesiac (v EUR)
1 368 964 €	Ambulantná zdravotná starostlivosť	80 380,- €
	Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky	282 622,- €
	Ústavná zdravotná starostlivosť	1 005 962,- €

Zmluvné strany sa dohodli na výške prospektívneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac pre obdobie od 1.5.2021 nasledovne:

Tabuľka platná pre obdobie od 1.5.2021

Výška prospektívneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac (v EUR)	Skupiny typov zdravotnej starostlivosti	Rozpočet pre skupiny typov zdravotnej starostlivosti na jeden kalendárny mesiac (v EUR)
1 160 870 €	Ambulantná zdravotná starostlivosť	68 162 €
	Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky	239 661 €
	Ústavná zdravotná starostlivosť	853 047 €

Zúčtovacím obdobím je jeden kalendárny mesiac.

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

2.12. V Prílohe č. 5 zmluvy – Prospektívny rozpočet, časť V. Termíny vyhodnocovania prospektívneho rozpočtu, sa doterajšia tabuľka dopĺňa nasledovne:

„12.	10/2020 – 03/2021	05/2021	07/2021
13.	01/2021 – 06/2021	08/2021	10/2021
14.	04/2021 – 09/2021	11/2021	01/2022“

2.13. Platnosť Prílohy č. 7 zmluvy – Kritéria na uzatváranie zmlúv pre odbor klinická biochémia, laboratórna medicína, klinická imunológia a alergológia a lekárska genetika sa predlžuje do 30.6.2022.

2.14. V Prílohe č. 7 zmluvy – Kritéria na uzatváranie zmlúv pre odbor klinická biochémia, laboratórna medicína, klinická imunológia a alergológia a lekárska genetika sa dátum 30.6.2021 nahrádza novým dátumom „30.6.2022“.

Čl. 3 Prechodné ustanovenia

3.1. Definícia pojmov

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

3.2. Vzhľadom na mimoriadnu situáciu sa zmluvné strany dohodli na mesačnej paušálnej úhrade za zdravotnú starostlivosť v rámci dopravnej zdravotnej služby, typ ZS 800 poskytovanú v zmysle zmluvy vo výške 13 830,- € mesačne a to **na obdobie od 1.4.2021 do 31.3.2022**. V prípade, ak rozsah uznanej zdravotnej starostlivosti v rámci dopravnej zdravotnej služby v danom mesiaci je nižší ako výška paušálnej úhrady podľa tohto bodu, poisťovňa uhradí poskytovateľovi výšku paušálnej úhrady. V prípade, ak rozsah uznanej zdravotnej starostlivosti v rámci dopravnej zdravotnej služby v danom mesiaci je vyšší ako výška paušálnej úhrady podľa tohto bodu, poisťovňa uhradí poskytovateľovi rozsah uznanej zdravotnej starostlivosti podľa podmienok tejto zmluvy.

3.3. Poisťovňa uhradí paušálnu úhradu podľa bodu 3.2 tohto článku za zdravotnú starostlivosť v rámci dopravnej zdravotnej služby za obdobie mesiacov počas ktorých sa uplatňuje paušálna mesačná úhrada poskytovateľovi v termíne splatnosti faktúry za zdravotnú starostlivosť poskytnutú za dané zúčtovacie obdobie na účet poskytovateľa, ktorý je zároveň dňom splatnosti mesačnej paušálnej úhrady.

3.4. Poisťovňa si vyhradzuje právo neuhradiť mesačnú paušálnu úhradu v prípade, že dôvodom nedosiahnutia výšky vykázananej a poisťovňou uznanej zdravotnej starostlivosti aspoň na úroveň paušálnej mesačnej úhrady nie sú okolnosti objektívne zapríčinené Mimoriadnou situáciou.

3.5. Zmluvné strany sa dohodli, že za obdobie uplatňovania paušálnej úhrady v rámci dopravnej zdravotnej služby, typ ZS 800, sa za výkony zdravotnej starostlivosti považuje výška mesačnej paušálnej úhrady alebo produkcia poskytovateľa v prípadoch, ak presiahne výšku mesačnej paušálnej úhrady a zároveň vstupujú do ročného doúčtovania v zmysle Čl. 7 – Osobitné ustanovenia, bod 7.3. zmluvy. Kvartálne doúčtovanie sa počas obdobia uplatňovania paušálnej úhrady neuplatňuje.

3.6. Zmluvné strany sa dohodli, že vzhľadom k vyhláseniu núdzového stavu podľa čl. 5 ústavného zákona č. 227/2002 Z. z. a opatrenia Úradu verejného zdravotníctva Slovenskej republiky pri ohrození verejného zdravia na území Slovenskej republiky v súvislosti so zabránením šírenia infekčného ochorenia COVID-19, sa ustanovenie čast' III. Vyhodnocovanie prospektívneho rozpočtu Prílohy č. 5 zmluvy, nebude uplatňovať počas roku 2021.

3.7. V dodatku č. 29 k zmluve, Čl. 3 – Prechodné ustanovenia, sa doterajšie znenie bodu 3.5. nahrádza nasledovným novým znením:

„3.5 Zmluvné strany sa dohodli, že záväzok poskytovateľa podľa bodu 3.3. tohto článku vrátiť preddavok poisťovni bude splnený tak, že poisťovňa započíta preddavky poskytnuté v mesiacoch február 2021 a marec 2021 ako svoju pohľadávku voči poskytovateľovi s pohľadávkou poskytovateľa, ktorá mu vznikne voči poisťovni z titulu vyúčtovania zdravotnej starostlivosti poskytnutej na základe zmluvy, a to dňom splatnosti faktúry za

zdravotnú starostlivosť poskytnutú v mesiaci apríl 2021. V prípade ak preddavok podľa bodu 3.4. nebude môcť byť v plnej výške započítaný voči pohľadávke poskytovateľa, poskytovateľ sa zaväzuje nezapočítanú časť preddavku vrátiť poisťovni najneskôr do troch dní od doručenia výzvy poisťovne na vrátenie.“

Čl. 4 Záverečné ustanovenia

- 4.1. Tento dodatok, ktorý tvorí súčasť zmluvy, nadobúda platnosť dňom podpisu zmluvnými stranami a účinnosť dňom **1.4.2021** po jeho predchádzajúcom zverejnení v zmysle § 47a zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov.
- 4.2. Z dôvodu zhoršujúcej sa epidemiologickej situácie a uznesenia vlády Slovenskej republiky č. 160 zo dňa 17. marca 2021, čoho následkom môžu byť administratívne preťahy pri nadobudnutí platnosti a následnej účinnosti tohto dodatku, sa zmluvné strany dohodli a berú na vedomie, že v prípade potreby zachovania kontinuity poskytovania a úhrady zdravotnej starostlivosti bude zdravotná starostlivosť poskytnutá poskytovateľom v čase od **1.4.2021** do nadobudnutia účinnosti tohto dodatku uhradená v súlade s týmto dodatkom.
- 4.3. Súhlas s obsahom dodatku vyjadria zástupcovia zmluvných strán svojím podpisom na dodatku.
- 4.4. Tento dodatok je vyhotovený v dvoch rovnopisoch, z ktorých každý sa považuje za originál. Každá zmluvná strana obdrží jeden rovnopis dodatku.

V Žiline dňa 16.4.2021

Za poskytovateľa:

Za poisťovňu:

.....
PhDr. Jozef M i n t á l
riaditeľ
Dolnooravská nemocnica s poliklinikou
MUDr. L. Nádaši Jého Dolný Kubín

.....
Mgr. Ivana Pačková
regionálna riaditeľka oddelenia nákupu ZS
Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

**Príloha č. 1
k Zmluve č. 33NSP2000118**

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

A. Ambulantná zdravotná starostlivosť

Čl. I Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (všeobecné ustanovenia)

1. Kapitácia

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

Pri zmene poskytovateľa z dôvodu odstúpenia od dohody je poskytovateľ povinný preukázateľne odovzdať zdravotnú dokumentáciu alebo jej rovnopis do 7 dní od jej vyžiadania novému poskytovateľovi, s ktorým poistenec uzatvoril dohodu a oznámiť dátum ukončenia dohody 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 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 kapítovaných poistencov a poistencov EÚ, ktorí majú nárok na úhradu zdravotnej starostlivosti v plnom rozsahu v zmysle platnej legislatívy, ak nie je v tabuľke uvedené inak.

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

Individuálne zložky úhrady sú Individuálna dodatočná kapitácia a Individuálna pripočítateľná položka a predstavujú 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. 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).

4.2. Individuálna pripočítateľná položka

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

Výsledná cena IPP sa vypočíta ako násobok Základu pre výpočet IPP a výsledného percenta plnenia HP.

IPP môže poskytovateľ vykazovať iba na ambulanciách poliklinického typu.

4.3. Hodnotiace parametre

HP ovplyvňujú výslednú cenu individuálnych zložiek úhrady poskytovateľa uvedených v bodoch 4.1. a 4.2. tohto článku. Výsledné percento plnenia HP je súčtom váh jednotlivých splnených parametrov. Kritérium pre splnenie parametra v jednotlivých typoch zdravotnej starostlivosti je uvedené v tabuľke „Hodnotiace parametre“ v článku II tejto prílohy. Pri splnení kritéria je parametru priradená uvedená váha v percentách, pri nesplnení kritéria je váha príslušného parametra 0%. Zoznam a váhy parametrov ako aj doplňujúce informácie pre jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti sú uvedené v článku II tejto prílohy.

HP vyhodnocuje poisťovňa každý kalendárny štvrťrok za obdobie, ktoré tomuto štvrťroku predchádza. Ak nie je hodnotené obdobie inak špecifikované v doplňujúcich informáciách k parametrom, vyhodnocuje sa predchádzajúci kalendárny štvrťrok.

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

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

HP vyhodnocuje poisťovňa u poskytovateľa iba na ambulanciách poliklinického typu.

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

Pri parametroch odborného hodnotenia poskytovateľa sú poskytovatelia zaradení do referenčných skupín podľa odbornosti a typu ambulancie poskytovateľa, v ktorých sa na základe vykazanej zdravotnej starostlivosti v hodnotenom období vypočíta stredná hodnota a štandardná odchýlka, ktorá slúži na určenie horného resp. dolného pásma pre účely vyhodnotenia plnenia príslušného parametra.

Splnenie parametra Dostupnosť poskytovateľ dokladuje 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 poisťovní elektronickou formou. Splnenie parametra Dostupnosť poisťovňa vyhodnotí na základe podkladov doručených poskytovateľom podľa predchádzajúcej vety a to k prvému dňu kalendárneho štvrťroka, v ktorom realizuje vyhodnotenie HP.

5. Úhrada zdravotnej starostlivosti v zmysle Verejného prísľubu

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

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

1. Gynekológia a pôrodníctvo

1.1. Kapitácia

Cena kapitácie	
Veková skupina	Cena
všetky vekové skupiny po dovŕšení 15. roka života	1,52 €

1.2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu

Cena bodu			
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Počet bodov	Cena bodu v €
157	Preventívny výkon	220	0,057
102	Preventívny výkon	320	0,057
103	Vyšetrenie a rady počas gravidity s vyhodnotením výsledkov laboratórnych vyšetrení so zreteľom na riziká gravidity. <ul style="list-style-type: none"> Vykazuje sa spravidla jedenkrát za 28 dní a po 36. týždni gravidity jedenkrát za 7 dní ak poistenka je naďalej vo výlučnej starostlivosti vykazujúceho lekára, s diagnózou Z34.0, Z34.8, Z34.9, Z35.0 až Z35.4, Z35.7 až Z35.9 	200	0,057
105	Preventívny výkon	250	0,057
108	Ultrazvukové sledovanie tehotenstva vrátane biometrie a posúdenie vývoja orgánov vrátane obrazovej dokumentácie, za každé vyšetrenie. <ul style="list-style-type: none"> Ako súčasť preventívnej prehliadky v tehotenstve možno vykázať maximálne 4 krát (výkon sa nemôže vykazovať spolu s výkonom č. 5808) s diagnózou Z34.0, Z34.8, Z34.9 	350	0,057
1070	Kolposkopia <ul style="list-style-type: none"> Vykazovanie iba v kombinácii s výkonom č. 157. 	150	0,057
60	Komplexné vyšetrenie poistenca pri prevzatí dospelaj osoby do zdravotnej starostlivosti ako prvotné komplexné vyšetrenie s vystavením zdravotného záznamu. <ul style="list-style-type: none"> Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z., Poskytovateľ poskytne poistencovi komplexné vyšetrenie (kompletná anamnéza, vyšetrenie všetkých orgánových systémov, založenie zdravotnej dokumentácie a stanovenie diagnostického záveru a diagnostického a liečebného plánu) v termíne do 30 dní od podpísania dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Vykázaný výkon č. 60 musí byť súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca. Kontrola povinného očkovania poistenca. Kontrola poslednej preventívnej prehliadky poistenca. Informovaný súhlas pacienta s poskytnutím zdravotnej starostlivosti v súvislosti výkonom č. 60. 	350	0,020995
252b	Očkovanie <ul style="list-style-type: none"> Očkovacia látka je úplne alebo čiastočne hradená z verejného zdravotného poistenia, vrátane očkovania proti chrípke pri tehotnej poistenke. 	70	0,057
297	Odobratie, príprava a odoslanie sterového materiálu na cytologické vyšetrenie, prípadne aj fixácia vrátane nákladov.	50	0,057

11a	<p>Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor)</p> <p>Charakteristika zdravotného výkonu:</p> <p>Konzultácia s pacientom prostredníctvom doložiteľnej elektronickej komunikácie (webová aplikácia, videohovor) v online prostredí, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie, realizáciu fotografií pacienta/vyšetrovaného orgánu na pridanie do zdravotnej dokumentácie.</p> <p>Konzultácia s pacientom obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cieľnú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom alebo k psychickej poruche, • zhodnotenie výsledkov, • vypísanie receptov, prípadne vypísanie žiadaniek na ďalšie vyšetrenie, • poučenie pacienta, • diagnostický záver, • určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára. <p>Vykazovanie zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • výkon sa vykazuje ako komplexná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia, • súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj z online prostredia, • popis zdravotného výkonu, • diagnostický záver, ak je potrebné, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, • prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára, • 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 pacienta. 	210	0,026
1b	<p>Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty alebo telefonicky</p> <p>Konzultácia s pacientom prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cieľnú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly vo vzťahu k jednému orgánovému systému, • popis subjektívnych ťažkostí, • diagnostický záver, • poučenie o diéte a životospráve, • v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplynuli z konzultácie ohľadom zdravotného stavu, • prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára, • poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie. <p>Vykazovanie zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta, • zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii, 	160	0,026

	<ul style="list-style-type: none"> súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj z online prostredia, popis zdravotného výkonu, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára, výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta, vykazuje sa samostatne, najviac 1x za deň na jedného pacienta. 		
70	<p>Opätovné lekárske vystavenie receptov a (alebo) poukazov na základe požiadavky pacienta prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefónu</p> <p>Charakteristika zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronickou formou na lieky/zdravotnícke pomôcky/dietetické potraviny, ktoré pacient užíva dlhšie ako 3 mesiace, a nebola realizovaná zmena dávkovania lieku. <p>Vykazovanie zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta, súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj z online prostredia, údaj, kedy bol recept/lekársky poukaz vypísaný, údaj o predpise lieku/zdravotníckej pomôcky/dietetickej potraviny pacientovi prostredníctvom elektronických služieb, výkon sa vzťahuje na jedného pacienta bez ohľadu na počet liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín, ktoré boli pacientovi predpísané formou papierového receptu/lekárskeho poukazu alebo formou jednorazového elektronického predpisu (t. j. za týchto podmienok sa výkon vykazuje najviac v počte 1x za deň na jedného pacienta), výkon sa vykazuje samostatne za každý vystavený recept a/alebo poukaz, ak ide o elektronický predpis liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín typu opakovaný recept (preskripčný záznam s poznámkou „REPETATUR“), výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi. 	40	0,026
5303	<p>Vyšetrenie močového traktu a orgánov malej panvy u ženy.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ako súčasť preventívnej prehliadky. 	1000	0,00909
5305	<p>Ultrazvukové vyšetrenie intravaginálnou sondou.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ako súčasť preventívnej prehliadky. 	1200	0,00909
5308	<p>Ultrazvukové vyšetrenie obidvoch prsníkov, axíl a regionálnych lymfatických uzlín.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ako súčasť preventívnej prehliadky. Vykazuje sa na základe odbornej spôsobilosti lekára. 	1500	0,00909
5808	<p>Ultrazvukové sledovanie tehotenstva, vrátane biometrie plodu.</p> <ul style="list-style-type: none"> Výkon sa nemôže vykazovať spolu s výkonom č. 108 Akceptuje sa z dôvodu zmeny zdravotného stavu, ktorý ohrozuje vývin plodu alebo zdravie matky. Vykazuje sa s príslušnou diagnózou pre ktorú bolo vyšetrenie indikované 	600	0,008105
118	<p>Externé kardiokografické vyšetrenie (CTG)</p> <ul style="list-style-type: none"> vykazuje sa po 36. týždni tehotenstva s frekvenciou 1 x za týždeň, maximálne 4 x za tehotenstvo 	230	0,019170

-	Výkony z I. časti Zoznamu výkonov pre poistencov EÚ, bezdomovcov, cudzincov a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z.	-	0,026
-	Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) pre poistencov EÚ, bezdomovcov, cudzincov a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. a nekapitovaných poistencov	-	0,007303
-	Neodkladná zdravotná starostlivosť poskytnutá poistencom poisťovne, s ktorými poskytovateľ nemá uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti	-	0,026

1.3. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

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

	<p><u>Podmienky úhrady výkonu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • zdravotný výkon vykonáva lekár alebo sestra, sestra špecialistka alebo iný zdravotnícky pracovník, • pacient je symptomatický, • použitie respirátora prekrytého rúškom, tvárového štítu (okuliarov) a jednorazových rukavíc pri odbere. • výkon nie je možné kombinovať s výkonom 629a • zdokladovanie vlastníctva adekvátneho, CE certifikovaného prístroja <p><u>Kritéria rýchlotestu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • in vitro diagnostická zdravotnícka pomôcka pre profesionálne použitie; • CE značka, resp. kód ŠÚKLu • kvalitatívna detekcia; • zo vzoriek z výterov z nosohltanu. <p><u>Indikačné obmedzenia:</u></p> <p>U07.1; U07.2</p> <p>Výkon bude akceptovaný u kapítovaných poistencov nad rámec kapitácie, u nekapítovaných poistencov v prípade, že ide o neodkladnú ZS a u poistencov EÚ v prípade, že spĺňajú legislatívne podmienky nároku úhrady ZS u EÚ poistencov.</p>	
--	---	--

1.4. Individuálna zložka úhrady – Individuálna dodatková kapitácia

Základ pre výpočet ceny IDK		
Špecializácia	Veková skupina	Základ
Gynekológia a pôrodnictvo	všetky	0,55 €

1.5. Hodnotiace parametre

Zameranie	Parameter	Kritérium splnenia	Váha	Plnenie do 31.12.2021
Odborné hodnotenie poskytovateľa	Celkové náklady na ošetrovaného poistenca	Hodnota parametra je pod hranicou horného pásma definovanou výpočtom v príslušnej referenčnej skupine ambulancií	45%	Reálne plnenie poskytovateľa
	Prevenčia	Preventívna prehliadka vykonaná aspoň u takého počtu pacientov, ktorý zodpovedá priemeru v príslušnej odbornosti v hodnotenom období.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
		Preventívna prehliadka vykonaná aspoň u takého počtu pacientov, ktorý zodpovedá 75% z priemeru v príslušnej odbornosti v hodnotenom období.	7%	
Elektronizácia	ePobočka	Poskytovateľ zasiela všetky dávky vrátane faktúr za poskytnutú zdravotnú starostlivosť cez ePobočku.	10%	Reálne plnenie poskytovateľa
	eRecept	Aspoň 80% lekárskeho predpisov predpísaných prostredníctvom programu eRecept.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
Dostupnosť	Ordinačný čas	Stanovenie týždenného čistého ordinačného času na aspoň 30 hodín pre každú ambulanciu.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
		Stanovenie ordinačných hodín do 16:00 hod. aspoň jeden deň v týždni pre každú ambulanciu.		

Výsledné percento plnenia Hodnotiacich parametrov

Pre účely výpočtu výslednej hodnoty individuálnej zložky úhrady sa na účely úhrady sa na účely tejto prílohy výsledné percento plnenia HP v type ZS 103 stanovuje na hodnotu 76%.

1.5.1. 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

Prevenčia

Parameter vyjadruje, akým percentom sa na celkovom počte kapitovaných poistencov podieľali tí poistenci, ktorým bola v hodnotenom období poisťovňou uhradená preventívna prehliadka (výkon 157). Za kapitovaného poistenca sa pre potrebu vyhodnotenia parametra považuje ten poistenec, za ktorého bola poskytovateľovi v hodnotenom období uhradená kapitácia.

Hodnotené obdobie: štyri po sebe nasledujúce štvrťroky

2. Špecializovaná ambulantná starostlivosť – vrátane UPS

2.1. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu

Cena bodu			
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Počet bodov	Cena bodu v €
-	výkony z I. časti Zoznamu výkonov vrátane ambulancie UPS	-	0,0268
60	Komplexné vyšetrenie pacienta kompletná anamnéza, vyšetrenie všetkých orgánových systémov, založenie zdravotnej dokumentácie, zhodnotenie výsledkov vyšetrení, diagnostický záver, liečebný plán a/alebo zaradenie do dispenzárnej starostlivosti, odoslanie pacienta na ďalšie laboratórne, prístrojové alebo odborné vyšetrenia -vypísanie žiadaniek, poučenie pacienta, vypísanie receptov a lekárskej správy, ak vyšetrenie trvá dlhšie ako 30 minút.	420	0,0268
	Pre odbornosti: neurológia, pediatričná neurológia, pediatričná gastroenterológia, vnútorné lekárstvo a geriatra	620	
	Pre odbornosti: fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	500	
62	Cieľové vyšetrenie dvoch alebo viacerých orgánových systémov alebo dispenzárna kontrola (cieľová anamnéza, resp. anamnéza od poslednej kontroly), popis subjektívnych obtiaží, objektívny nález, zhodnotenie výsledkov, vypísanie správy, záver, vypracovanie plánu do nasledujúcej kontroly. Poučenie o diéte a životospráve a predvolanie na vyšetrenie je súčasťou výkonu, ak vyšetrenie trvá dlhšie ako 20 minút.	270	0,0268
	Pre odbornosti: neurológia, pediatričná neurológia, pediatričná gastroenterológia, vnútorné lekárstvo a geriatra	400	
	Pre odbornosti: fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	310	
63	Dôkladné vyšetrenie jedného orgánového systému alebo kontrolné vyšetrenie vrátane rád a dokumentácie.	210	0,0268
	Pre odbornosti: neurológia, pediatričná neurológia, pediatričná gastroenterológia, vnútorné lekárstvo a geriatra	310	0,0268
	Pre odbornosti: fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	250	0,0268
65	Příplatok pri sťaženom výkone Pri výkonoch pod kódmi 61, 62, 63 a pri výkonoch v rádiológii a v rádioterapii.	200	0,0268
66	Příplatok pri sťaženom výkone Pri výkone pod kódom 60.	320	0,0268
67	Příplatok pri sťaženom výkone Příplatok u dieťaťa do veku piatich rokov pri výkonoch - odber krvi, injekcie, infúzie, transfúzie, infiltrácie, implantácie, odobratie sterov, punkcie a pri výkone očkovania.	200	0,0268
68a	Použitie ochranných prostriedkov Charakteristika výkonu:	1000	0,0268

	<p>Príprava zdravotníckeho pracovníka na klinické vyšetrenie s použitím osobných ochranných pracovných prostriedkov a dezinfekcie pred a po endoskopickom výkone počas pandémie COVID-19.</p> <p>Poisťovňa môže hradiť poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti osobitnú úhradu za príplatkový výkon k zdravotnému výkonu poskytnutému v zmysle § 4 ods. 3 zák. č. 576/2004 Z. z. v platnom znení:</p> <ul style="list-style-type: none"> v súlade s Metodickým usmernením Hlavného odborníka Ministerstva zdravotníctva SR pre gastroenterológiu pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti v gastroenterologickej ambulancii COVID-19 – základné postupy platného v čase poskytnutia výkonu pacientovi s negatívnymi odpoveďami na všetky triediace otázky uvedené v spomenutom odbornom usmernení (uvedenú skutočnosť je potrebné zaznamenať v zdravotnej dokumentácii) hradený z verejného zdravotného poistenia poskytnutý v čase vyhlásenia mimoriadnej situácie na území Slovenskej republiky v súvislosti pandemiou ochorenia COVID-19. <p><u>Popis výkonu:</u></p> <p>Pred vykonaním endoskopického vyšetrenia počas pandémie COVID-19 použije lekár vykonávajúci vyšetrenie osobné ochranné prostriedky: respirátor FFP2-3 prekrytý rúškom, ochranný plastikový tvárový štít alebo okuliare, jednorazovú chirurgickú čiapku, jednorazový ochranný plášť, jednorazovú nepremokavú plastovú zásteru, jednorazové rukavice, v prípade potreby aj jednorazovú lekársku ochrannú uniformu biohazard, jednorazové návleky topánok.</p> <p>Vykoná: dezinfekciu ochranných pomôcok po zdravotnom výkone, zabezpečí dezinfekciu priestorov po zdravotnom výkone</p> <p><u>Vykonávanie zdravotného výkonu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> lekár špecialista v príslušnom špecializačnom odbore v rámci ktorého sa endoskopické výkony vykonávajú alebo osobné ochranné pomôcky sa používajú jednorazovo, pri vykonaní zdravotných výkonov u viacerých pacientov sa pred každým vyšetrením vyžaduje samostatná príprava a použitie OOP. <p><u>Odbornosti oprávnené vykazovať výkon:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 048 154 <p><u>Povolená frekvencia</u> 1 krát denne</p> <p><u>Nutná kombinácia s výkonmi:</u> 740, 741, 755, 756, 760, 760pn, 760pp, 760sn, 760sp, 761, 762, 763, 763a, 763m, 763p, 763pn, 763pp, 763sn, 763sp</p>		
11a	<p>Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor)</p> <p>Charakteristika zdravotného výkonu:</p>	210	0,0260

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

	<p>Charakteristika zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronickou formou na lieky/zdravotnícke pomôcky/dietetické potraviny, ktoré pacient užíva dlhšie ako 3 mesiace, a nebola realizovaná zmena dávkovania lieku. <p>Vykazovanie zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta, súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj z online prostredia, údaj, kedy bol recept/lekársky poukaz vypísaný, údaj o predpise lieku/zdravotníckej pomôcky/dietetickej potraviny pacientovi prostredníctvom elektronických služieb, výkon sa vzťahuje na jedného pacienta bez ohľadu na počet liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín, ktoré boli pacientovi predpísané formou papierového receptu/lekárskeho poukazu alebo formou jednorazového elektronického predpisu (t. j. za týchto podmienok sa výkon vykazuje najviac v počte 1x za deň na jedného pacienta), výkon sa vykazuje samostatne za každý vystavený recept a/alebo poukaz, ak ide o elektronický predpis liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín typu opakovaný recept (preskripčný záznam s poznámkou „REPETATUR“), výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi. 		
1c	<p>Krízová psychoterapeutická intervencia alebo individuálna psychoterapia alebo psychodiagnostický rozhovor prostredníctvom elektronickej komunikácie</p> <p>Popis zdravotného výkonu (ďalej len „výkon“):</p> <p>Krízová psychoterapeutická intervencia s pacientom telefonicky, alebo prostredníctvom elektronickej pošty, alebo webovej aplikácie, alebo videohovoru obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> cielenú anamnézu/heteroanamnézu, popis subjektívnych ťažkostí, krízovú psychoterapeutickú intervenciu ako okamžité opatrenie pri akútnej psychickej dekompenzácii (napríklad pokus o samovraždu), diagnostický záver, poučenie o psychohygiene, v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/zdravotníckych pomôcok, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára, individuálna psychoterapia (trvanie najmenej 50 minút) rozhovor so súčasným zisťovaním biografickej anamnézy na psychoterapeutické účely, s písomným záznamom vrátane rady pacientovi (trvanie najmenej 20 minút) poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie. <p>Vykazovanie výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez osobnej prítomnosti pacienta, zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii, 	1000	0,026

	<ul style="list-style-type: none"> súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj z online prostredia, popis zdravotného výkonu v trvaní najmenej 45 minút, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára, 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. 		
802	Elektroencefalografické vyšetrenie vrátane prípadných provokácií. <ul style="list-style-type: none"> Výkon môže vykonávať neurológ. 	750	0,0268
813	Príplatok k výkonu č. 802 za simultánne elektroencefalografické monitorovanie <ul style="list-style-type: none"> Výkon môže vykonávať neurológ. 	60	0,0268
819d	Vertebrologické vyšetrenie vrátane poučenia a manipulácie (opakovane), mobilita eventuálne zvodová anestéza. <ul style="list-style-type: none"> 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. 	600	0,0268
803	Elektroencefalografické vyšetrenie dieťaťa do skončeného ôsmeho roku života vrátane prípadných provokácií. <ul style="list-style-type: none"> Výkon zahŕňa aj vyhodnotenie a popis. Výkon môže vykonávať neurológ. 	900	0,0268
804	Elektroencefalografické vyšetrenie po fáze bdenia, prípadne po odvrátení spánku po provokáciách. <ul style="list-style-type: none"> Výkon môže vykonávať neurológ. 	900	0,0268
765p	Odstránenie jedného polypu pomocou vysokofrekvenčnej elektrickej slučky (elektrických klieští - hot biopsy) – preventívny výkon. <ul style="list-style-type: none"> Výkon sa vykazuje s diagnózou Z12.1 	946	0,0260
-	Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ).	-	0,008105
-	Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ okrem vybraných výkonov) z časti FYZIATRIA BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA.	-	0,009080
-	Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) vykonávané prístrojovou technikou ULTRAZVUK – USG a FUNKČNÁ DIAGNOSTIKA.	-	0,008473
516	Vybrané výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) z časti FYZIATRIA BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA.	180	0,013166
518		350	
523a		145	
530		180	
531		220	
540		180	
541		350	
542		300	
509a		220	
512		130	
513		250	0,013824
514a		450	
522		290	
532		300	

533a		450	
763P	Preventívny výkon u gastroenterológa.	-	0,041
763M			
15d	Zhodnotenie rtg. dokumentácie. <ul style="list-style-type: none"> Zhodnotenie nie je vykonané pracoviskom RTG. Vrátane popisu v zdravotnej dokumentácii. Výkon môžu vykazovať odbornosti chirurgia, traumatológia, ortopédia, pneumológia, otorinolaryngológia a reumatológia. 	150	0,0260

2.2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

Cena za výkon		
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Cena za výkon v €
250x	Odber venóznej krvi za účelom vyšetrenia laboratórných parametrov. <ul style="list-style-type: none"> Výkon sa vykonáva samostatne maximálne 1x denne u poistenca na príslušnej ambulancii alebo na mieste určenom na odber krvi. V cene sú zahrnuté všetky náklady spojené s odberom vrátane odoslania krvi do laboratória. Výkon 250x nahrádza výkon pod kódom č. 250a a č. 250b. 	2,98
62a	Cielené vyšetrenie pacienta s respiračným syndrómom pri pandémii COVID-19 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> <ul style="list-style-type: none"> Pacient má COVID pozitívny výsledok nie starší ako 14 dní. U detí do 10 rokov pri pozitívnej epidemiologickej anamnéze v rodine zaznamenatej v zdravotnej dokumentácii a klinických príznakoch dieťaťa, aj bez COVID-19 pozitívneho výsledku dieťaťa. Pacient má príznaky, ktoré sú charakteristické pre COVID ochorenie. Výkon sa nevykazuje v kombinácii s iným výkonom. Maximálne 1 krát za týždeň na jedno rodné číslo. <u>Výkon môžu vykázať nasledovné odbornosti:</u> všeobecný lekár, pediater, internista, pneumoftizeológ, pediatrický pneumoftizeológ, infektológ, otorinolaryngológ, imunoalergológ.	20,00
62b	Diagnostické iniciálne alebo kontrolné vyšetrenie pacienta s potvrdeným ochorením Covid 19 <u>Charakteristika výkonu:</u> Diagnostické iniciálne alebo kontrolné vyšetrenie v príslušnom špecializačnom odbore u pacienta s potvrdeným ochorením Covid 19. Podľa diagnózy, syndrómu alebo symptómu, (cielená anamnéza, popis subjektívnych ťažkostí a objektívne fyzikálne vyšetrenie so zameraním na konkrétny symptóm, syndróm alebo diagnózu, zhodnotenie dostupných laboratórných, pomocných a konziliárnych vyšetrení, stanovenie diagnózy, vypísanie lekárskej správy, vypísanie lekárskeho predpisov, prípadne lekárskeho poukazov, vypísanie žiadaniek, indikácia potrebných laboratórných, pomocných alebo iných odborných vyšetrení, odporúčanie terapie a ďalšieho postupu, prípadne termínu najbližšej kontroly. <u>Výkon poisťovňa akceptuje za nasledovných podmienok:</u> <ul style="list-style-type: none"> Výkon sa vykonáva samostatne, výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, nie je možná kombinácia s výkonom 62a. 	20,00

	<ul style="list-style-type: none"> • Povolená frekvencia: 1x denne na 1 rodné číslo. • Indikácia odborného vyšetrenia v niektorom špecializovanom odbore u pacienta s COVID pozitívnym výsledkom nie starším ako 14 dní so základnou Dg. inou ako je U07.1. • Vykonáva sa s použitím osobných ochranných pomôcok. <p><u>Výkon môžu vykázať nasledovné odbornosti:</u> otorinolaryngológ a pediatrický, otorinolaryngológ, pneumológ a pediatrický pneumológ, infektológ a pediatrický infektológ, anestéziológia a intenzívna starostlivosť, imunoalergológ, pediatrický imunoalergológ a všetky chirurgické odbornosti.</p>	
629a	<p>Skríningový antigénový test SARS-CoV-2</p> <p><u>Charakteristika výkonu:</u></p> <p>Skríningový, rýchly antigénový test SARS-CoV-2 zahŕňa odber biologického materiálu na stanovenie antigénov SARS-CoV-2 vrátane použitia osobných ochranných pracovných prostriedkov a dezinfekcie.</p> <p><u>Podmienky úhrady výkonu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • zdravotný výkon vykonáva lekár alebo sestra, sestra špecialistka alebo iný zdravotnícky pracovník, • pacient je symptomatický, • použitie respirátora prekrytého rúškom, tvárového štítu (okuliarov) a jednorazových rukavíc pri odbere, • výkon nie je možné kombinovať s výkonom 629b, • povolená frekvencia: 2 krát mesačne na jedno rodné číslo <p>V prípade, ak si rýchlotest PZS obstaral sám na vlastné náklady, nákupnú cenu rýchlotestu môže k výkonu vykázat pripočítateľnou položkou s označením „AGTC“ v maximálnej cene 4,80 € a na požiadanie poisťovne tento nákup zdokladovať predložením dokladu o nadobudnutí rýchlotestu alebo zaslaním jeho kópie do poisťovne.</p> <p><u>Kritéria rýchlotestu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • in vitro zdravotnícka pomôcka pre profesionálne použitie; • CE značka, resp. kód ŠÚKLu • kvalitatívna detekcia; • zo vzoriek z výterov z nosohltanu; • odčítanie výsledku testu do 30 min. od nanosenia vzorky na doštičku. <p><u>Indikačné obmedzenia:</u></p> <p>U07.1; U07.2</p>	5,20
629b	<p>Skríningový antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou</p> <p><u>Charakteristika výkonu:</u></p> <p>Skríningový, rýchly antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou zahŕňa odber biologického materiálu na stanovenie antigénov SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou pomocou prístroja na odčítanie výsledku reakcie, vrátane použitia osobných ochranných pracovných prostriedkov a dezinfekcie.</p> <p><u>Podmienky úhrady výkonu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • zdravotný výkon vykonáva lekár alebo sestra, sestra špecialistka alebo iný zdravotnícky pracovník, • pacient je symptomatický, • použitie respirátora prekrytého rúškom, tvárového štítu (okuliarov) a jednorazových rukavíc pri odbere. • výkon nie je možné kombinovať s výkonom 629a 	10,00

<ul style="list-style-type: none"> • zdokladovanie vlastníctva adekvátneho, CE certifikovaného prístroja <p><u>Kritéria rýchlotestu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • in vitro diagnostická zdravotnícka pomôcka pre profesionálne použitie; • CE značka, resp. kód ŠÚKLu • kvalitatívna detekcia; • zo vzoriek z výterov z nosohltanu. <p><u>Indikačné obmedzenia:</u></p> <p>U07.1; U07.2</p>	
--	--

2.3. Individuálna zložka úhrady – Individuálna pripočítateľná položka

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

2.4. Hodnotiace parametre

Časť - Špecializovaná ambulantná starostlivosť				
Zameranie	Parameter	Kritérium splnenia	Váha	Plnenie do 31.12.2021
Odborné hodnotenie poskytovateľa	Celkové náklady na ošetrovaného poistenca	Hodnota parametra je pod hranicou horného pásma definovanou výpočtom v príslušnej referenčnej skupine ambulancií.	40%	Reálne plnenie poskytovateľa
	Frekvencia návštev na ošetrovaného poistenca		10%	
	Podiel prvovýšetrení	Hodnota parametra je nad hranicou dolného pásma definovanou výpočtom v príslušnej referenčnej skupine ambulancií.	10%	
Elektronizácia	ePobočka	Poskytovateľ zasiela všetky dávky vrátane faktúr za poskytnutú zdravotnú starostlivosť cez ePobočku.	10%	Reálne plnenie poskytovateľa
	eRecept	Aspoň 80% lekárske predpisy predpísaných prostredníctvom programu eRecept.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
Dostupnosť	Ordinačný čas	Stanovenie týždenného čistého ordinačného času v rozsahu aspoň 30 hodín pre každú ambulanciu.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa

Výsledné percento plnenia Hodnotiacich parametrov

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

2.4.1. Doplnujúce informácie k Hodnotiacim parametrom

Celkové náklady na ošetrovaného poistenca

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

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

Hodnotené obdobie: dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky.

2.5. 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
299d	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 si zabezpečuje poskytovateľ sám.	6,00

Príplatok pri sťaženom výkone – výkon č. 66

Spôsob vykazovania, uznávania a úhrady výkonu č. 66					
Kód výkonu	Druh PZS	Odbornosť	Počet bodov	Cena bodu v €	Cena za výkon v €
66	MOM*	647	-	-	2,00

*mobilné odberové miesto

Poisťovňa bude akceptovať popri štandardných prípadoch uvedených v Katalógu zdravotných výkonov vykávanie daného výkonu 66 aj v ďalších prípadoch za súčasného splnenia všetkých nasledovných podmienok:

- vykávanie k zdravotnému výkonu 299X
- v prípade definovanom ako suspektný, pravdepodobný alebo potvrdený prípad COVID-19 v zmysle Usmernenia hlavného hygienika Slovenskej republiky v súvislosti s ochorením COVID-19 spôsobeným koronavírusom SARS-CoV-2 v znení platnom v čase poskytnutia výkonu (uvedenú skutočnosť je potrebné zaznamenať v zdravotnej dokumentácii),

- použitie osobných ochranných zdravotných prostriedkov (respirátor FFP2-3 prekrytý rúškom, okuliare a/alebo celotvárový priehľadný štít, pokrývka hlavy, oblečenie s dlhým rukávom zakrývajúce aj nohy, jednorazové rukavice) u poistencov s podozrením na ochorenie COVID 19.
- výkon sa vykazuje najviac 1x za deň na jedného poistenca

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 vyhodnotene 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.

3. Urgentný príjem 1. typu

3.1. Urgentný príjem 1. typu

Pevná cena za poskytovanie urgentnej zdravotnej starostlivosti poskytovateľom, ktorý má povolenie na prevádzkovanie všeobecnej nemocnice alebo špecializovanej nemocnice, ktorá má urgentný príjem 1. typu je stanovená opatrením MZ SR č. 07045/2003-OAP v platnom znení.

Poistovňa mesačne poskytovateľovi uhrádza časť pevnej ceny, tzv. podiel poisťovne na úhrade pevnej ceny za 1 mesiac uhrádzaný formou mesačnej paušálnej platby (ďalej len „podiel poisťovne“), ktorému zodpovedá podiel poistencov poisťovne na celkovom počte poistencov.

K podielu poisťovne sa pripočítava rozdiel medzi:

1. súčtom
 - o základu pre výpočet ceny za poskytovanie zdravotnej starostlivosti na expektačnom lôžku a
 - o základu pre výpočet ceny za poskytovanie zdravotnej starostlivosti za výkony a

2. podielom poisťovne,

avšak len v prípade, ak súčet podľa bodu 1. je vyšší ako podiel poisťovne.

V prípade, ak súčet podľa bodu 1. je nižší ako podiel poisťovne, poisťovňa poskytovateľovi uhradí len podiel poisťovne.

Podiel poisťovne a nižšie uvedené pevné ceny za expektácie pacientov zahŕňajú všetky náklady súvisiace s poskytovaním urgentnej zdravotnej starostlivosti zabezpečeným materiálno-technickým vybavením podľa osobitného predpisu a náklady na prevádzku, okrem nákladov na lieky označené symbolom „A“ zaradené do zoznamu liekov podľa § 5 a § 8 zákona o úhrade liekov z verejného poistenia a okrem nákladov na spoločné a vyšetrovacie a liečebné zložky, ktoré sa vykazujú zdravotnej poisťovni poistenca na osobitnom zúčtovacom doklade.

Cena za poskytovanie zdravotnej starostlivosti na expektačnom lôžku

Kód výkonu	Názov výkonu	Pevná cena v €
1B03001	Expektácia – dospelí pacienti	40,00
<p>Po expektáciou pacienta na pracovisku urgentného príjmu sa rozumie poskytnutie ústavnej zdravotnej starostlivosti s kontinuálnym monitorovaním základných vitálnych funkcií trvajúce minimálne 2 hodiny a menej ako 24 hodín.</p> <p>Základom pre výpočet ceny za poskytovanie zdravotnej starostlivosti na expektačnom lôžku za jeden kalendárny mesiac je súčin počtu ošetrovaných dospelých poistencov poisťovne v príslušnom kalendárnom mesiaci a pevnej ceny 40 Eur.</p> <p>Cena zahŕňa náklady:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ súvisiace s poskytovaním terapeutických výkonov (najmä infúzna liečba, inhalačná liečba, detoxikačná liečba, parenterálna liečba) okrem nákladov na lieky označené symbolom „A“ zaradené do zoznamu liekov podľa § 5 a § 8 zákona o úhrade liekov z verejného poistenia a okrem nákladov na spoločné a vyšetrovacie a liečebné zložky, ▪ súvisiace s poskytovaním podporných výkonov (polohovanie, aktívny ohrev, symptomatická liečba), ▪ na výkony sterilizácie zdravotníckych pomôcok. 		
Kód výkonu	Názov výkonu	Pevná cena v €
1B03001	Expektácia – pacienti do dovŕšenia 19. roku veku	90,00
<p>Po expektáciou pacienta na pracovisku urgentného príjmu sa rozumie poskytnutie ústavnej zdravotnej starostlivosti s kontinuálnym monitorovaním základných vitálnych funkcií trvajúce minimálne 2 hodiny a menej ako 24 hodín.</p> <p>Základom pre výpočet ceny za poskytovanie zdravotnej starostlivosti na expektačnom lôžku za jeden kalendárny mesiac je súčin počtu ošetrovaných poistencov poisťovne do dovŕšenia 19. roku veku v príslušnom kalendárnom mesiaci a pevnej ceny 90 Eur.</p> <p>Cena zahŕňa náklady:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ súvisiace s poskytovaním terapeutických výkonov (najmä infúzna liečba, inhalačná liečba, detoxikačná liečba, parenterálna liečba) okrem nákladov na lieky označené symbolom „A“ zaradené do zoznamu liekov podľa § 5 a § 8 zákona o úhrade liekov z verejného poistenia a okrem nákladov na spoločné a vyšetrovacie a liečebné zložky, ▪ súvisiace s poskytovaním podporných výkonov (polohovanie, aktívny ohrev, symptomatická liečba), ▪ na výkony sterilizácie zdravotníckych pomôcok. 		

Cena za poskytovanie zdravotnej starostlivosti za výkony

Základom pre výpočet ceny za poskytovanie zdravotnej starostlivosti za výkony na urgentnom príjme 1. typu, okrem zdravotných výkonov poskytovaných na expektačnom lôžku, je súčin bodového ohodnotenia zdravotného výkonu uvedený v časti „C“ v zozname výkonov opatrenia MZ SR č. 07045/203-OAP v platnom znení a ceny za jeden bod zdravotného výkonu.

Cena za bod:

výkony z I. časti Zoznamu výkonov	0,025670 €
výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ)	0,008105 €

4. Jednodňová zdravotná starostlivosť (JZS)

Cena za výkon				
Kód výkonu	Názov výkonu	Odbornosť	Cena výkonu v €	Podmienky schvaľovania
8501A	operácia prietrží bez použitia sieťky	010	440	
8501B	operácia jednoduchých prietrží s použitím sieťky	010	800	

8501C	laparoskopická operácia jednoduchých prietrží	010	700
8502	transrektálna polypektómia	010	525
8506	artroskopická operácia subakromiálneho impingement syndrómu	011	600
8507	operácia pouúrazovej paraatikulárnej burzitídy vo všetkých lokalizáciách	011	600
8508	operačná mobilizácia kontraktúry stuhnutého kĺbu	011	600
8509	operačná dynamizácia vnútrodreňových klincov	011	440
8510	operačná repozícia jednoduchých zlomenín v celkovej anestéze	011	440
8511	operačné riešenie pollex saltans	011	440
8512	operačné riešenie fractúra metacarpi	011	500
8513	operačné riešenie epicondylitis radialis	011	400
8514	operačné riešenie epicondylitis ulnaris	011	400
8516	operačné riešenie fractúra capitis radii	011	500
8517	operačné riešenie synovitis cubiti	011	420
8518	operačné riešenie luxatio acromioclavicularis	011	600
8519	operačné riešenie fractura claviculae	011	600
8520	operačné riešenie abruptio tuberculi majoris et minoris humeri	011	600
8521	operačné riešenie decompressio subacromialis	011	600
8522	operačné riešenie instabilitas glanohumeralis	011	600
8523	operačné riešenie ruptúry rotátorovej manžety	011	600
8524	operačné riešenie SLAP - lezia (poškodenie labrum glenoidale)	011	600
8525	operačné riešenie hallux valgus bez použitia ŠZM	011	600
8525A	operačné riešenie hallux valgus s použitím ŠZM	011	750
8527	operačné riešenie digitus hammaty	011	500
8528	operačné riešenie digitus malleus	011	500
8529	operačné riešenie digitus supraductus	011	500
8530	operačné riešenie metatarsus I.varus	011	500
8531	operačné riešenie morbus Laderhose	011	500
8532	operačné riešenie neuralgie Mortoni	011	500
8533	artroskopické výkony v laktovom zhybe	011	1100
8534	artroskopické výkony v ramennom zhybe bez použitia vstrebateľného fixačného materiálu	011	1200
8534A	artroskopické výkony v ramennom zhybe s použitím vstrebateľného fixačného materiálu	011	1400
8535	artroskopické výkony v kolennom zhybe bez použitia vstrebateľného fixačného materiálu	011	1200
8535A	artroskopické výkony v kolennom zhybe s použitím vstrebateľného fixačného materiálu	011	1400
8536	artroskopické výkony v členkovom zhybe	011	1200
8537	operačná extrakcia osteosyntetického materiálu a vonkajších fixátorov v anestézii	010, 011	440

8538	exstirpácia sakrálneho dermoidu	010	440	
8539	operácia varixov dolných končatín	010	440	
8540	operácia análnych fistúl a/alebo fisúr	010	440	
8542	operácia ruptúry Achilovej šľachy	011	600	
8546	discízia ligamentum carpi transversum s epineurolyzou nervus medianus	011	400	
8547	exstirpácia a excízia benigných a maligných nádorov kože, podkožia a svalu	010, 011	120	
8548	tenolýza šľachy	011	400	
8549	sutúra šľachy	011	500	
8550	voľný šľachový transplantát	011	440	
8551	transpozícia šľachy	011	400	
8552	operácia malých kĺbov ruky - artrolýza	011	400	
8553	operácia malých kĺbov ruky - artrodéza	011	400	
8564	laparoskopická cholecystektómia	010	700	
8565	operácia hemoroidov	010	600	
8566	odstránenie hemoroidov elastickou ligatúrou	010	110	
8567	vytvorenie alebo rekonštrukcia arteriovenózneho fistuly pri chronickej liečbe hemodialýzou	010	600	
8570	transpozícia nervus ulnaris	011	297	
8571	exstirpácia lymfatických uzlín	010, 009	250	
8572	exstirpácia nehmateľného benigného nádoru prsnej žľazy verifikovaného zobrazovacou metódou	009, 010	400	
8573	exstirpácia gangliómu	010, 011	100	
8575	amputácia prsta pre gangrénu	010	250	
8576	laparoskopické výkony diagnostické	010, 009	500	
8577	laparoskopická apendektómia	010	700	
8578	artroskopické výkony v zápästí	011	1280	
8582	operácia Dupuytrenovej kontraktúry - punkčná fasciektómia	011	420	
8583	operácia Dupuytrenovej kontraktúry - parciálna fasciektómia	011	450	
8584	operácia Dupuytrenovej kontraktúry - totálna fasciektómia	011	500	
8585	discízia ligamentum carpi transversum bez epineurolyzy nervus medianus	011	400	
8586	endoskopické vyšetrenie v celkovej anestézii	010	300	
8587	zrušenie arteriovenózneho fistuly	010	260	
8588	nekrektómie	010	150	
8611	konizácia cervixu	009	440	
8612	excízia vulvy - len ako terapeutický zákrok v CA	009	440	
8613	exstirpácia cýst glandule vestibularis - Bartolinskej žľazy	009	400	
8614	kordocentéza	009	310	
8615	amnioinfúzia	009	310	
8619	resekcia vaginálneho septa	009	350	
8620	hysteroskopia (+ prípadná resekcia uterinného septa)	009	500	
8623	sterilizácia ženy zo zdravotných dôvodov	009	360	Výkon musí byť schválený RL GR pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti

8624	laparoscopia s adheziolýzou (rozrušenie zrastov)	009	500	
8625	salpingostómia - laparoskopicky	009	500	
8626	salpingektómia - laparoskopicky	009	500	
8627	ovariálna cystektómia -laparoskopicky	009	500	
8628	oophorektómia - laparoskopicky	009	500	
8629	ablácia endometriotických ložísk - laparoskopicky	009	550	
8630	kolpoperineoplastika (zadná pošvová plastika bez použitia sieťky)	009	450	
8631	uretrálna suspenzia (s použitím suburetrálnej pásky) na liečbu stresovej inkontinencie alebo pri vezikorenálnom refluxe	009	500	
8631A	uretrálna suspenzia (s použitím suburetrálne plniacej substancie) po zlyhaní predchádzajúcej chirurgickej liečby inkontinencie moču	009	900	
8634	kyretáž vrátane dilatácie	009	383	
8635	amniocentéza - pod USG kontrolou	009	145	
8640	ablácia cervikálneho polypu	009	308	
8641	adnexektómia - laparoskopicky	009	500	
8642	myomektómia - laparoskopicky	009	500	
8643	predná pošvová plastika	009	450	
8648	prerušenie tehotenstva zo zdravotných dôvodov	009	339	
8660A	hysteroskopia v kombinácii s inými výkonmi v odbornosti	009	700	
8662A	laparoscopia v kombinácii s inými výkonmi v odbornosti	009	700	
8664	rekonštrukčná operácia defektu panvového dna s použitím sieťky	009	450	
8909	operácia fimózy - cirkumcizia zo zdravotných dôvodov	010	345	
8929	operačná repozícia parafimózy	010	250	
9254	operácia venter pendulum zo zdravotných dôvodov	010	255	Výkon musí byť schválený RL GR pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti, súčasťou žiadosti je aj fotodokumentácia
9255	operácia diastázy priamych brušných svalov	010	395	
9302	nekrektómia s anestézou u detí	010	300	
9303	drenáž povrchového abscesu s anestézou u detí	010	300	
9306	operačné odstránenie zarastajúceho nechta u detí (resekcia a plastika nechťového lôžka) po predchádzajúcej neúspešnej ambulantnej liečby	010	300	
9310	extirpácia a/alebo biopsia lymfatických uzlín z jednej lokality u detí	010	350	
9300	diagnostická biopsia kože, podkožia a svalov v celkovej anestéze u detí	010, 011	150	

Jednodňová zdravotná starostlivosť (JZS) – zdravotná starostlivosť poskytovaná osobe v zmysle platného Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky číslo 12225/2009-OZS o výkonoch jednodňovej zdravotnej starostlivosti.

Primárne sa do JZS prijíma pacient, u ktorého je predpoklad, že jeho zdravotný stav bude vyžadovať nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti nepresahujúce 24 hodín. V odôvodnených prípadoch ak nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti presiahne uvedený časový úsek, vykáže sa ako hospitalizačný prípad v systéme DRG.

Výkony JZS sa vykazujú ako ambulantné výkony v dátovom rozhraní pre ambulantnú starostlivosť typ ZS 222, v ambulancii s platným kódom JZS. Súčasťou úhrady výkonu JZS je použitie zdravotníckych pomôcok (ďalej len „ŠZM“), ak nie je v zmluve uvedené inak, pričom pri výkonoch JZS, ktorých súčasťou je úhrada ŠZM, poskytovateľ vykáže ako pripočítateľnú položku kód použitého ŠZM podľa kategorizačného zoznamu MZ SR (uvedeného na webovej stránke MZ SR) s nulovou cenou.

Poskytovateľ nie je oprávnený vykazovať výkony JZS v inej odbornosti ako sú definované v rozsahu zazmluvnenia JZS podľa Prílohy č. 2 zmluvy.

Kombinované výkony JZS - poskytovateľ môže vykazovať len zmluvne dohodnuté kombinované výkony JZS. Výkony JZS sa spravidla vykazujú samostatne, ak nie je v zmluve uvedené inak.

Ku kódom nižšie uvedených výkonov poisťovňa uhradí poskytovateľovi cenu vo výške skutočných nadobúdacích nákladov ŠZM, maximálne však vo výške úhrady kategorizovaného a nekategorizovaného ŠZM so stanovenou maximálnou tzv. pripočítateľnou položkou (ďalej len „pripočítateľná položka“), ktorá je zverejnená na webovej stránke poisťovne, v súlade s indikačnými kritériami:

- ku kódom výkonov č. 1390, 1391, 1392 a 8750K v odbore oftalmológia sa hradí ako pripočítateľná položka nákup vnútroočnej šošovky,
- pri výkone 1395 sa hradia ako pripočítateľné položky, po predchádzajúcom súhlase revízneho lekára generálneho riaditeľstva VŠZP, nákup vnútroočnej šošovky z podskupiny XF2.13 - Umelá vnútroočná šošovka s fixáciou v uhle monofokálna fakická – mäkká prednokomorová .
- ku kódu výkonu č. 8631 v odbore gynekológia a urológia sa hradí ako pripočítateľná položka nákup suburetrálnej pásky na liečbu stresovej inkontinencie.
- ku kódu výkonu 8501B v odbore chirurgia a plastická chirurgia sa hradia ako pripočítateľné položky nákup kategorizovaných ŠZM - Sieťka antiadhezívna - veľkosť nad 12 cm, z podskupiny XH1.2.
- ku kódu výkonu 8664 v odbore gynekológia sa hradia ako pripočítateľné položky nákup kategorizovaných ŠZM – Implantáty gynekologické z podskupiny XJ1.
- ku kódom výkonov 9245 a 9247 v odbore plastická chirurgia sa hradia ako pripočítateľné položky nákupy kategorizovaných ŠZM – Implantáty mamárne z podskupiny XK1.

5. Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (SVLZ)

5.1. SVLZ – laboratórne

SVLZ – laboratórne		
Cena bodu		
Kód odbornosti	Špecializačný odbor	Cena bodu v €
024	Klinická biochémia – nepretržitá prevádzka	0,005975
029	Patologická anatómia – prevádzka do 24 hod.	0,005992
029	Patologická anatómia č. výkonu 9980 / 1000 bodov	0,006639
031	Hematológia a transfuziológia – nepretržitá prevádzka	0,006141
034	Klinická mikrobiológia – prevádzky do 24 hod.	0,005527

5.2. SVLZ – zobrazovacie

SVLZ – zobrazovacie	
Cena bodu	
Špecializačný odbor	Cena bodu v €
Rádiológia odb. 023 – typ ZS 400 – okrem vybraných skiagrafičkových 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	0,007303
CT – počítačová tomografia – typ ZS 420 – Klaster 3	0,004114
MR – magnetická rezonancia – typ ZS 421 – Klaster 2	0,004267

5.3. SVLZ – ostatné

SVLZ – ostatné				
Cena bodu				
Kód odb.	Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Počet bodov	Cena bodu v €
027	516	Vybrané výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) z časti FYZIATRIA BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA.	180	0,013166
	518		350	
	523a		145	
	530		180	
	531		220	
	540		180	
	541		350	
	542		300	
	509a		220	0,013824
	512		130	
	513		250	
	514a		450	
	522		290	
	532		300	
	533a		450	
027	-	Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ okrem vybraných výkonov) z časti FYZIATRIA BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA.	-	0,009080
187	-	Ostatné výkony SVLZ (zobrazovacie diagnostické metódy – typ ZS 400), okrem SVLZ – laboratórne, SVLZ – zobrazovacie a SVLZ – FBLR	-	0,006971

5.4. Maximálne ceny pripočítateľných položiek k výkonom SVLZ

Maximálne ceny pripočítateľných položiek pri výkonoch intervenčnej rádiológie
Pri poskytovaní výkonov intervenčnej rádiológie môže poskytovateľ vykázat iba kategorizovaný špeciálny zdravotnícky materiál (ďalej len „ŠZM“) uvedený v Zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov (ďalej len „Zoznam kategorizovaných ŠZM“), pokiaľ v zmluve nie je dohodnuté inak. Poistovňa uhradí poskytovateľovi cenu vo výške skutočných nadobúdacích nákladov ŠZM, maximálne však vo výške úhrady kategorizovaného ŠZM so stanovenou maximálnou tzv. pripočítateľnou položkou (ďalej len „pripočítateľná položka“), ktorá je zverejnená na webovej stránke poisťovne v Zozname kategorizovaného ŠZM s maximálne stanovenou tzv. pripočítateľnou položkou.

Maximálne ceny pripočítateľných položiek - filmov a PACS archivácie pri výkonoch RTG (typ ZS 400)	
FOTO	Cena v €
FOTO01 - Snímok rozmer 3 x 4 (stomatologický)	0,37
FOTO02 - Snímok rozmer 15 x 30 (stomatologický)	0,66
FOTO03 - Snímok rozmer 18 x 24	0,50
FOTO04 - Snímok rozmer 24 x 30	0,83
FOTO05 - Snímok rozmer 35 x 35	1,43
FOTO06 - Snímok rozmer 30 x 40	1,33
FOTO07 - Snímok rozmer 35 x 43	1,73
FOTO08 - Snímok rozmer 24 x 30 (pre mamografiu)	1,83
FOTO09 - Snímok rozmer 18 x 24 (pre mamografiu)	1,10
FOTO10 - Snímok rozmer A4	0,76
FOTO11 - Snímok rozmer 14 x 17 inch laser	5,97
FOTO12 - Snímok rozmer 8 x 10 inch laser	1,53
FOTO13 - Snímok rozmer A3	2,82
FOTO14 - Snímok rozmer 13 x 18	0,33
FOTO15 - Snímok rozmer 15 x 40	0,76
FOTO16 - Snímok rozmer 5 x 7 (axiálna projekcia)	2,32
FOTO17 - Snímok rozmer 18 x 43	0,86
FOTO18 - Snímok rozmer 20 x 40	0,93
Poskytovateľ vykáže k jednotlivým výkonom rádiológie reálny počet snímok a kódové označenie použitých snímok, ktoré použil pri výkone.	
PACS archivácia	

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

5.5. Osobitné ustanovenia o spôsobe a podmienkach úhrady vybraných skiagrafických RTG výkonov

Táto časť prílohy sa vzťahuje na skiagrafické RTG výkony uvedené v Tabuľke – Vybrané skiagrafické RTG výkony (ďalej v tejto časti prílohy ako „vybrané výkony“), určuje špecifiká spôsobu a podmienok ich úhrady a spôsob vykazovania PACS ako pripočítateľných položiek k týmto výkonom.

Poskytovateľ sa v súvislosti s úhradou zdravotnej starostlivosti podľa tejto časti prílohy zaväzuje:

1. Poskytovať zdravotnú starostlivosť na pracovisku poskytujúcim vybrané výkony minimálne v rozsahu 30 ordinačných hodín týždenne.
2. Vyhотовovať popis snímky ako súčasť vybraných výkonov priamo poskytovateľom.
3. Počnúc rokom 2020, v ročnej periodicite, do 31. 3., zaslať poisťovni anonymizované údaje o dávkach ožiarenia poistencov poisťovne v elektronickej forme a rozsahu uvedenom v Tabuľke – rozsah údajov o ožiarení; alebo formou písomného súhlasu v prospech VŠZP poskytovateľ sprístupní anonymizované údaje, ktoré monitoruje externý dodávateľ minimálne v rovnakom rozsahu. Anonymizovanými údajmi sa účely tohto bodu rozumejú údaje, ktoré nie je možné priradiť ku konkrétnej osobe ani s použitím dodatočných informácií uchovávaných poskytovateľom.
4. Nevyžadovať od poistenca poisťovne úhradu za vybrané výkony, ktoré sú v zmysle tejto zmluvy a jej príloh hradené poisťovňou.

Kontrola dodržiavania povinnosti poskytovateľa:

- a) Poisťovňa je kedykoľvek oprávnená vykonať kontrolu dodržiavania povinnosti uvedených v bodoch 1 až 4 tejto časti prílohy (ďalej v tejto časti prílohy ako „povinnosti poskytovateľa“). V prípade, že poisťovňa zistí porušenie povinnosti poskytovateľa, je oprávnená ho o tomto zistení písomne informovať a vyzvať poskytovateľa (ďalej v tejto časti prílohy ako „Výzva poisťovne“) na predloženie písomného vyjadrenia (ďalej v tejto časti prílohy ako „Vyjadrenie poskytovateľa“) k zisteniam poisťovne.
- b) Ak poisťovňa neakceptuje odôvodnenie uvedené vo Vyjadrení poskytovateľa alebo poskytovateľ toto Vyjadrenie nedoručí poisťovni v lehote stanovenej vo Výzve poisťovne (minimálne 5 pracovných dní odo dňa doručenia Výzvy poisťovne), je poisťovňa oprávnená uhrádzať vybrané výkony v cene bodu podľa Tabuľky – Cena bodu pre vybrané skiagrafické výkony pri porušení povinnosti poskytovateľa.
- c) Poisťovňa je oprávnená podľa písm. b) uhrádzať zdravotné výkony za obdobie od kalendárneho mesiaca bezprostredne nasledujúceho po mesiaci, v ktorom bola poskytovateľovi doručená Výzva poisťovne, do kalendárneho mesiaca bezprostredne nasledujúceho po mesiaci, v ktorom poskytovateľ doručil poisťovni písomné stanovisko, v ktorom deklaroval odstránenie následkov porušenia povinnosti poskytovateľa.

Tabuľka – Vybrané skiagrafické RTG výkony

Číslo výkonu	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
--------------	---

Tabuľka – Cena bodu pre vybrané skiagrafické RTG výkony a úhrada PACS

Pracovisko		P51283023501			
Typ ZS	Odbornosť	Klaster	Cena bodu v €	Vykazovanie pripočítateľných položiek	
				PACS	FOTO
400	023	4	0,015336	s nulovou cenou	nevykazovať

Tabuľka – Cena bodu pre vybrané skiagrafické RTG výkony pri porušení povinnosti poskytovateľa

Pre všetky pracoviská			
Typ ZS	Odbornosť	Cena bodu v €	PACS ako pripočítateľná položka je zahrnutá v cene bodu
400	023	0,007303	Nie

Tabuľka – rozsah údajov o ožiarení

Údaj	štruktúra údaj
dátum a čas poskytnutia výkonu	DD.MM.RRRR, HH.MM
vek pacienta	celé číslo
pohlavie pacienta	M / Ž
typ výkonu	číslo výkonu vybraného skiagrafického výkonu
počet expozícií	celé číslo
dávka žiarenia	mSv (milisievert)

identifikácia prístroja	názov prístroja a rok výroby
bezvýznamý jedinečný identifikátor poisťenca	číslo

6. Priamo hradené výkony

Priamo hradené výkony (typ ZS 400)

Kód výkonu	Názov výkonu	Odbornosť pracoviska	Odbornosť indikujúceho lekára	Kód diagnózy	Cena za výkon v €	Indikačné kritéria
7229	Vyšetrenie iných zápalov ženských panvových orgánov (mimo chlamýdií a HPV)	062, 029, 034	009,012,018,002	A56*, A63*, N72*, N74.8, N76.8, N87*	40,00 €	7229
<p>Pod jednotlivými priamo hradenými výkonmi sa rozumie skupina viacerých výkonov SVLZ v špecializačnom odbore lekárska genetika, patológia, mikrobiológia a imunológia vykazovaných pod spoločným kódom. Cena za priamo hradené výkony, ktoré tvoria jednu skupinu, sa uhrádza ako celok a nekombinuje sa s laboratórnymi výkonmi II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ). Indikovanie, poskytovanie a vykazovanie týchto priamo hradených výkonov musí byť uskutočnené v súlade s podmienkami uvedenými v tejto tabuľke.</p>						

7. Ambulantná pohotovostná služba (APS)

Cena za výkon		
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Cena za výkon v €
4	<p>Štandardné vyšetrenie jedného orgánového systému – kontrolné vyšetrenie.</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 záchranej zdravotnej služby (ZZS). 	4,75
5	<p>Štandardné fyzikálne vyšetrenie jedného orgánového systému.</p> <ul style="list-style-type: none"> Kontrolné vyšetrenie, na základe symptomatologickej anamnézy vrátane rady a dokumentácie cez deň v sobotu, v nedeľu, počas sviatkov a 31. decembra. Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti, lekár poskytujúci APS, ako aj lekár ZZS. 	8,31
6	<p>Štandardné fyzikálne vyšetrenie jedného orgánového systému na základe symptomatologickej anamnézy vrátane rady a dokumentácie medzi 19.00 - 7.00 hodinou.</p> <ul style="list-style-type: none"> Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti, lekár poskytujúci APS, ako aj lekár ZZS. 	9,49
8	<p>Štandardné vyšetrenie dvoch alebo viacerých orgánových systémov.</p> <ul style="list-style-type: none"> Súčasťou výkonu je anamnéza, opis terajšieho ochorenia, objektívny nález, odoslanie na laboratórne, prístrojové alebo odborné vyšetrenie - vypísanie žiadaniek, záver, vypísanie receptov, poučenie pacienta (trvanie najmenej 20 minút). Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti pri dispenzárnej starostlivosti, lekár poskytujúci APS, ako aj lekár ZZS. 	5,93
15c	Zhotovenie EKG záznamu s najmenej 12 zvodmi bez opisu.	2,37
26	<p>Návšteva mimo riadneho pracovného času lekára, vykonaná ihneď po výzve z dôvodov ochorenia.</p> <ul style="list-style-type: none"> Vyžaduje sa časový údaj. 	11,87
29	<p>Návšteva v noci vyžiadaná a vykonaná medzi 22.00 a 7.00 hodinou.</p> <ul style="list-style-type: none"> Vyžaduje sa časový údaj o vyžiadaní a vykonaní návštevy. 	21,36

30	Príplatok k výkonom pod kódmi 26 a 29 za návštevu vyžiadanú a vykonanú v sobotu, v nedeľu, počas sviatkov a 31. decembra.	10,68
64	Príplatok pri ambulantnej zdravotnej starostlivosti o	1,66
	a) pacienta ťažko mobilného, imobilného, mentálne postihnutého, dementného, zrakového alebo sluchovo postihnutého,	
	b) dieťa do veku piatich rokov možno k výkonom pod kódmi 4 až 6, 8, 60, 61, 62 a 63 vykazovať nasledujúci príplatok:	
	Pri výkonoch pod kódmi 4 až 8.	
67	Príplatok u dieťaťa do veku piatich rokov pri výkonoch - odber krvi, injekcie, infúzie, transfúzie, infiltrácie, implantácie, odobratie sterov, punkcie a pri výkone očkovania.	2,37
71	Vystavenie tlačiva. <ul style="list-style-type: none"> Na základe verejného zdravotného poistenia je uhrádzané vystavenie tlačiva - regresné hlásenie pre zdravotnú poisťovňu. 	0,83
71b	Krátka správa lekára ambulantnej pohotovostnej služby ošetrojúcemu lekárovi.	1,07
200	Obväz s výnimkou rýchlych obväzov a sprejov, očných a ušných klapiek, trojuholníkových šatiek, hotových náplastí alebo hotových kravatových obväzov na rany. <ul style="list-style-type: none"> Obväzy podľa výkonu pod kódom 200 sa nemôžu nevykazovať, keď slúžia na krytie rán, ktoré vznikli lekársnym výkonom pri tom istom ošetrení. 	1,66
201	Obväz hrudníka alebo Desaultov obväz s výnimkou obväzu pupka.	9,49
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.	2,37
206	Spevňujúci náplastový obväz malého kĺbu.	1,66
207	Spevňujúci náplastový obväz veľkého kĺbu.	2,85
210	Malý dlahový obväz aj ako núdzový obväz pri zlomeninách.	1,78
212	Dlahový obväz so znehybnením najmenej dvoch veľkých kĺbov (laktového, zápästného, členkového), ako aj núdzový obväz pri zlomeninách.	4,27
250a	Odobratie krvi venepunkciou do jednej striekačky alebo do jednej skúmavky, vrátane odberovej súpravy, za každú súpravu.	1,90
250b	Odobor krvi do uzavretého systému, alebo odber pri podozrení na infekčné ochorenie, za každú odberovú súpravu.	3,56
252	Injekcia intrakutánna, subkutánna, submukózna, subkonjunktívna alebo intramuskulárna.	1,66
253	Injekcia intravenózna.	2,37
258	Odobratie kapilárnej krvi.	1,42
260a	Zavedenie katétra do periférnej cievy.	3,56
267	Medikamentózne ošetrenie infiltráciou, za každé ošetrenie.	2,37
271	Infúzia intravenózna v trvaní od 10 do 30 minút.	4,75
320	Umelé dýchanie (napríklad z úst do úst, dýchanie vakom, dýchanie aparátom).	3,56
321	Umelé dýchanie a extratorakálna tlaková masáž srdca.	8,31
322	Ústna a nasotracheálna intubácia.	4,75
323	Otvorenie horných dýchacích ciest koniotómiou, koniopunkciou, prípadne aj endotracheálnou intubáciou.	11,87
330	Výplach žalúdka žalúdkovou sondou.	5,22
332	Inhalácia kyslíka vrátane inhalovaného kyslíka, za každých 30 minút.	0,71
363	Digitálne vyprázdnenie konečníka.	3,80
603a	Vyhodnotenie EKG v prípade, že odborný lekár s príslušnou špecializáciou EKG len vyhodnotí. Nejde o automatické prístrojové vyhodnotenie.	3,56
1275	Odstránenie voľného cudzieho telesa zo spojovky alebo mechanická epilácia mihalnic jedného oka.	0,71
1402	Predná nosová tamponáda.	2,37
2000	Prvé ošetrenie malej rany.	2,37
2003	Prvé ošetrenie veľkej rany.	4,03

2011	Prvotné ošetrenie popáleniny I. alebo II. stupňa (ruka, noha, tvár), za každú popáleninu (toilette, debridement, topické prostriedky).	5,93
2011a	Prvotné ošetrenie popáleniny I. alebo II. stupňa do 5% povrchu tela, za každú popáleninu (toilette, debridement, topické prostriedky).	3,56
3525	Kompletný dôkaz základných patologických súčastí moču, za každú vzorku od pacienta	1,00
3526	Nekompletný dôkaz najviac troch z uvedených základných patologických súčastí moču, za každú patientsku vzorku	0,70
3635a	Kontrola glykémie glukomerom	1,19
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 pravidlá 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 návštevnej 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		0,50
LSPR - vlastným vozidlom		0,30

B.1 Ústavná zdravotná starostlivosť

Cena za ošetrovací deň (OD)			
Odbornosť oddelenia	Názov oddelenia	Cena za OD v € od 1.4.2021 do 30.4.2021	Cena za OD v € od 1.5.2021
205	Oddelenie dlhodobo chorých Podmienky úhrady: - poisťovňa bude akceptovať úhradu za OD len v prípade, ak bude trvanie hospitalizácie viac ako 10 dní a maximálne 60 dní vrátane, - v prípade trvania hospitalizácie nad 60 dní je možná úhrada OD len na základe žiadosti poskytovateľa a predchádzajúcim súhlase revízneho lekára s miestom výkonu práce v sídle miestne príslušnej pobočky VŠZP poskytovateľa. Tlačivo „Žiadosť o predĺženie poskytovania ústavnej ZS v LDCH/ODCH“ je zverejnené na stránke www.vszp.sk , - v prípade, že bude trvanie hospitalizácie 10 a menej dní, bude uhradená cena OD vo výške 50 %, okrem ukončenia hospitalizácie exitom pacienta alebo neodkladným prekladom pacienta na iné pracovisko/oddelenie v cene OD sú zahrnuté náklady za rehabilitáciu poskytovanú na lôžku pacienta	100,50	85,50

Cena za ukončenú hospitalizáciu (UH)

Odbornosť oddelenia	Názov oddelenia	Cena za UH v € od 1.4.2021 do 30.4.2021	Cena za UH v € od 1.5.2021
001	Vnútorné lekárstvo	1056,00	898,00
004	Neurológia	1021,00	868,00
007	Pediatrica	944,00	802,00
009	Gynekológia a pôrodníctvo	945,00	803,00
010	Chirurgia	1198,00	1018,00
011	Ortopédia	1504,00	1278,00
025	Anesteziológia a intenzívna medicína	3883,00	3300,00
051	Neonatólogia	744,00	632,00
196	JIS interna	1056,00	898,00
199	JIS pediatriká	944,00	802,00
201	JIS neurologická	1021,00	868,00
202	JIS chirurgická	1198,00	1018,00
625	JIS centrálna	1393,00	1184,00

Príplatok k ukončenej hospitalizácii na OAIM:

odbornosť	Názov oddelenia	Cena v € od 1.4.2021 do 30.4.2021	Cena v € od 1.5.2021
025	OAIM	2501,00	2125,00

Na OAIM sa k cene ukončenej hospitalizácie hradí príplatok za súčasného splnenia nasledovných podmienok:

- dĺžka hospitalizácie bola v trvaní 7 dní a viac,
- zdravotný stav poistenca vyžadoval kontinuálnu podporu základných životných funkcií prístrojom.

Cena za ukončenú hospitalizáciu, ošetrovací deň v ústavnej zdravotnej starostlivosti

I. Podmienky akceptácie a úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti.

- UZS je poskytovaná poistencovi, ktorého zdravotný stav vyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín. Neodkladná UZS je poskytovaná aj bez odporúčania iného ošetrojúceho lekára. Odkladná (plánovaná) UZS je poskytovaná na základe odporúčania ošetrojúceho lekára poistenca a odôvodnenia prijatia do UZS.
- Poisťovňa uhradí za hospitalizáciu dlhšiu ako 24 hodín cenu za ukončenú hospitalizáciu alebo cenu za ošetrovaní deň, to neplatí v prípade výkonov hradených osobitným spôsobom. Cena za ukončenú hospitalizáciu sa uhrádza za oddelenie, na ktorom bola poistencovi poskytovaná zdravotná starostlivosť dlhšie ako 24 hodín.
- Cena za ukončenú hospitalizáciu a cena za ošetrovací deň zahŕňa všetky náklady a úhradu za komplexnú poskytnutú starostlivosť, pokiaľ ďalej nie je uvedené inak.
- Ak bol poistenec prijatý na lôžkové oddelenie na poskytovanie UZS, hospitalizácia však nebola dlhšia ako 24 hodín, je poskytovateľ oprávnený vykázať poisťovni všetky výkony, ktoré boli poskytnuté poistencovi formou ambulantných výkonov.
- Ak bol poistenec prijatý na lôžkové oddelenie na poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti, hospitalizácia však nebola dlhšia ako 24 hodín v dôsledku úmrtia poistenca, je poskytovateľ oprávnený vykázať poisťovni hospitalizáciu a pripočítateľné položky, ktoré boli poskytnuté poistencovi počas poskytovania ústavnej zdravotnej starostlivosti v dávke ústavnej starostlivosti vo výške 50% ceny za ukončenú hospitalizáciu.
- Ak bol poistenec prijatý na lôžkové oddelenie na poskytovanie UZS, hospitalizácia však nebola dlhšia ako 1 hodinu v dôsledku úmrtia poistenca, je poskytovateľ oprávnený vykázať výkony poskytnuté počas resuscitácie spolu s pripočítateľnými položkami, ktoré sú vykazované v dávkach ambulantnej starostlivosti.
- Hospitalizácie na oddelení anesteziológie a intenzívnej medicíny budú posudzované vždy individuálne, na základe dokumentovaného zdravotného stavu poistenca a poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Hospitalizácia bude považovaná za odôvodnenú, ak zdravotný stav poistenca vyžadoval nepretržitú intenzívnu starostlivosť najvyššieho alebo vyššieho stupňa pri zlyhaní alebo zlyhávaní jednej alebo viacerých životných funkcií a orgánových systémov, podporu jednej alebo viacerých základných životných funkcií počas najmenej 24 hodín hospitalizácie na oddelení, nepretržité neinvazívne, ev. invazívne monitorovanie všetkých životných funkcií, vrátane záznamu, opakované sledovanie rozšírených hematologických a biochemických parametrov, opakované intervencie pre poruchu funkcie orgánových systémov alebo

- vnútorného prostredia. Za prístrojové udržiavanie životných funkcií sa nepovažuje krátkodobá umelá pľúcna ventilácia poistencov po anestézii. Pri posudzovaní odôvodnenosti hospitalizácie poistenca bude poisťovňa ako pomocné kritérium uplatňovať TISS skórovací systém (Therapeutic Intervention Scoring System). Hospitalizácia na oddelení pediatickej intenzívnej starostlivosti bude považovaná za odôvodnenú, ak zdravotný stav poistenca vyžadoval nepretržitú intenzívnu starostlivosť stredného alebo vyššieho stupňa pri hroziacej poruche jednej alebo viacerých životných funkcií a orgánových systémov počas najmenej 24 hodín hospitalizácie na oddelení, nepretržité monitorovanie najmenej dvoch životných funkcií, vnútro žilovú infúziu liečbu, nepretržité sledovanie zdravotného stavu poistenca, bilanciu príjmu a výdaja tekutín, vrátane hodinovej diurézy, indikované laboratórne sledovanie základných hematologických a biochemických parametrov najmenej 1x denne a vedenie osobitnej dokumentácie (dokumentácia musí obsahovať písomné zdôvodnenie indikácie intenzívnej starostlivosti lekárom, ktorý žiada prijatie na oddelenie pediatickej intenzívnej starostlivosti). Pri posudzovaní odôvodnenosti hospitalizácie poistenca bude poisťovňa ako pomocné kritérium uplatňovať TISS skórovací systém (Therapeutic Intervention Scoring System).
8. Ak je poistenec hospitalizovaný za účelom plánovaného poskytnutia operačného výkonu a tento nie je z akýchkoľvek dôvodov vykonaný, poisťovňa neuhradí cenu ukončenej hospitalizácie. Poskytovateľ je oprávnený vykázať v dávke ambulantnej starostlivosti rovnakej odbornosti poskytnutie výkonu s kódom 60a.
 9. Poskytovateľ môže prijať na geriatrické oddelenie poistenca, ktorý v čase začatia hospitalizácie dovŕšil 65-ty rok života. Na oddelenie dlhodobochorých alebo do liečebne dlhodobochorých možno prijať poistenca, ktorého zdravotný stav predpokladá trvanie hospitalizácie dlhšie ako 21 kalendárnych dní.
 10. Hospitalizácia na oddeleniach cievnej chirurgie bude poisťovňou posudzovaná ako odôvodnená a bude uhrádzaná vtedy, ak u poistenca bude vykonaný operačný výkon na magistrálnych cievach: operačné výkony na karotických artériách, hrudnej a brušnej aorte, hornej a dolnej dutej žily, by-passové operácie na periférnych vetvách artériového cievneho riečiska, tromboektómie a embolektómie.
 11. Podmienkou akceptovania hospitalizácie na oddeleniach, kde je poskytovaná liečba cytostatickými a imunomodulačnými liekmi (napr. onkológia, hematológia, urológia, pneumológia, atď.) a jej úhrady je, že lieky podávané počas hospitalizácie neboli predpísané na lekárske predpis.
 12. Na oddeleniach paliatívnej starostlivosti, jednotkách paliatívnej medicíny a hospicioch je poskytovaná paliatívna starostlivosť poistencom s chronickou nevyliciteľnou, pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou s časovo obmedzeným prežívaním a terminálna starostlivosť zomierajúcim poistencom.
 13. Vysokošpecializované ústavy môžu prijímať poistencov len s ochoreniami, na ktoré je ústav špecializovaný.
 14. Poskytovateľ môže poistenca, ktorému poskytuje UZS, preložiť na iné oddelenie toho istého zdravotníckeho zariadenia len v prípade, ak zdravotný stav poistenca nevyhnutne vyžaduje hospitalizáciu na inom oddelení.
 15. Opakovaná hospitalizácia na rovnakom oddelení počas jedného súvislého poskytovania UZS sa považuje za jednu pokračujúcu hospitalizáciu na príslušnom oddelení. Preklad z oddelenia na oddelenia z dôvodu poskytnutia výkonu, vyšetrenia, ošetrovania, ktoré hospitalizáciu na ďalšom oddelení nevyžaduje, nebude poisťovňou akceptovaná a uhradená.
 16. Poskytovateľ môže odoslať poistenca na poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti k inému poskytovateľovi po vzájomnej dohode len v prípade, ak to nevyhnutne vyžaduje zdravotný stav poistenca. Odoslanie poistenca na ďalšie poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa predchádzajúcej vety musí byť podrobne odôvodnené v zdravotnej dokumentácii a v prepúšťacej správe a musí byť podpísané primárom oddelenia, resp. primárom alebo prednostom kliniky, v ktorej bol poistenec hospitalizovaný.
 17. Hospitalizácia poistenca, ktorá nadväzuje na hospitalizáciu na oddelení iného zdravotníckeho zariadenia, a ktorá nespĺňa podmienky odôvodnenia pokračovania poskytovania UZS podľa predchádzajúceho bodu, nebude poisťovňou akceptovaná a uhradená.
 18. Poisťovňa neuhradí v priebehu hospitalizácie ambulantné výkony poskytnuté v špecializovanej ambulantnej starostlivosti okrem prvého a posledného dňa hospitalizácie a výkonov špecializovanej ambulantnej starostlivosti, ktoré nesúvisia s ochorením resp. dg. hospitalizovaného pacienta.
 19. Poisťovňa počas hospitalizácie poistenca neuhradí osobitne SVLZ výkony rovnakej odbornosti ako je odbornosť oddelenia, na ktorom je poistenec hospitalizovaný (napr. radiačná onkológia, fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia, výkony funkčnej diagnostiky príslušajúce odbornosti lôžkového oddelenia).
 20. Poisťovňa podľa § 1 vyhlášky MZ SR č. 412/2009 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o zozname poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti, v znení vyhlášky č. 151/2011 Z. z. (ďalej len „vyhláška“) vedie pre poskytovateľa zoznam poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „zoznam“) osobitne podľa súpisu vybraných chorôb a s nimi súvisiacich zdravotných výkonov.
 21. Poskytovateľ pri vykonávaní výkonov plánovanej zdravotnej starostlivosti dodržiava poradie poistencov v zozname, ktorý je oznamovaný poskytovateľovi poisťovňou.
 22. Ak poskytovateľ pri vykonávaní výkonov plánovanej zdravotnej starostlivosti poskytol výkon poistencovi nezaraďenému do zoznamu alebo nedodržiaval poradie poistencov v zozname, poisťovňa poskytovateľovi uhradí maximálne 25% z ceny ukončenej hospitalizácie na príslušnom oddelení prípadne z maximálnej úhrady výkonov uhrádzaných v ústavnej zdravotnej starostlivosti („balíčkové ceny TEP“).
 23. Ustanovenie bodu 22 tohto článku sa neuplatní ak sa jedná o neodkladnú zdravotnú starostlivosť podľa § 2 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. alebo ak bolo uprednostnenie v zozname vopred odsúhlasené poisťovňou.
 24. Pokiaľ poskytovateľ použije pri poskytovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti ŠZM uvedený v Zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov (ďalej len „Zoznam kategorizovaných ŠZM“) alebo nekategorizovaný ŠZM, poisťovňa uhradí poskytovateľovi cenu vo výške skutočných nadobúdacích

- nákladov ŠZM, maximálne však vo výške úhrady kategorizovaného a nekategorizovaného ŠZM so stanovenou maximálnou tzv. pripočítateľnou položkou (ďalej len „pripočítateľná položka“) osobitne uhrádzanou v ústavnej starostlivosti, ktorý je zverejnený na webovej stránke poisťovne, v súlade s indikačnými kritériami. Pokiaľ maximálna cena ŠZM nie je uvedená v zmluve, uhradí poisťovňa maximálne cenu uvedenú v Zozname kategorizovaných ŠZM. Rozdiel medzi cenou, za ktorú poskytovateľ ŠZM obstaral a cenou, ktorú poisťovňa uhradila, je v cene výkonu alebo v cene ukončenej hospitalizácie.
25. Poskytovateľ vykazuje kategorizovaný ŠZM s kódom uvedeným v Zozname kategorizovaných ŠZM pod názvom „kód MZ SR“ a nekategorizovaný ŠZM s kódom uvedeným v zmluve. Ak je v zmluve uvedená skratka R alebo RR alebo v Zozname kategorizovaného ŠZM uvedená podmienka súhlasu poisťovne, poskytovateľ vyplní a zašle poisťovni na schválenie žiadosť uverejnenú na webovej stránke poisťovne pod názvom „Žiadosť o úhradu špeciálneho zdravotníckeho materiálu.
 26. Pripustky počas hospitalizácie sú akceptované výlučne na psychiatrickom oddelení psychiatrickej nemocnice, psychiatrickej liečebne alebo centra pre liečbu drogovo závislých, v ktorých je poskytovanie zdravotnej starostlivosti uhrádzané formou dohodnutej ceny za ošetrovací deň. Dni, počas ktorých je poistenc na priepustke, sú zdravotníckemu zariadeniu uhrádzané v dĺžke najviac 3 dni vo výške 30% ceny ošetrovacieho dňa, pričom celkový stanovený zmluvný rozsah výkonov sa musí dodržať.
 27. Po ukončení hospitalizácie je poskytovateľ povinný vyhotoviť prepúšťaciu správu (táto zásada platí aj pri preklade pacienta na iné oddelenie), ktorá okrem komplexného zhodnotenia zdravotného stavu poistenca a súhrnu výkonov poskytnutej zdravotnej starostlivosti musí obsahovať aj:
 - a) zoznam liekov, ktoré poskytovateľ podal poistencovi počas hospitalizácie,
 - b) zoznam liekov a zdravotníckych pomôcok, ktoré poskytovateľ odporúča predpisovať poistencovi po ukončení hospitalizácie,
 - c) mená a kódy lekárov - špecialistov, ktorí odporúčali predpísanie liekov za podmienky dodržania preskripčných a indikačných obmedzení,
 - d) medicínske zdôvodnenie prekladu na iné oddelenie, resp. do iného zdravotníckeho zariadenia.
 - e) dátum a čas začiatku a ukončenia hospitalizácie
 28. Poskytovateľ je povinný na žiadosť poisťovne umožniť nahliadnutie do evidencie nozokomiálnych nákaz na jednotlivých oddeleniach v zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, prehľadov sledovania rezistencie jednotlivých mikrobiálnych kmeňov, ústavných liekových formulárov, spotreby antibiotík resp. iných liekov, zaradenia poistencov do klinického výskumu.
 29. Zabezpečovanie, schvaľovanie a vykazovanie osobitne uhrádzaných ŠZM:
 - a. Zdravotnícke zariadenie je povinné použiť ekonomicky a kvalitatívne najvýhodnejší druh ŠZM a na požiadanie poisťovne dokladovať účelnosť a efektívnosť vynaloženia prostriedkov verejného zdravotného poistenia pri nákupe ŠZM.
 - b. Zmluvné zdravotnícke zariadenie pri plánovanom poskytnutí ŠZM, ktorej úhrada vyžaduje schválenie poskytnutia vopred, podá Žiadosť o schválenie poskytnutia a úhrady ŠZM (ďalej len „žiadosť“) v dvoch vyhotoveniach zmluvnej pobočke (schvaľovanie označené symbolom „R“) resp. Odboru zdravotnému a revíznemu generálneho riaditeľstva poisťovne (schvaľovanie ŠZM označené symbolom „RR“). Vzor žiadosti je uverejnený na internetovej stránke poisťovne
 30. Postup pri schvaľovaní a uhrádzaní mimoriadne finančne náročnej zdravotnej starostlivosti (ďalej aj len „MFNZS“) – finančne nákladných liekov v ÚZZ:
 - a. Poisťovňa považuje za MFNZS podanie lieku, ktorý sa nenachádza medzi pripočítateľnými položkami v Katalógu prípadových paušálov platnom pre príslušný kalendárny rok, ako jedinej terapeutickú alternatívy, ktorá bola použitá v súlade so súhrnom charakteristických vlastností lieku (SPC) a súčasne s indikačnými a preskripčnými obmedzeniami podľa aktuálneho Zoznamu kategorizovaných liekov. Poskytovateľ môže požiadať o úhradu MFNZS, ak náklady na podanie jedného lieku alebo skupiny liekov prevyšujú sumu vypočítanú ako násobok dvojnásobku efektívnej relatívnej váhy konkrétneho hospitalizačného prípadu a základnej sadzby poskytovateľa platnej pre daný kalendárny rok. Ak je pri poskytovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti pacient hospitalizovaný na viacerých oddeleniach, uvedený postup sa vzťahuje na oddelenie, ktoré liečbu indikovalo. Požiadavku na úhradu si môže uplatniť poskytovateľ až po ukončení hospitalizácie.
 - b. Poskytovateľ zasiela žiadosť o úhradu MFNZS Generálnemu riaditeľstvu poisťovne - Sekcii nákupu zdravotnej starostlivosti na osobitnom tlačíve uverejnenom na internetovej stránke poisťovne, ktorá je potvrdená podpisom a odtlačkom pečiatky vedúceho lekára lôžkového zariadenia a odtlačkom pečiatky a podpisom riaditeľa ÚZZ. Neoddeliteľnou súčasťou žiadosti sú:
 - prepúšťacia lekárska správa,
 - medicínske zdôvodnenie MFNZS, t.j. podania finančne náročných liekov,
 - vyčíslenie nákladov podľa jednotlivých položiek,
 - povolenie na použitie lieku vydané MZ SR, ak ide o liek, u ktorého sa vyžaduje povolenie MZ SR na použitie podľa zákona č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
 - kópia dokladu o nadobudnutí lieku (faktúra od dodávateľa),
 - kópie žiadaniek z ústavnej lekárne s vyznačením mena a rodného čísla poistenca.“
 31. Výkony MFNZS sú hradené nad rámec Hospitalizačného prípadu a vykazujú sa v samostatnej faktúre.

II. Osobitné podmienky akceptácie a úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti – eHospik.

1. Poskytovateľ je povinný prostredníctvom ePobočky posielat' poisťovni najmenej jedenkrát počas pracovného dňa údaje potrebné na vedenie zoznamu poistencov za účelom poskytnutia ústavnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len: „hospitalizácia“) vrátane osobitne hradených výkonov – OHV, diagnosticko – terapeutických výkonov, balíčkových TEP a vybraných operačných výkonov uhrádzaných v ústavnej starostlivosti (ďalej len „výkony uhrádzané v ústavnej starostlivosti“), v štruktúre (dátovom rozhraní – dávka 901) určenej poisťovňou a zverejnenej na internetovej stránke poisťovne; to neplatí, ak poskytovateľ počas pracovného dňa neprijal na hospitalizáciu ani neukončil hospitalizáciu žiadneho pacienta.
2. Poisťovňa je povinná vyjadriť sa k nahláseným plánovaným hospitalizáciám poskytovateľa do dvoch týždňov od ich nahlásenia.
3. Poisťovňa je povinná na požiadanie poskytnúť poskytovateľovi programové vybavenie programu eHospik. Poskytovateľ môže namiesto programu eHospik použiť vlastné programové vybavenie, ktoré vytvára dávku 901.
4. Poskytovateľ, ktorý prijal pacienta na hospitalizáciu v dôsledku potreby poskytnúť mu neodkladnú zdravotnú starostlivosť, je povinný oznámiť túto skutočnosť poisťovni prostredníctvom dávky 901 najneskôr v pracovný deň bezprostredne nasledujúci po dni začatia hospitalizácie.
5. Poskytovateľ je povinný v zdravotnej dokumentácii pacienta vyznačiť dátum a hodinu začatia hospitalizácie, dátum a hodinu ukončenia hospitalizácie. Poskytovateľ je ďalej povinný oznámiť poisťovni prostredníctvom dávky 901 začatie aj ukončenie hospitalizácie pacienta.
6. Poskytovateľ prijme pacienta na hospitalizáciu na poskytovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti počas dňa, ktorý poisťovňa určí v súhlase, alebo kedykoľvek po tomto dni; ak takýto deň poisťovňa v súhlase neurčila, tak najskôr v deň udelenia súhlasu. Poskytovateľ nesmie prijať pacienta na hospitalizáciu na poskytovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti, ak mu poisťovňa neudelila súhlas na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti pacientovi alebo skôr, než v deň určený poisťovňou v súhlase.
7. Opakovaná hospitalizácia poistenca na rovnakom oddelení u poskytovateľa počas jedného súvislého poskytovania ústavnej starostlivosti sa považuje za jednu hospitalizáciu na príslušnom oddelení a poskytovateľovi patrí len jedna úhrada za ukončenú hospitalizáciu na príslušnom oddelení.
8. Za hospitalizáciu, ktorou poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť v rozpore s bodmi 1, 4, 5 alebo 6 tejto časti, poisťovňa poskytovateľovi uhradí 100% z ceny ukončenej hospitalizácie na príslušnom oddelení, alebo z ceny výkonov uhrádzaných v ústavnej starostlivosti. Zmluvné strany sa dohodli, že za porušenie povinností poskytovateľa stanovených v bodoch 1, 4, 5 alebo 6 tejto časti, má poisťovňa nárok uplatniť si u poskytovateľa zmluvnú pokutu vo výške 300 EUR za každé jedno porušenie
9. Zasielaním údajov o hospitalizáciách alebo akceptovaním hospitalizácie v dávke 901 nie sú dotknuté ustanovenia uvedené v časti „Podmienky akceptácie a úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti.“

B.2 Klasifikačný systém (DRG)

1. Základné pojmy

Hospitalizačný prípad je zdravotná starostlivosť poskytnutá pacientovi počas hospitalizácie u poskytovateľa na oddeleniach s DRG relevantnou odbornosťou podľa metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou platného v čase prijatia pacienta na hospitalizáciu, od dátumu jeho prijatia na hospitalizáciu až do dátumu prepustenia z hospitalizácie (ďalej len „Hospitalizačný prípad“). Ak poskytovateľ prevádzkuje viacero zdravotníckych zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, považuje sa Hospitalizačný prípad za ukončený prepustením pacienta z ústavného zdravotníckeho zariadenia.

Poskytovateľom prevádzkujúcim viaceré ústavné zdravotnícke zariadenia sa pre účely klasifikačného systému DRG rozumie:

- a. Univerzitná nemocnica Bratislava, IČO: 31813861
 - Univerzitná nemocnica Bratislava – ANTOLSKÁ
 - Univerzitná nemocnica Bratislava – RUŽINOVSKÁ
 - Univerzitná nemocnica Bratislava – MICKIEWICZOVA
 - Univerzitná nemocnica Bratislava – LIMBOVÁ
- b. SVET ZDRAVIA, a.s., IČO: 35960884
 - SVET ZDRAVIA, a.s. - RIMAVSKÁ SOBOTA
 - SVET ZDRAVIA, a.s. - ŽIAR NAD HRONOM, BANSKÁ ŠTIAVNICA
- c. Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s., IČO: 35971126
 - Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s. – Limbová DKC
 - Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s. – Pod Krásnou hôrkou

- d. Univerzitná nemocnica - Nemocnica svätého Michala, a. s., IČO: 44570783
- Univerzitná nemocnica - Nemocnica svätého Michala, a. s. – Bratislava
 - Univerzitná nemocnica - Nemocnica svätého Michala, a. s. – Košice

Oddelenia DRG nerelevantných odborností sú určené v časti B.2, v bode 3.3 tejto Prílohy.

Definičná príručka obsahuje detailný popis slovenského klasifikačného systému DRG (ďalej aj ako „klasifikačný systém“) s uvedením grafického znázornenia všetkých zaraďovacích algoritmov, ako aj k nim prislúchajúcim logických výrazov a tabuliek.

Základná sadzba je suma v absolútnej hodnote, ktorá je uhrádzaná podľa klasifikačného systému za jednotlivý Hospitalizačný prípad s relatívnou váhou 1,0.

Relatívna váha je hodnota uvedená pri príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupine v katalógu prípadových paušálov platného ku dňu prijatia poistenca do ústavného zdravotníckeho zariadenia.

Katalóg prípadových paušálov je zoznam jednotlivých DRG skupín, ktorý obsahuje relatívne váhy a ďalšie údaje relevantné pre DRG zúčtovanie, ako napr. ošetrovacie doby a jej hraničné hodnoty pre jednotlivé DRG skupiny, zníženia a zvýšenia relatívnej váhy a prípadne ďalšie pripočítateľné položky.

Efektívna relatívna váha sa určuje z relatívnej váhy pri príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupine v závislosti od toho, či dĺžka Hospitalizačného prípadu je mimo intervalu ošetrovacej doby v zmysle katalógu prípadových paušálov platného ku dňu prijatia poistenca do ústavného zdravotníckeho zariadenia.

Groupier je softvérový nástroj (počítačový program), ktorý zabezpečuje zaradenie Hospitalizačného prípadu do konkrétnej DRG skupiny.

Ošetrovacia doba je počet ošetrovacích dní medicínsky opodstatneného pobytu poistenca u poskytovateľa na oddeleniach s DRG relevantnou odbornosťou v súvislosti s Hospitalizačným prípadom, pričom do tohto počtu dní sa nezapočítava deň prijatia poistenca do ústavného zdravotníckeho zariadenia.

2. Úhrada za Hospitalizačný prípad

- 2.1 Úhrada Hospitalizačného prípadu je určená na základe podmienok úhrady platných v deň prijatia poistenca do zdravotníckeho zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti.
- 2.2 Úhrada za Hospitalizačný prípad je daná súčinom základnej sadzby a efektívnej relatívnej váhy s pripočítaním ceny pripočítateľných položiek k DRG v súlade s platnými dokumentmi vydanými Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou v znení platnom v čase prijatia poistenca do zdravotníckeho zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti: Definičná príručka, Katalóg prípadových paušálov, Kódovacie pravidlá, Kalkulačná príručka ako aj ďalšie nevyhnutne súvisiace dokumenty vydané Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.
- 2.3 Základná sadzba pre príslušný kalendárny rok po konvergencii je stanovená Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou vo výške zverejnenej na webovej stránke <http://www.udzs-sk.sk>.
- 2.4 Úhrada za Hospitalizačný prípad u poskytovateľa zahŕňa úhradu za akceptovanú komplexnú zdravotnú starostlivosť (vrátane nákladov na lieky, zdravotnícke pomôcky, dietetické potraviny a špeciálny zdravotnícky materiál, tkanivá a bunky poskytované pri transplantáciách, materské mlieko, transfúzne lieky), ak z medicínskeho hľadiska tieto mali byť podané poistencovi počas trvania Hospitalizačného prípadu:
- a) poskytnutú pacientovi poskytovateľom zdravotnej starostlivosti počas Hospitalizačného prípadu,
 - b) poskytnutú pacientovi iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti počas Hospitalizačného prípadu na základe žiadanky alebo výmenného lístka vystaveného poskytovateľom,
 - c) poskytnutú aj po ukončení Hospitalizačného prípadu, ak žiadanka alebo výmenný lístok na poskytnutú zdravotnú starostlivosť boli vystavené počas Hospitalizačného prípadu.
- 2.5 Úhrada za Hospitalizačný prípad nezahŕňa úhradu za:
- a) poskytnutú zdravotnú starostlivosť na základe žiadanky alebo výmenného lístka, ak neboli vystavené počas Hospitalizačného prípadu,
 - b) výkony dialyzačnej liečby pri náhlom zlyhaní obličiek,
 - c) výkony dialyzačnej liečby pri chronickom zlyhaní obličiek,
 - d) dialyzačný stacionár,
 - e) výkony plazmaferézy,
 - f) hemoperfúziu cez aktívne uhlie a iné sorbenty,
 - g) dopravnú službu (DS),

- h) vrtuľníkovú záchrannú zdravotnú službu (VZZS),
 - i) záchrannú zdravotnú službu (ZZS)
 - j) lieky, zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny predpísané v deň prepustenia pacienta zo zdravotníckeho zariadenia v ambulancii poskytovateľa alebo iného poskytovateľa, ak z medicínskeho hľadiska tieto lieky, zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny nemali byť podané poistencovi ešte počas trvania Hospitalizačného prípadu,
 - k) komplexnú zdravotnú starostlivosť v ambulancii záchranej zdravotnej služby pri preprave novorodencov a detí,
- 2.6 Úhrada za komplexnú zdravotnú starostlivosť na základe žiadanky vystavenej poskytovateľom alebo iným poskytovateľom v deň prijatia a v deň prepustenia z hospitalizácie, ako aj kedykoľvek počas hospitalizácie, bez ID Hospitalizačného prípadu, bude automaticky započítaná do úhrady za Hospitalizačný prípad, pokiaľ poskytovateľ nepreukáže, že zdravotná starostlivosť nesúvisí s Hospitalizačným prípadom. V prípade, ak na žiadanke nebude uvedený dátum vystavenia, zdravotná poisťovňa zdravotnú starostlivosť neuhradí a požiada poskytovateľa alebo iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o jeho doplnenie.
- 2.7 Zmluvné strany sa dohodli, že v prípade vybraného kategorizovaného ŠZM označeného v kategorizačnom zozname s príznakom „RL“, resp. „ZP“, ako aj v prípade vybraného nekategorizovaného ŠZM, je poskytovateľ oprávnený písomne požiadať poisťovňu o úhradu Mimoriadne finančne náročného ŠZM (ďalej len „MFNZS-ŠZM“) nad rámec hospitalizačného prípadu. Vybraným MFNZS-ŠZM (z kategorizovaného a nekategorizovaného) sa na účely tohto bodu rozumie:

Zoznam nekategorizovaného ŠZM so stanovenou maximálnou pripočítateľnou položkou

Kód NŠZM	schvaľovanie	Názov nekategorizovaného špeciálneho zdravotníckeho materiálu
120026	**	Lokálne hemostiptické prostriedky
120027		Set autotransfúzny
120028	**	Set Stapler (Aortálny spojovací systém ACS)
170007		Nožnice k harmonickému skalpelu
Vysvetlivky:		
R	schvaľuje revízny lekár pobočky	
RR	schvaľuje revízny lekár generálneho riaditeľstva	
•	ZP nie je schvaľovaná vopred, RL pobočky vykoná kontrolu vykázaných ZP na konci kalendárneho štvrtroka	
**	možné použiť viac kusov pre jedného pacienta	

MFNZS-ŠZM použité podľa tohto bodu je poskytovateľ povinný vykázať poisťovni v samostatnej faktúre. Špecifické prípady bude poisťovňa posudzovať osobitne na unikátne rodné číslo poistenca a po jeho schválení môže byť úhrada uskutočnená na základe individuálneho posúdenia.

Poisťovňa v prípade kategorizovaného MFNZS - ŠZM uhradza skutočné náklady súvisiace s obstaraním ŠZM, maximálne však do výšky maximálnej ceny kategorizovaného ŠZM podľa Zoznamu kategorizovaného ŠZM s maximálne stanovenou PP, zverejneného na webovej stránke poisťovne.

3. DRG nerelevantné odbornosti oddelení

- 3.1 Poskytovateľ je povinný počas hospitalizácie pacienta (vrátane hospitalizácie na oddelení s DRG nerelevantnou odbornosťou, ktorej predchádzala hospitalizácia na oddelení s DRG relevantnou odbornosťou) uvádzať na všetkých žiadankách a odporúčaní na ambulatnú zdravotnú starostlivosť (vrátane zdravotnej starostlivosti poskytovanej zariadením spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek), ako aj na služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti ID Hospitalizačného prípadu, kód PZS (oddelenia alebo ambulancie) a dátum vystavenia žiadanky.
- 3.2 Hospitalizácia pacienta na DRG nerelevantných oddeleniach (dom ošetrovateľskej starostlivosti, hospic, centrum pre drogovu závislých a oddeleniach psychiatrických odborností) sa vždy považuje za Hospitalizačný prípad na DRG nerelevantnom oddelení a má svoj nový jednoznačný identifikátor hospitalizačného prípadu poskytovateľa. Dátum prijatia pacienta a dátum prepustenia pacienta zo zdravotníckeho zariadenia sa vzťahujú len na tento typ ústavnej zdravotnej starostlivosti a kopírujú dátumy hospitalizácie pacienta na daných DRG nerelevantných oddeleniach. Preklady „na“ ako aj „z“ DRG relevantných oddelení sa posudzujú ako osobitné Hospitalizačné prípady.

3.3 Za DRG nerelevantné odbornosti sa považujú:

- 005 – psychiatria
- 073 – medicína drogových závislostí
- 074 – gerontopsychiatria
- 105 – detská psychiatria
- 223 – neuropsychiatria
- 709 – JIS psychiatrická
- 193 – ústavná ošetrovateľská starostlivosť
- 620 – ústavná hospicová starostlivosť
- 252 – ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii
- 568 – starostlivosť o drogovu závislých
- 578 – drogové závislosti
- 144 – klinická psychológia
- 241 – psychoterapia

3.4 Ústavná zdravotná starostlivosť poskytovaná na oddeleniach DRG nerelevantných odborností je uhrádzaná podľa časti B.1 tejto Prílohy.

4. Spôsob vykazovania a fakturácie poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti

- 4.1 Poskytovateľ zaradený v systéme vykazovania poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa DRG, vykazuje ústavnú zdravotnú starostlivosť vo formáte dávky 274* za DRG relevantné aj nerelevantné odbornosti oddelení v zmysle platnej legislatívy.
- 4.2 Poskytovateľ zaradený v systéme vykazovania poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa DRG, vykazuje ústavnú zdravotnú starostlivosť za všetkých poistencov EÚ ošetrovaných v príslušnom mesiaci v jednej samostatnej faktúre v súlade s platným metodickým usmernením Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.
- 4.3 Poskytovateľ zaradený v systéme vykazovania poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa DRG vykazuje pripočítateľné položky k hospitalizačným prípadom podľa dokumentu „Pripočítateľné položky DRG r. 2021“, ktorý je zverejnený na webe sídla poisťovne (www.vszp.sk). V prípade, že pripočítateľné položky nebudú poisťovni vykázané spôsobom podľa predchádzajúcej vety, poisťovňou akceptované nebudú.
- 4.4 Poskytovateľ vykazuje a poisťovňa akceptuje a uhradí pripočítateľné položky len k výkonom poskytnutým Poskytovateľom v rámci daného hospitalizačného prípadu. Poskytovateľ vykazuje pevnú cenu pripočítateľnej položky uvedenú v Zozname pripočítateľných položiek DRG r. 2021, avšak v prípade podania liekov, ktoré poisťovňa obstarala Poskytovateľovi centrálnym nákupom Poskytovateľ vykazuje súvisiacu pripočítateľnú položku s cenou 0 eur.
- 4.5 Pripočítateľné položky s typom úhrady B sú hradené, ak sa na úhrade a cene týchto pripočítateľných položiek Poisťovňa a Poskytovateľ dohodli. Ak cena pre úhradu nebola pevne stanovená je Poskytovateľ oprávnený Poisťovňu vopred písomne požiadať o jej dohodnutie. Postup je uvedený v podbode 4.6.
- 4.6 Zmluvné strany sa dohodli, že v prípade pripočítateľnej položky, ktorej pevná cena nie je stanovená v Katalógu prípadových paušálov a ani v dokumente „Pripočítateľné položky DRG r. 2021“ (ďalej len „dokument“), ktorý je zverejnený na webe sídla poisťovne (www.vszp.sk), je poskytovateľ oprávnený poisťovňu vopred písomne požiadať o jej dohodnutie. V prípade, ak zo strany poskytovateľa ide o použitie pripočítateľnej položky, ktorá nemá stanovenú alebo dohodnutú cenu v súvislosti s poskytnutím neodkladnej zdravotnej starostlivosti, poskytovateľ môže poisťovňu požiadať o dohodnutie ceny pripočítateľnej položky aj dodatočne, najneskôr však do päť pracovných dní od poskytnutia tejto neodkladnej zdravotnej starostlivosti. V žiadosti je poskytovateľ povinný uviesť nadobúdajúcu cenu pripočítateľnej položky a predložiť poisťovni všetky k nej sa viažuce nadobúdacie doklady – poisťovňa je v prípade potreby oprávnená vyžiadať si od poskytovateľa aj ďalšie relevantné doklady. Poisťovňa žiadosť poskytovateľa posúdi a v prípade, že jej vyhoví, túto skutočnosť poskytovateľovi písomne oznámi. Cena danej pripočítateľnej položky sa tým považuje za dohodnutú. Poisťovňa následne takto dohodnutú cenu pripočítateľnej položky platnú pre všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti zverejní v dokumente, pričom zverejnená cena je odo dňa jej zverejnenia, resp. odo dňa uvedeného v dokumente. Poisťovňa si vyhradzuje právo na prehodnotenie dohodnutej ceny pripočítateľnej položky najmä v prípade, kedy nadobudne vedomosť o nižšej nadobúdajúcej cene danej pripočítateľnej položky ako je uvedená v dokumente.

B.3 Úhrada za ústavnú zdravotnú starostlivosť na oddeleniach DRG relevantných odborností

1.1 Úhrada za ústavnú zdravotnú starostlivosť je zložená z dvoch častí, pričom:

- a) Prvá časť úhrady je súčet cien ošetrovacích dní na ODCH, cien ukončených hospitalizácií a cien všetkých pripočítateľných položiek podľa časti B.1 tejto Prílohy vynásobený činiteľom 0,0.

b) Druhá časť úhrady je súčet cien Hospitalizačných prípadov podľa časti B.2 tejto Prílohy vynásobený činiteľom 1,0.

1.2 Poisťovňa bude akceptovať Hospitalizačný prípad, ktorý trval kratšie ako 24 hodín v súlade s pravidlami klasifikačného systému DRG.

1.3 V prípade hospitalizácie, ktorej doba presiahne 6 po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov a stav pacienta nedovoľuje jeho prepustenie do domácej starostlivosti, poskytovateľ môže poisťovňu požiadať o schválenie úhrady zdravotnej starostlivosti cenou ošetrovacieho dňa. V prípade schválenia úhrady cenou ošetrovacieho dňa poskytovateľ Hospitalizačný prípad ukončí posledným dňom 6. mesiaca a od prvého dňa 7. mesiaca bude ústavná zdravotná starostlivosť v prípade tohto pacienta uhrádzaná formou ceny ošetrovacieho dňa. Cena ošetrovacieho dňa bude zo strany poisťovne určená až po posúdení náročnosti zdravotnej starostlivosti.

1.4 Pri výpočte efektívnej relatívnej váhy pri externých prekladoch sa postupuje podľa MU ÚDZS č. 02/2/2019 účinného od 1.1.2021 a podľa platných dokumentov Centra pre klasifikačný systém ÚDZS.

2. Chybové DRG

2.1 V prípade, ak Hospitalizačný prípad bol klasifikovaný do diagnosticko-terapeutickej skupiny, ktorá je v platnom katalógu prípadových paušálov uvedená ako chybová DRG bez relatívnej váhy, je takto klasifikovaný prípad poisťovňou zamietnutý. Poskytovateľ si však môže vykázat Hospitalizačný prípad opätovne v súlade s pravidlami kódovania.

3. Úhrada Hospitalizačného prípadu bez relatívnej váhy

3.1 V prípade, ak Hospitalizačný prípad bol klasifikovaný do diagnosticko-terapeutickej skupiny, ktorá je v platnom katalógu prípadových paušálov uvedená bez relatívnej váhy, pri vybraných kódoch DRG sa použije relatívna váha uvedená v nasledovnej tabuľke:

Kód DRG	Názov DRG	Relatívna váha
B76A	Záchvaty, viac ako jeden deň hospitalizácie, s komplexnou diagnostikou a liečbou	0,8776
E76A	Tuberkulóza, viac ako 14 ošetrovacích dní	2,6820
B61B	Určité akútne ochorenia a poranenia miechy bez komplexného výkonu alebo viac ako 13 dní ošetrovacích dní alebo žiadne preloženie ďalej	1,9168
Všetky ostatné DRG skupiny bez určenej relatívnej váhy v platnom Katalógu prípadových paušálov		1,1400

V ostatných prípadoch je takto klasifikovaný prípad poisťovňou zamietnutý. Poskytovateľ si však môže vykázat Hospitalizačný prípad opätovne v súlade s pravidlami kódovania.

B.4 Podmienky akceptácie a úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti v klasifikačnom systéme DRG

1.1. Ak poisťovňa kontrolou zdravotnej starostlivosti uhrádzanej podľa klasifikačného systému zistí, že poskytovateľ porušil pravidlá kódovania podľa dokumentov vydaných Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou v znení platnom v čase prijatia poistenca do zdravotníckeho zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti, Hospitalizačný prípad bude poisťovňou zamietnutý. Poskytovateľ si však môže vykázat Hospitalizačný prípad opätovne v súlade s pravidlami kódovania. Poisťovňa zároveň:

- po vykonaní kontroly na vzorke určenej diagnosticko-terapeutickej skupiny, kde vzorka obsahuje minimálne 5 % všetkých prípadov a minimálne však 30 prípadov vykazanej zdravotnej starostlivosti v kontrolovanom období, zníži evidovanú sumu za všetky prípady poskytnutej zdravotnej starostlivosti vykázané v kontrolovanom období v určenej diagnosticko-terapeutickej skupine o sumu priemerného rozdielu medzi evidovanou sumou za zdravotnú starostlivosť vykázanú poskytovateľom a sumou zistenou na kontrolovanej vzorke prípadov vykazanej zdravotnej starostlivosti;
- po vykonaní kontroly v jednotlivých prípadoch postupuje podľa bodu 7.10.2.2. zmluvy; postupom podľa Všeobecných zmluvných podmienok v platnom znení je poisťovňa zároveň oprávnená uplatniť si u poskytovateľa zmluvnú pokutu vo výške rozdielu medzi evidovanou sumou za zdravotnú starostlivosť jednotlivého určeného prípadu vykázaného poskytovateľom a sumou za zdravotnú starostlivosť zistenú kontrolou poisťovne, ktorá mala byť poskytovateľovi za tento jednotlivý určený prípad poisťovňou podľa správnosti uhradená.

1.2 Poskytovateľ je povinný poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť správne, tak aby nedochádzalo k zvýšeniu finančnej náročnosti Hospitalizačného prípadu.

- 1.3 Po ukončení Hospitalizačného prípadu je poskytovateľ povinný vyhotoviť prepúšťaciu správu (táto zásada platí aj pri preklade pacienta na iné oddelenie), ktorá okrem komplexného zhodnotenia zdravotného stavu poistenca a súhrnu výkonov poskytnutej zdravotnej starostlivosti musí obsahovať aj:
- zoznam liekov, ktoré poskytovateľ podal poistencovi počas hospitalizácie,
 - zoznam liekov a zdravotníckych pomôcok, ktoré poskytovateľ odporúča predpisovať poistencovi po ukončení hospitalizácie,
 - mená a kódy lekárov - špecialistov, ktorí odporúčali predpísanie liekov za podmienky dodržania preskripčných a indikačných obmedzení podľa písmena b) tohto bodu,
 - medicínske zdôvodnenie prekladu na iné oddelenie, resp. do iného zdravotníckeho zariadenia,
 - ID, dátum a čas začiatku Hospitalizačného prípadu,
 - ID, dátum a čas začiatku a ukončenia Hospitalizačného prípadu, ak Hospitalizačný prípad bol ukončený.
- 1.4 Poskytovateľ je povinný na žiadosť poisťovne umožniť nahliadnutie do evidencie nozokomiálnych nákaz na jednotlivých oddeleniach v zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, prehľadov sledovania rezistencie jednotlivých mikrobiálnych kmeňov, ústavných liekových formulárov, spotreby antibiotík resp. iných liekov, zaradenia poistencov do klinického výskumu.

C. Ambulancia dopravnej zdravotnej služby

Ambulancia dopravnej zdravotnej služby

Popis jednotlivých typov prepráv je uvedený v prílohe Metodického usmernenia o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou vydaný Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou v platnom znení, pokiaľ v zmluve nie je uvedené inak.

Mobilný pacient – pacient, ktorý k sanitke príde samostatne, prípadne chodí pomocou barly alebo s oporou. Stav prepravovaného pacienta „chodiaci“.

Imobilný pacient - pacient, ktorý je k sanitke privezený na vozíku alebo na nosidlách a pri prevoze je schopný v sanitke sedieť, ale pri sedení resp. pri prevoze v sedacej polohe vyžaduje väčší priestor alebo špeciálne upravené sedadlo (napríklad polohovaná noha počas prevozu) – stav prepravovaného pacienta „sediaci“, ako aj pacient, ktorý musí pri prevoze ležať – stav pacienta „ležiaci“.

Typ prepravy DZSD (dopravná služba diaľková) – tento typ prepravy je vykazovaný a hradený v prípade, ak je jazda realizovaná mimo spádovej oblasti vymedzenej v Prílohe č. 2 zmluvy.

Typ prepravy DZSZ (dopravná služba zahraničie) je hradená za podmienky vopred schválenej individuálnej kalkulácie zo strany poisťovne pre konkrétny prípad prepravy poistenca vrátane jazdy bez vyťaženého vozidla poistencom.

Cena za 1km jazdy vozidlom ambulancie dopravnej zdravotnej služby zahŕňa všetky náklady súvisiace s poskytnutím prepravy do zdravotníckeho zariadenia a medzi zdravotníckymi zariadeniami na účely poskytnutia zdravotnej starostlivosti a zo zdravotníckeho zariadenia po poskytnutí zdravotnej starostlivosti.

1. Cena za 1 kilometer podľa typu prepravy:

Typ prepravy	Stav pacienta	Základná cena za 1 km poskytovania dopravnej služby v závislosti od počtu najjazdených kilometrov (x) uvedená v €.			
		0<=x<=10	11<=x<=20	21<=x<=80	81<=x
LIEK	–	0,725	0,725	0,725	0,725
INF	mobilný	1,404	1,404	1,300	1,200
	imobilný	1,424	1,424	1,320	1,220
DZS	mobilný	1,082	0,865	0,676	0,676
	imobilný	1,104	0,887	0,697	0,697
DIAL	mobilný	0,903	0,790	0,676	0,676
	imobilný	1,104	0,887	0,697	0,697

DZSP	mobilný	1,030	1,030	1,030	1,030
	imobilný	1,030	1,030	1,030	1,030
DZSD	mobilný	1,030	0,824	0,644	0,644
	imobilný	1,051	0,845	0,664	0,664
DZSZ	mobilný	0,824	0,824	0,824	0,824
	imobilný	0,824	0,824	0,824	0,824
APS – tento typ prevozu u dopravcu je možné zazmluvniť len v prípade písomnej dohody dopravcu s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti zabezpečujúcim APS.	–	0,500	0,500	0,500	0,500

Bonifikačné pásma určené na základe priemerného veku vozového parku

Priemerný vek vozového parku	Bonifikačné pásmo	bonifikačný príplatok k základnej cene uvedený v €
od 9 rokov	I.	0
od 7 rokov do 8 rokov a 364 dní	II.	0,07
do 6 rokov a 364 dní	III.	0,14

Zaradenie do bonifikačného pásma ovplyvňuje základnú cenu za 1 km poskytovania dopravnej služby, okrem typu prevozu APS.

Osobitné podmienky úhrady

Poistovňa k základnej cene za 1 km poskytovania dopravnej služby v závislosti od počtu najazdených kilometrov (x) pripočíta bonifikačný príplatok podľa zaradenia do konkrétneho bonifikačného pásma v závislosti od priemerného veku vozového parku.

Vek vozidla sa počíta odo dňa jeho prvej evidencie uvedeného v osvedčení o evidencii vozidiel časť II (ďalej len „veľký technický preukaz“). Priemerný vek vozového parku poskytovateľa sa určí ako podiel súčtu veku všetkých vozidiel poskytovateľa používaných na výkon činnosti podľa tejto zmluvy a nahlásených poisťovni a ich celkového počtu

Poisťovňa vyhodnocuje zaradenie do bonifikačného pásma s prihliadnutím na priemerný vek vozového parku poskytovateľa k prvému dňu každého kalendárneho štvrťroka, od ktorého súčasne dochádza aj k nadobudnutiu účinnosti prípadných zmien. Každú zmenu zaradenia do bonifikačného pásma poisťovňa oznámi 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.

Zmena základnej ceny pre typ prepravy DIAL od 1.9.2021

Typ prepravy	Stav pacienta	Základná cena za 1 km poskytovania dopravnej služby v závislosti od počtu najazdených kilometrov (x) uvedená v €.	
		0<=x<=10	11<=x<=20
DIAL	mobilný	1,000	0,800

Zmena základnej ceny pre typ prepravy DIAL od 1.1.2022

Typ prepravy	Stav pacienta	Základná cena za 1 km poskytovania dopravnej služby v závislosti od počtu najazdených kilometrov (x) uvedená v €.	
		0<=x<=10	11<=x<=20
DIAL	mobilný	1,082	0,865

2. Prepravy realizované na základe pokynu operačného strediska

Krízovou situáciou sa na účely tejto zmluvy rozumie: Vyhlásenie núdzového stavu podľa ústavného zákona č. 227/2002 Z. z. o bezpečnosti štátu v čase vojny, vojnového stavu, výnimočného stavu a núdzového stavu v znení neskorších predpisov alebo mimoriadnej situácie podľa zákona č. 42/1994 Z. z. o civilnej ochrane obyvateľstva v znení neskorších predpisov z dôvodu ochorenia COVID-19 spôsobeným korona vírusom SARS-CoV-2 na území Slovenskej republiky.

Typ prepravy	Popis prepravy a podmienky úhrady	Cena za kilometer v €
KOS	<p>preprava osoby na pokyn operačného strediska počas krízovej situácie z dôvodu ochorenia COVID-19</p> <ul style="list-style-type: none"> vykazuje sa počet km vykazuje sa na základe preukázateľnej výzvy (pokynu) operačného strediska 	0,70 €
COVI	<p>preprava zdravotníckeho pracovníka za účelom odberu biologického materiálu z dôvodu ochorenia Covid-19 formou výjazdovej služby k osobe, ktorej je cez CovidPass potvrdená indikácia zo zdravotných dôvodov.</p> <ul style="list-style-type: none"> realizuje sa na pokyn operačného strediska tiesňového volania záchranej zdravotnej služby počas krízovej situácie z dôvodu ochorenia COVID-19 v prípade, ak je v rámci jednej jazdy plánovaný odber biologického materiálu jednému alebo viacerým poistencom (okružná jazda alebo hromadný odber vzoriek), dopravca vykáže typ prepravy COVI bez uvedenia rodných čísiel pacientov. V prípade, že ide o poistencov viac ako jednej poisťovne, sa počet km uvedie zainteresovaným zdravotným poisťovňam (nie pomerným rozpočítaním medzi zdravotné poisťovne; napr. ak je preprava realizovaná pre 3 zdravotné poisťovne a počet km je 15 km, tak sa pre každú zdravotnú poisťovňu uvedie 15 km). 	0,70 €
POS	<p>Preprava osoby na pokyn operačného strediska v zmysle všeobecne záväzných právnych predpisov.</p> <ul style="list-style-type: none"> vykazuje sa počet km vykazuje sa na základe preukázateľnej výzvy (pokynu) operačného strediska 	0,70 €