

Dodatok č. 6**k Zmluve č. 43PLDO000722****Čl. 1
Zmluvné strany****1.1. Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.**

sídlo: Panónska cesta 2, 851 04 Bratislava – mestská časť Petržalka
zastúpená: Ing. Matúš Jurových, PhD, predseda predstavenstva
Ing. Viktor Očkay, MPH, podpredseda predstavenstva
JUDr. Denisa Slivková, členka predstavenstva
IČO: 35937874
IČ DPH: SK2022027040
banka: Štátna pokladnica
číslo účtu: SK76 8180 0000 0070 0018 2387
zápis: Obchodný register Mestský súd Bratislava III, odd.: Sa, vložka č. 3602/B

osoba oprávnená konať vo veci zmluvy: Ing. Ľuboslava Burdová,
regionálna riaditeľka oddelenia nákupu zdravotnej starostlivosti Košice
adresa: Senný trh 1, 040 01 Košice

(ďalej len „poisťovňa“)

1.2. Mestský podnik lesov Medzev, spoločnosť s ručením obmedzeným

sídlo: Kováčska 85, 044 25 Medzev
zastúpená: Ing. Marcel Pačay
IČO: 31685323
banka: Slovenská sporiteľňa, a.s.
číslo účtu: SK59 0900 0000 0004 4506 3362
zápis: Obchodný register Mestského súdu Košice, oddiel Sro,
vložka 4216/V
identifikátor poskytovateľa: P22204

(ďalej len „poskytovateľ“)

uzatvárajú

tento dodatok k Zmluve č. 43PLDO000722 (ďalej len „zmluva“)

**Čl. 2
Predmet dodatku**

Na základe Čl. 7 zmluvy - Záverečné ustanovenia bod 8 zmluvy sa zmluvné strany dohodli na týchto zmenách zmluvy:

2.1 . V Čl. 7 zmluvy – Záverečné ustanovenia, sa tabuľka v bode 10 nahrádza nasledovným znením:

Prílohy k zmluve	Číslo prílohy	Typ ZS	Platnosť prílohy
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1a	101	31.5.2026
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2a	101	31.5.2026
Kritériá na uzatváranie zmlúv	3a	101	doba neurčitá

2.2. Príloha č. 1a zmluvy – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti sa nahrádza novým znením, ktoré tvorí prílohu č. 1 tohto dodatku.

Čl. 3 Záverečné ustanovenia

3.1. Tento dodatok, ktorý tvorí súčasť zmluvy, nadobúda platnosť dňom podpisu zmluvnými stranami a účinnosť dňom 1.8.2025 po jeho zverejnení v zmysle § 47a Občianskeho zákonníka v znení neskorších predpisov.

3.2. Zmluvné strany sa dohodli, že v prípade potreby zachovania kontinuity poskytovania a úhrady zdravotnej starostlivosti bude zdravotná starostlivosť poskytnutá poskytovateľom v čase od 1.8.2025 do nadobudnutia účinnosti tohto dodatku, hrazená v súlade s týmto dodatkom.

3.3. Tento dodatok je vyhotovený v dvoch rovnopisoch po jednom pre každú zmluvnú stranu.

3.4. Zmluvné strany vyhlasujú, že si tento dodatok prečítali, jeho obsahu porozumeli a na znak toho, že obsah tohto dodatku zodpovedá ich skutočnej a slobodnej vôli, ho vlastnoručne podpísali.

V Košiciach dňa 1. 8. 2025

Za poskytovateľa:

Ing. Marcel Pačay
konateľ
Mestský podnik lesov Medzev, spoločnosť s
ručením obmedzeným



Ing. Ľuboslava Burdová
regionálna riaditeľka oddelenia nákupu
zdravotnej starostlivosti Košice
Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

**Príloha č. 1a
k Zmluve č. 43PLDO000722**

Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti

Časť A. Ambulantná zdravotná starostlivosť

Čl. I

Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (všeobecné ustanovenia)

1. Kapitácia

Kapitáciou sa rozumie paušálna mesačná platba za poskytovanie zdravotnej starostlivosti poistencovi, s ktorým má poskytovateľ uzatvorenú platnú a účinnú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „dohoda“). Pri zmene poskytovateľa z dôvodu odstúpenia od dohody je poskytovateľ povinný preukázateľne odovzdať zdravotnú dokumentáciu alebo jej rovnopis do 7 dní od jej vyžiadania novému poskytovateľovi, s ktorým poistenec uzatvoril dohodu a oznámiť dátum ukončenia dohody poisťovni.

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

Ak poistenec uzatvorí dohodu s ďalším poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo s poskytovateľom špecializovanej ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodnictvo, poisťovňa v zmysle zákona č. 576/2004 Z. z. akceptuje účinnosť novej dohody 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 č. 576/2004 Z. z. Kapitácia je v týchto prípadoch hradená s presnosťou na deň. V prípade, že počas kalendárneho mesiaca dôjde k úmrtiu poistenca, je kapitácia hradená s presnosťou na deň.

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

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

2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu

Úhrada za výkony uvedené v tabuľke Cena bodu sa vypočíta ako násobok jednotkovej ceny bodu a počtu bodov daného výkonu. Počet bodov vyplýva z opatrenia Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva platného v čase poskytnutia výkonu. Pokiaľ počet bodov 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

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

4.1. Individuálna dodatková kapitácia

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

4.1.1. Bonifikácia Výslednej ceny IDK

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

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

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

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

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

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

4.2. Hodnotiace parametre

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

HP vyhodnocuje poisťovňa dva krát počas kalendárneho roka nasledovným spôsobom:

I. vyhodnotenie

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

II. vyhodnotenie

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

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

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

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

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

Pri parametroch kategórie „Poistenec“ sú poskytovatelia zaradení do referenčných skupín (odbornosť a typ poskytovateľa), v ktorých sa na základe vykázané 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 určuje aj „Flexibilný ordinačný čas“, ktorý je daný vyhradením aspoň 2 hodín týždenne, preferenčne určených pre poistencov poisťovne na vykonanie preventívnych prehliadok, predoperačných vyšetrení, skríningu, komplexnému manažmentu poistencov s chronickými ochoreniami alebo návštevné služby poistencov. Poskytovateľ dokladuje poisťovní vyplnením formulára, ktorým určuje rozsah aspoň 2 ordinačných hodín preferenčne určených pre poistencov poisťovne. Formulár je zverejnený na webovej stránke poisťovne (ďalej ako: „formulár“). Formulár musí byť v súlade s ordinačnými hodinami, ktoré schválil príslušný samosprávny kraj. Dokladovaním sa rozumie zaslanie formulára príslušnej pobočke poisťovni elektronickou formou. Splnenie parametra Dostupnosť poisťovňa vyhodnotí k prvému dňu kalendárneho polroka, v ktorom realizuje vyhodnotenie HP.

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

1. Všeobecný lekár pre dospelých (typ ZS 101)

1.1. Kapitácia

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

1.2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu

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

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

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

	• potvrdenie o odbornej spôsobilosti poskytovateľa (lekára) – zdokladovanie certifikátu o spôsobilosti vykonávať dané vyšetrenia vydaného na to oprávnenou slovenskou vzdelávacou ustanovitzhou, odbornou spoločnosťou alebo zdokladovanie certifikátu uznaného Ministerstvom zdravotníctva SR, • uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v súlade s §12 zákona č. 576/2004 Z.z. s poisťencom, • poisťovňa akceptuje iba prístrojové vybavenie disponujúce prehlásením o zhode k prístroju, • v cene výkonu je zahrnutý výkon POCUS, zaznamenanie a vyhodnotenie výsledku vyšetrenia v zdravotnej dokumentácii, návrh ďalšieho postupu, záznam o liečbe a prípadnej zmene liečby, termín kontrolného vyšetrenia a poučenie poistenca. V zdravotnej dokumentácii musí byť uvedená indikácia výkonov a ich kombinácie.		
5702	Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardný 12-zvodový záznam EKG. • Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z.. • Zaznamenanie popisu a vyhodnotenia záznamu vrátane popisu EKG krivky v zdravotnej dokumentácii pacienta u všeobecného lekára pre dospelých. • Vykazovanie najviac 1x za deň v kombinácii s výkonom 60, 60b, H0003, H0004, H0005 v zmysle aktuálne platnej legislatívy • Výkon bude akceptovaný „nad rámec“ 2x/rok (vyhotovenie EKG záznamu v rámci dif. dg s dg. I21*, R07.1- 4) v kombinácii s výkonom 60b (komplexné predoperačné vyšetrenie) s príslušnou dg operačného výkonu. • EKG vyšetrenie vrátane popisu EKG krivky musí byť zaznamenané a založené v zdravotnej dokumentácii pacienta.	550	0,009574
5702P	Vyšetrenia EKG pri preventívnej prehliadke poistencov 40 ročných a starších. • Len spolu s výkonom 160. • Vykazovanie u poistenca, ktorý má s poskytovateľom uzatvorenú Dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti alebo, za ktorého je hradená kapitálna platba u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v zmysle tejto zmluvy pri súčasnom vykonaní a popísaní štandardného 12-zvodového EKG záznamu. Záznam a popis musí byť súčasťou zdravotnej dokumentácie.	550	0,009574
5715	24-hodinové prístrojové monitorovanie tlaku krvi - naloženie a zosnímanie (Holterov monitoring). • Zaznamenanie výsledku a vyhodnotenia výsledku v zdravotnej dokumentácii poistenca u poskytovateľa. • Výkon je vykázaný v prípade starostlivosti o dospelého poistenca s arteriálnou hypertenziou v zmysle aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ SR.. • Vykazovanie výkonov u poistenca, za ktorého je hradená kapitálna platba v zmysle tejto zmluvy, maximálne 1 krát za 12 mesiacov	750	0,021999
5716	Počítačové vyhodnotenie 24 hodinového prístrojového monitorovania tlaku krvi (Holterov monitoring) a vyhodnotenie nálezu lekárom. • Zaznamenanie výsledku a vyhodnotenia výsledku v zdravotnej dokumentácii poistenca u poskytovateľa. • Výkon je vykázaný v prípade starostlivosti o dospelého poistenca s arteriálnou hypertenziou v zmysle aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ SR. • Vykazovanie výkonov u poistenca, za ktorého je hradená kapitálna platba v zmysle tejto zmluvy alebo u poistenca, ktorý má s poskytovateľom uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, maximálne 1 krát za 12 mesiacov	240	0,016597
-	Výkony z I. časti Zoznamu výkonov pre poistencov EÚ, bezdomovcov, cudzincov a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z..	-	0,0350

-	Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) pre poistencov EÚ, bezdomovcov, cudzincov a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. a nekapitovaných poistencov.	-	0,0100
-	Neodkladná zdravotná starostlivosť poskytnutá poistencom poisťovne, s ktorými poskytovateľ nemá uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.	-	0,0350
Poisťovňa uhradí zdravotné výkony s kódom: 11a, 1b, 70 len za predpokladu, že relevantnú medicínsku radu alebo konzultáciu je možné poskytnúť poistencovi alebo jeho zákonnému zástupcovi telefonickou formou alebo formou videohovoru alebo inou elektronickou formou s ohľadom na zdravotný stav poistenca pri zachovaní správnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. a to pri súčasnom zohľadnení špecifík diaľančného spôsobu poskytovania zdravotnej starostlivosti. Telefonický rozhovor alebo videohovor alebo iná elektronická komunikácia medzi poistencom a zdravotníckym pracovníkom s diagnostikou a/alebo terapiou poistenca. Zdravotné výkony musia byť zaznamenané v zdravotnej dokumentácii a eZdravie a nie je ich možné vzájomne kombinovať a ani kombinovať s inými výkonmi.			

1.3. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

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

	Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti vtedy, ak poistenca poučil o dôležitosti vyšetrenia a zároveň vydal poistencovi diagnostický test.	
	Výsledok výkonu TOKS metódou iFOB: nevratený / znehodnotený test	
159z	Preventívne vyšetrenie na krv v stolici s použitím špecifickej imunochemickej metódy (iFOB) u poistencov starších ako 40 rokov. - Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti vtedy, ak ho sám uskutočnil. - Výkon sa môže vykazovať za celé preventívne vyšetrenie. - Ak sa vyšetrenie vykonalo v laboratóriu, môže ho vykazovať laboratórium.	12,00
	Výsledok výkonu TOKS metódou iFOB: negatívny	
VŠZP akceptuje výkon 159a, 159x a 159z v súlade s prílohou č. 2 k zákonu č. 577/2004 Z. z. v znení neskorších. Štandardizovaný test na okultné krvácanie (TOKS) metódou POCT(i FOB) všeobecný lekár pre dospelých indikuje a vykonáva poistencov starších ako 40 rokov.		
163	Vyšetrenie a včasné rozpoznanie hrozacej straty sebestačnosti u poistencov nad 60 rokov. (MoCA - Montrealsky kognitívny test – varianta „K“ pre Slovenskú republiku). - Podmienkou úhrady je súčasne vyšetrenie poškodenia kognitívnych funkcií podložených zhodnotením orientácie miestom, časom, osobou a zhodnotením procesov pamäte, myslenia a rečovej exprese, ktoré sa overuje štyrmi základnými otázkami. V prípade že aspoň na jednu odpoveď poisteneц nesprávne, vykoná sa vyšetrenie pomocou MoCA testu. - Výkon bude akceptovaný u poistenca nad 60 rokov. - Kompletne vyplnený a vyhodnotený MoCA test, podpísaný poistencom musí byť súčasťou zdravotnej dokumentácie. - Kompetentným zdravotníckym pracovníkom na zadanie inštrukcií k vyplneniu MoCA testu poistencom je lekár alebo sestra. - Kompetentným zdravotníckym pracovníkom na vyhodnotenie vyplneného MoCA testu a následného komplexného posúdenia zdravotného stavu poistenca je lekár. - Test sa vykazuje s diagnózou Z03.2 Pozorovanie pre podozrenie na duševné poruchy a poruchy správania, ak je výsledné skóre menej ako 26. - Test sa vykazuje s diagnózou Z01.88 Iné bližšie určené špeciálne vyšetrenia v prípade, ak je výsledné skóre 26 a viac. - V prípade ak je výsledné skóre menej ako 26 vrátane, poskytovateľ vykoná vyšetrenie TSH (v zmysle odborného usmernenia) a orientačné neurologické vyšetrenie. V prípade, že je vyšetrenie indikované, odosiela poistenca na vyšetrenie k endokrinológovi, neurológovi alebo psychiatrovi. U tohto poistenca sa test už v budúcnosti neopakuje. Pri hodnote 26 a viac je možné test zopakovať najskôr o dva roky.	6,78
250D	Delegovaný odber biologického materiálu na základe písomnej žiadosti ŠAS pri návšteve poistenca v ambulancii VLD. dodržať postup, ktorý ustanovuje Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o postupe objednávaní, vykonávaní a kontroly laboratórných a zobrazovacích vyšetrení zo dňa 10.06.2014 číslo 02032/2014-SZ v platnom znení, dodržať podmienky zdravotnej indikácie v zmysle účelného, efektívneho a hospodárneho nakladania s prostriedkami verejných zdrojov.	2,00
3860	Stanovenie hodnoty D-diméru - pri indikácii potrebnej rýchlej ambulantnej diferenciálnej diagnostiky alebo diagnostiky a terapie na potvrdenie alebo vylúčenie tromboembolickej choroby, t.j. hlbkej žilovej trombózy a/alebo pľúcnej embólie. <u>Vykazovanie zdravotného výkonu:</u> - s kódmi diagnózy I26*, I80*- I83*, I87*-I88*, I70*-I74*, I79*-I83*, R07.1, R07.2, R06.0 samostatne alebo v kombinácii s výkonom 5301, - s kódmi diagnózy I80*, J12*-J22* ako súčasť diferenciálnej diagnostiky je možné ho vykázat v kombinácii s výkonmi 5301 a/alebo 4571a, - s frekvenciou 1x za deň a maximálne 3x za kalendárny rok na unikátne rodné číslo samostatne alebo v povolenej kombinácii. <u>Podmienky úhrady zdravotného výkonu:</u>	8,98

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

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

	• V prípade hodnotenia laboratórnych alebo zobrazovacích vyšetrení pri iniciálnom vyšetrení poisťovňa akceptuje aj vyšetrenia, ktoré neboli realizované bezprostredne v čase vyšetrenia a dátum ich realizácie nie je starší ako 3 mesiace (90 dní) pred vykonaním vyšetrenia a zároveň výsledok vyšetrení dosahoval fyziologické hodnoty a nie je žiadny medicínsky predpoklad, že výsledky by mohli byť významne zmenené. V tomto prípade je lekár povinný zaznamenať alebo založiť do zdravotnej dokumentácie všetky výsledky tak, aby bolo zrejmé dátum ich realizácie a výsledok jednotlivých parametrov a jeho vyhodnotenie v rámci diferenciálnej diagnostiky alebo liečebného plánu. • V prípade laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení realizovaných iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti alebo realizovaných za účelom iných potrebných vyšetrení, ktorých výsledok bol vo fyziologickom rozmedzí, poisťovňa ich bude akceptovať za podmienky, že neprekročili časový interval odporučený podľa aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ SR, pokiaľ budú zaznamenané v zdravotnej dokumentácii. • Pokiaľ vyšetrenia a ich výsledky neboli realizované alebo neboli v rozmedzí fyziologických hodnôt, tak je potrebné ich vyšetrit' a výsledok zaznamenať do zdravotnej dokumentácie poistenca. V opačnom prípade výkon H0003 nebude akceptovaný. • Pokiaľ je potrebné, vzhľadom k zdravotnému stavu poistenca vykonať ďalšie doplňujúce vyšetrenia potrebné k diagnostike a liečbe poistenca s artériovou hypertenziou, dyslipidémiou alebo obezitou nad rámec aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ SR, ošetrojúci lekár zdôvodní ich vykonanie a výsledky zaznamená do zdravotnej dokumentácie poistenca.	
H0004	Kontrolné vyšetrenie poistenca s chronickým ochorením. • Vykázanie výkonu s príslušnou korektnou diagnózou: artériová hypertenzia, dyslipidémia a obezita jedenkrát za kalendárny rok osobitne pre každú diagnózu. V prípade vyššej frekvencie návštev je ďalšia poskytnutá zdravotná starostlivosť uhrádzaná cenou kapitácie. • Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z.. • Ak ide o poistenca, ktorý má len izolovanú obezitu (t.j. nemá artériovú hypertenziu alebo dyslipidémiu), podmienkou úhrady je aj: BMI: 30 – 34,99 (obezita I. stupňa) alebo 35 – 39,99 (obezita II. stupňa) alebo nad 40 (obezita III. stupňa) a súčasne prítomný marker vysokého rizika vzniku metabolických a obehových komplikácií spojených s obezitou na základe distribúcie tuku - obvod pásu v cm: muži nad 102 cm, ženy nad 88 cm • Za kontrolné vyšetrenie sa považuje stav, keď poistenec má diagnostikovanú artériovú hypertenziu, dyslipidémiu alebo obezitu a je v starostlivosti všeobecného lekára a zároveň nie je pre dané diagnózy trvale sledovaný a pravidelne kontrolovaný lekárom špecialistom, okrem pomocného alebo konziliárneho vyšetrenia u lekára špecialistu alebo iného PZS za účelom konzultácie alebo vykonania zobrazovacieho vyšetrenia. V prípade konfliktu (neuznania výkonu) zdravotná poisťovňa na základe reklamácie vyúčtovania poskytovateľom zdravotnej starostlivosti preverí text výmenného lístka a požiadavku VLD u poskytovateľa ŠAS. • V cene výkonu je zahrnuté komplexné vyšetrenie poistenca, vyhodnotenie výsledkov všetkých dostupných vyšetrení, odporúčenie ďalšej liečby a stanovenie ďalšieho postupu v zmysle odborného usmernenia MZ SR na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým poistencom s artériovou hypertenziou, dyslipidémiou alebo obezitou v zmysle aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ SR. • Pokiaľ vyšetrenia a ich výsledky neboli realizované alebo neboli v rozmedzí fyziologických hodnôt, tak je potrebné ich vyšetrit' a výsledok zaznamenať do zdravotnej dokumentácie poistenca. V opačnom prípade výkon H0004 nebude akceptovaný. • Pokiaľ je potrebné vykonať ďalšie doplňujúce vyšetrenia potrebné k diagnostike a liečbe poistenca s artériovou hypertenziou alebo liečbou nad rámec aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ SR, ošetrojúci lekár ich urobí sám, zdôvodní ich vykonanie a výsledky do zdravotnej dokumentácie poistenca. • V prípade hodnotenia laboratórnych alebo zobrazovacích vyšetrení pri iniciálnom vyšetrení poisťovňa akceptuje aj vyšetrenia, ktoré neboli realizované bezprostredne v čase vyšetrenia a dátum ich realizácie nie je starší ako 3 mesiace (90 dní) pred	15,00

	vykonaním vyšetrenia a zároveň výsledok vyšetrení dosahoval fyziologické hodnoty a nie je žiadny medicínsky predpoklad, že výsledky by mohli byť signifikantne zmenené. V tomto prípade je lekár povinný zaznamenať alebo založiť do zdravotnej dokumentácie všetky výsledky tak, aby bolo zrejmé dátum ich realizácie a výsledok jednotlivých parametrov a jeho vyhodnotenie v rámci diferenciálnej diagnostiky alebo liečebného plánu. V prípade laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení realizovaných iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti alebo realizovaných za účelom iných potrebných vyšetrení, ktorých výsledok nie starší ako 3 mesiace (90 dní) bol vo fyziologickom rozmedzí, poisťovňa ich bude akceptovať za podmienky, že neprekročili časový interval odporučený v súlade s aktuálne platnou legislatívou schválenou MZ SR, pokiaľ budú zaznamenané v zdravotnej dokumentácii.	
H0005	Cieľené vyšetrenie poistenca s akútnym hypertenzným stavom. - Vykázať výkon s diagnózou arteriálna hypertenzia maximálne 2x za kalendárny rok a súčasne je v starostlivosti všeobecného lekára a zároveň nie je pre danú diagnózu trvale sledovaný a pravidelne kontrolovaný lekárom špecialistom. V prípade vyššej frekvencie návštev je ďalšia poskytnutá zdravotná starostlivosť uhrádzaná cenou kapitácie. - Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z.. - Za cieľené vyšetrenie sa považuje ošetrovanie akútneho hypertenzného stavu. V rámci akútneho hypertenzného stavu je potrebné stabilizovať vitálne funkcie poistenca, vykonať opatrenia na zabránenie orgánového poškodenia, v prípade potreby zabezpečiť bezpečný transport do cieľového zdravotníckeho zariadenia. - V cene výkonu je zahrnuté odobratie anamnézy súvisiacej s akútnym hypertenzným stavom, vrátane orientačného neurologického vyšetrenia a medikamentózneho liečby v súlade s aktuálne platnou legislatívou schválenou na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým poistencom s arteriálnou hypertenziou.	6,00
H0006	Stratifikácia kardiovaskulárneho rizika. - Stanovenie stratifikácie kardiovaskulárneho rizika systémom SCORE u poistencov nad 40 rokov podľa aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ SR. - Zdravotná poisťovňa akceptuje výkon jedenkrát za kalendárny rok k výkonu č. 160 alebo H0003 alebo H0004 s príslušnou diagnózou. - Podmienkou úhrady výkonu H0006 je vykázanie priložiteľnej položky „dosiahnuté skóre“ v dávke 751a platného dátového rozhrania podľa Metodického usmernenia ÚDZS, ktorá je v uvedených vybraných položkách vyplnená nasledovne: v položke č. 13 –PRIPOČITATEĽNÁ POLOŽKA – uvedie dosiahnuté skóre v tvare: - SKOR01 tj. nízke riziko - SKOR02 ,tj stredné riziko - SKOR03, tj vysoké riziko - SKOR04 tj veľmi vysoké riziko - SKOR05 tj. extrémne vysoké riziko pričom na 5. a 6. mieste položky je vyjadrenie dosiahnutého skóre. - Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z..	5,65
H0007	Kvantitatívne prístrojové INR vyšetrenie v ambulancii VLD. Kontrolné kvantitatívne prístrojové vyšetrenie INR z kapilárnej krvi u poistencov pri dlhodobej alebo celoživotnej antikoagulačnej liečbe. - platný doklad o nadobudnutí prístrojového vybavenia; - potvrdenie o zaškolení výrobcom (dovozcom) prístroja; - prehlásenie o zhode k prístroju (jedná sa o registráciu prístroja na ŠÚKL); - potvrdenie o odbornej spôsobilosti poskytovateľa (lekára) - absolvovaní kreditovaného kurzu minimálne 4 kredity v rozsahu legislatívne určených kompetencií v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo; - platný doklad o funkčnosti prístroja (bezpečnostno technická kontrola, kalibrácia v súlade s platnou legislatívou a odporúčaním výrobcu) - Poisťovňa akceptuje a osobitne nad rámec kapitácie uhrádza výkon vo frekvencii 1 krát za deň (maximálne 10x za kalendárny rok) u poistenca. - V cene výkonu je zahrnutý odber kapilárnej krvi, vyhodnotenie výsledku, návrh ďalšieho postupu, záznam o prípadnej zmene liečby, termín kontrolného vyšetrenia a poučenie poistenca. - Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z. <u>Výkon nebude akceptovaný:</u> 1. pri súčasnom odbere venóznej krvi na laboratórne vyšetrenie;	5,20

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

1.3.1 Pripočítateľné položky k vybraným výkonom

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

		alebo listu je súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca, – poistenec je vo veku od 40 do 70 rokov, – vyšetrenie je vykonané detekciou hemoglobínu v stolici (TOKS) špecifickou imunochemickou metódou (iFOB)	
--	--	--	--

1.4. Individuálna zložka úhrady – Individuálna dodatková kapitácia

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

1.5. Hodnotiace parametre

Zameranie	Parameter	Kritérium splnenia	Váha	Plnenie
Poistenec	Gatekeeping	Percento ošetrovaných kapítovaných poistencov odoslaných do ambulancie špecializovanej ambulantnej starostlivosti neprekročí 25 %.	30%	Reálne plnenie poskytovateľa
		Percento ošetrovaných kapítovaných poistencov odoslaných do ambulancie špecializovanej ambulantnej starostlivosti je viac ako 25% a maximálne 30%.	20%	
		Percento ošetrovaných kapítovaných poistencov odoslaných do ambulancie špecializovanej ambulantnej starostlivosti je viac ako 30% a maximálne 35%.	10%	
	Racionálna preskripcia ATB pri vybraných diagnózach	Počet antibiotík predpísaných poistencom v ambulancii na ošetrovaného poistenca je rovný alebo pod hranicu pásma definovaným výpočtom v príslušnej referenčnej skupine ambulancií.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
	Prevencia	Preventívna prehliadka vykonaná aspoň u takého počtu poistencov, ktorý zodpovedá priemeru v príslušnej odbornosti v hodnotenom období.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
		Preventívna prehliadka vykonaná aspoň u takého počtu poistencov, ktorý zodpovedá 75% z priemeru v príslušnej odbornosti v hodnotenom období.	7%	Reálne plnenie poskytovateľa
Elektronizácia	eNávrhy	Poskytovateľ vystavuje žiadosť o schválenie vybraných liekov, zdravotníckych pomôcok alebo kúpeľnej liečby formou eNávrhu.	10%	Reálne plnenie poskytovateľa
	eZdravie	Poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vedie zdravotnú dokumentáciu v súlade s ustanovením § 19 a nasl. Zákona č. 576/2004 Z. z. a súčasne zasiela údaje zo zdravotnej dokumentácie elektronickou formou do elektronickej zdravotnej knižky (EZK) v rozsahu § 5 Zákona č. 153/2013 Z. z.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
Dostupnosť	Ordinačný čas	Stanovenie flexibilného ordinačného času na aspoň 2 hodín týždenne pre každú ambulanciu.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
		Stanovenie ordinačných hodín do 16:00 hod. aspoň jeden deň v týždni pre každú ambulanciu.		

1.5.1. Doplňujúce informácie k Hodnotiacim parametrom

Prevencia

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

Hodnotené obdobie: 12 po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov.