

TEXTOVÁ ČASŤ

1. **Všeobecná ambulantná starostlivosť pre dospelých**
2. **Všeobecná ambulantná starostlivosť pre deti a dorast**
3. **Gynekologická ambulantná starostlivosť**
4. **Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS)**
5. **Zubno-lekárska ambulantná starostlivosť a služba prvej pomoci**
6. **Špecializovaná ambulantná starostlivosť**
7. **Jednodňová ambulantná starostlivosť**
8. **Lekárska služba prvej pomoci pre dospelých a deti**
9. **Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (SVLZ)**
10. **Ústavná zdravotná starostlivosť**
11. **Stacionár**
12. **Kúpeľná starostlivosť**
13. **Lekáreň; Očná optika; Výdajňa zdravotníckych pomôcok**
14. **Dopravná zdravotná služba**

1.Všeobecná ambulantná starostlivosť pre dospelých

AKCEPTOVANIE VÝKONU 60:

Vykázanie výkonu 60 akceptujeme v zmysle pravidla uvedeného v Zozname zdravotných výkonov (Nariadenie vlády Slovenskej republiky číslo 226/2005 Z. z.): „Viacnásobné vykazovanie výkonu pri tom istom pacientovi a pri tom istom ochorení nie je prípustné“. Týmto postupom nie je porušené právo poskytovateľa na postup v zmysle bodu 5. 12. Všeobecných zmluvných podmienok.

AKCEPTOVANIE VÝKONOV 1 A 4A:

Oba uvedené výkony budú akceptované len v prípade ich samostatného vykázania.

INDIKAČNÉ OBMEDZENIA PRI PREDPISE LIEKOV:

Od mesiaca február 2011 sústredíme pozornosť aj na kontrolu dodržiavania indikačných obmedzení pri predpisovaní liekov pre našich poistencov. Tieto kontroly budú prebiehať internými revíziami v informačnom systéme a súčasne externými revíziami priamo v zdravotnej dokumentácii pacientov.

OPAKOVANÉ ODBERY KRVI DO UZAVRETÉHO SYSTÉMU (VÝKON 250B):

Pri odberoch krvi sa z jedného vpichu urobí odber na analýzy vyžadujúce diferencované spracovanie (opakovaný odber). V prípadoch takto definovaného opakovaného odberu sa pri správne poskytovanej zdravotnej starostlivosti spravidla nepoužíva celá odberová súprava, minimálne sa nepoužije ihla.

Metodické usmernenie Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS) číslo 9/4/2006 v časti o vykazovaní kódu výkonu (typ dávky 751;753 Veta tela dávky, položka 5) stanovuje: Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti môže výkon vykázať len vtedy, keď ho vykonal v celom rozsahu a riadne ho zaznamenal v zdravotnej dokumentácii.

Tým, že (pri správne poskytovanej zdravotnej starostlivosti) nie je dodržaná požiadavka na vykázanie, teda „výkon nie je vykonaný v celom rozsahu“, je opakovaná úhrada výkonu 250B odmietnutá s uvedeným odôvodnením.

Na súčasné uplatnenie Metodického usmernenia ÚDZS a zohľadnenie reálneho nákladu na opakované odbery je možné použiť výkaz podľa algoritmu $1 \times 250B + N \times 250A$ (do celkového počtu 5 krát). Celkový maximálny počet spravidla postačuje na všetky potrebné odbery (aj) v rámci predoperačných vyšetrení.

DIAGNÓZY PRI PREVENTÍVNYCH PREHLIADKACH A INDIKOVANIE VYŠETRENÍ ONKOMARKEROV:

V osobitných prílohách vášho Protokolu sporných dokladov nájdete oznámenia o podrobnostiach vykazovania diagnóz pri preventívnych prehliadkach a o indikovaní vyšetrení onkomarkerov.

VYKAZOVANIE PREDOPERAČNÝCH VYŠETRENÍ:

Komplexné predoperačné vyšetrenie (výkon 60A) je akceptované s diagnózou ochorenia, ktoré je dôvodom pacientovej operácie. Výkon možno vykazovať iba raz v rámci jednej operácie.

Najčastejšou chybou pri vykazovaní je vykázanie výkonu 60A s diagnózou Z02.2 Vyšetrenie pred prijatím do ústavných zariadení (alebo inej diagnózy Z*). Takýto spôsob vykazovania znemožňuje sledovanie nákladov na jednotlivé choroby.

SCHVAĽOVANIE PLÁNOVANEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI:

U poistencov spĺňajúcich kritériá § 9 odsek 2 Zákona o zdravotnom poistení v prípadoch vopred schvaľovanej (plánovanej) zdravotnej starostlivosti vo vzťahu k:

- ❖ príspevkom požadovaným poistencom (napríklad príspevok u nezmluvného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti);
- ❖ in vitro fertilizácii (vrátane liekov);
- ❖ kúpeľnej starostlivosti;
- ❖ liekom a zdravotníckym pomôckam (§ 42 zákona číslo 577/2004 Z. z.);
- ❖ mimoriadnemu dovozu lieku a zdravotníckej pomôcky;
- ❖ zahraničnej liečbe (plánovaná ústavná starostlivosť s výnimkou transplantácií orgánov nevykonávaných na území Slovenskej republiky, refundácie inej ako neodkladnej zdravotnej starostlivosti);
- ❖ plánovaným hospitalizáciám (hospiCom);

Návrh/žiadosť o úhradu neschválime. Vo vzťahu k situáciám, kde nie je možné vylúčiť nebezpečenstvo z premeškania, pristupujeme prísne individuálne.

SPÔSOB ÚHRADY LIEKOV:

Od mesiaca december 2011 sa mení spôsob úhrady niektorých liekov. Lieky so spôsobom úhrady „V“ alebo „VS“ sú zaradené do osobitného spôsobu úhrady. Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti ich budú účtovať ako pripočítateľnú položku k úhrade výkonu v zmysle zákona číslo 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady.

POSTUPY PODĽA VŠEOBECNE ZÁVÄZNÝCH PREDPISOV:

a). PRI OCHORENIACH ŠTÍTNEJ ŽĽAZY:

- ❖ Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky (MZ SR) o racionálnej indikácii vybraných laboratórnych vyšetrení v diagnostike tyreopatií, číslo M/1742/2003, SZS-1790/2003/ChI, uverejnené vo Vestníku MZ SR, čiastka 12-15, z 28.05.2003,
- ❖ Odborné usmernenie MZ SR pre diagnostiku a liečbu autoimunitných ochorení štítnej žľazy u žien v období tehotenstva, číslo 09811/2009-OZS, uverejnené vo Vestníku MZ SR, čiastka 33-39, z 31.08.2009;

b). PRI MAMOGRAFII A USG PRSNÍKOV:

- ❖ Odborné usmernenie MZ SR pre vykonávanie preventívnych mamografických vyšetrení, číslo 28222/2005, uverejnené vo Vestníku MZ SR zo dňa 24.11.2005, osobitné vydanie, ročník 53;
- ❖ Odborné usmernenie MZ SR pre včasnú diagnostiku a liečbu nádorových ochorení prsníka, číslo 35414/2009-OZS, uverejnené vo vestníku MZ SR, čiastka 29-32, zo dňa 17.08.2009);

c). SVLZ VÝKONY U PREVENTÍVNYCH PREHLIADOK akceptujeme v rozsahu aktuálne platnej legislatívy:

- ❖ Príloha číslo 2 Zákona 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov.

ÚHRADA VÝKONOV S KÓDMI 3525 A 3526:

Výkony s kódmi 3525 a 3526 sú hradené všeobecnému lekárovi v rámci kapitácie, preto nie je možná duplicitná úhrada aj pracovisku Spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (SVLZ).

POSTUPY V ODBORNOSTI AMBULANCIE 024:

a). GLYKOZYLOVANÝ HEMOGLOBÍN /HbA1C/ viazaný na diagnózy E10*a E11* je akceptovaný pod kódmi výkonov 3722 a 4587A a to v periodicite 4 x za 1 rok;

Po konzultácii s hlavným odborníkom MZ SR pre klinickú biochémiu, prezidentkou Slovenskej spoločnosti klinickej biochémiie (SSKB), Slovenskou lekárskou spoločnosťou (SLS) a zástupcom Asociácie súkromných lekárov Slovenskej republiky (ASL SR):

b). VYŠETRENIE LIPIDOVÉHO METABOLIZMU /TC, TG, HDL, LDL/ je akceptované v periodicite 4 x 1 rok;

c). MARKER BAKTERIÁLNEHO ZÁPALU /CRP/ je akceptovaný len pri zápalových ochoreniach (ako marker dynamiky ochorenia). Pri diagnózach I*(podľa Medzinárodného katalógu chorôb (MKCH-10)) nie je považovaný za štandardný diagnostický výkon;

d). PROKALCITONÍN (marker ťažkej bakteriálnej infekcie a sepsy) je akceptovaný u hospitalizovaných pacientov na oddeleniach určených na riešenie závažnosti ich stavu;

e). TROPONÍN (kardiošpecifický marker) je akceptovaný pri akútnych ochoreniach kardiovaskulárneho systému, nervového systému a pľúcnej embolizácii, podľa jeho kinetiky v počte 3 x za 1 deň;

f). VYŠETRENIE AMINOTRANSFERÁZ je štandardne akceptované pri akútnych diagnózach 1 x 1 deň, pri chronických diagnózach 1 x 1 mesiac.

OKULTNÉ KRVÁCANIE:

Vykonanie vyšetrenia stolice na okultné krvácanie (TOKS) v rámci preventívnej prehliadky sa vykonáva v závislosti od výsledku vyšetrenia nasledovne:

- výkon 159A - výsledok TOKS je pozitívny;
- výkon 159Z - výsledok TOKS je negatívny;
- výkon 159X - výsledok TOKS je neznámy (nevrátený alebo znehodnotený test).

Tento postup je v súlade s prílohou číslo 2 Odborného usmernenia MZ SR pre realizáciu programu skríningu kolorektálneho karcinómu (uverejneného vo Vestníku MZ SR, čiastka 19-31, ročník 59, z 01.09.2011, platnosť od 01.01.2012).

Upozorňujeme na nutnosť vykázaní týchto výkonov v kombinácii s výkonom 160. Bodová hodnota výkonov 159Z a 159X je identická ako u doteraz vykazovaného výkonu 159A.

NEODKLADNÁ ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ:

Pre prípady podľa § 79a zákona číslo 578/2004 Z. z. v platnom znení (povinnosť poskytovateľa vyžiadať si od zdravotnej poisťovne potvrdenie skutočnosti, či ide o neodkladnú zdravotnú starostlivosť pri poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti zmluvným poskytovateľom osobe, ktorá je uvedená v zozname dlžníkov alebo nezmluvným poskytovateľom) je k dispozícii formulár dostupný prostredníctvom internetovej stránky www.dovera.sk (v sekcii s názvom Som lekár).

Vyplnený formulár odošlete do zdravotnej poisťovne, odkiaľ v zákonnej lehote dostanete odpoveď. Úhrada potvrdenej neodkladnej zdravotnej starostlivosti v týchto prípadoch sa uskutoční maximálne v rozsahu potvrdenom zdravotnou poisťovňou.

PREDOPERAČNÉ A LABORATÓRNA VYŠETRENIA:

SVLZ vyšetrenia indikované v rámci predoperačného vyšetrenia sú akceptované s diagnózou Z02.2 (lekár na žiadanke pre SVLZ uvedie kód Z02.2).

Predoperačné vyšetrenia v rámci špecializovanej zdravotnej starostlivosti (výkon 60A) je aj naďalej akceptovaný s diagnózou ochorenia, ktoré je dôvodom pacientovej operácie.

PROGRAM „ZDRAVÉ SRDCE“:

Výkon 4571 ordinovaný v rámci programu Zdravé srdce je potrebné zasielať na SLVZ pracovisko na špeciálnej žiadanke, ktorá sa nachádza v prílohe Dodatku k Zmluve. K výkonu je nutná diagnóza Z02.6.

ÚHRADA VAKCÍN:

Podľa novely zákona číslo 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov na základe verejného zdravotného poistenia sa od 01.01.2013 mení spôsob úhrady vakcín z pripočítateľnej položky k výkonu opät' na predpisovanie na lekársky predpis.

Vzhľadom na uvedené uhradíme:

- v zúčtovacích obdobiach do 31.12.2012 vakcíny vykázané ako pripočítateľné položky k výkonom ambulancie;

- v zúčtovacích obdobiach po 01.01.2013 len vakcíny predpísané na lekárskom predpise.

KOMBINÁCIE VÝKONOV C-REAKTÍVNY PROTEÍN (CRP) (KÓDY 4571;4523;3880;4548) S DIAGNÓZAMI PODĽA MKCH 10 = E*;F*;G*H*;I*;Z*:

a). diagnózy E*= výkony sú povolené iba s diagnózami:

E06.0;E06.1;E06.2;E06.3;E06.4;E06.5;E06.9;E10.5;E10.7;E27.1;E31.0;E32.1;

b). diagnózy F*= pre výkony sú nepovolené všetky F* diagnózy podľa MKCH 10;

c). diagnózy G*= výkony sú povolené iba s diagnózami:

G00.0;G00.1;G00.2;G00.3;G00.8;G00.9;G02.0;G02.1;G02.1;G02.8;G03.0;G03.1;
G03.2;G03.8;G03.9;G04.0;G04.2;G04.8;G04.9;G05.0;G05.1;G05.2;G05.8;G05.8;
G06.0;G06.1;G06.2;G36.0;G36.1;G37.3;G37.4;G58.7;G61.0;G61.1;G61.8;G61.9;G63.0;

d). diagnózy H*= výkony sú povolené iba s diagnózami:

H00.0;H00.1;H01.0;H01.1;H01.8;H01.9;H04.0;H04.1;H04.3;H04.4;H05.5;H05.1;H10.0;
H10.1;H10.2;H10.3;H10.4;H10.5;H10.8;H10.9;H13.1;H15.0;H15.1;H15.8;H16.0;H16.1;
H16.2;H16.3;H16.8;H16.9;H19.0;H19.1;H19.2;H19.2;H19.3;H20.0;H20.1;H20.2;H20.8;
H22.0;H22.1;H22.8;H30.0;H30.1;H30.2;H30.8;H30.9;H32.0;H35.0;H35.1;H35.2;H44.0;
H44.1;H45.1;H46;H48.1;H60.1;H60.2;H60.3;H60.8;H60.9;H61.0;H62.0;H62.1;H62.2;
H62.3;H62.4;H65;H65.0;H65.1;H65.2;H65.3;H65.4;H65.9;H66.0;H66.1;H66.2;H66.3;
H66.4;H66.9;H67.0;H67.1;H67.8;H68.0;H70.0;H70.1;H70.2;H70.8;H70.9;H72.0;H72.1;
H72.2;H72.8;H72.9;H73.0;H73.1;H74.1;H75.0;H83.0;H92.0;H94.0;H94.8;H95.1;H95.8;
H95.1;

e). diagnózy I*= výkony sú povolené iba s diagnózami:

I00;I01.0;I01.1;I01.2;I01.8;I01.9;I09.0;I09.1;I09.2;I30.0;I30.1;I30.8;I30.9;I31.0;I31.1;
I31.3;I32.0;I32.1;I32.8;I33.0;I33.9;I40.0;I40.1;I40.8;I40.9;I41.0;I41.1;I41.2;I41.8;I51.4;

I51.8;I52.0;I52.1;I52.8;I68.1;I68.2;I68.8;I73.1;I77.6;I80.0;I80.1;I80.2;I80.3;I80.8;I80.9;I88.0;I88.1;I88.8;I88.9;I89.1;

f). diagnózy Z*= výkony sú povolené iba s diagnózou: Z02.6.

VYKAZOVANIE DIAGNÓZY PRI PREDOPERAČNÝCH VYŠETRENIACH:

Dňa 01.09.2013 nadobúda účinnosť zákon číslo 160/2013 Z. z., ktorým sa mení zákon číslo 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Pre zdravotnú starostlivosť poskytnutú od účinnosti uvedeného zákona používajte diagnózy podľa jeho Prílohy číslo 1.

V zmysle tejto legislatívnej zmeny v rámci predoperačného vyšetrenia uvádza lekár na žiadanke pre pracoviská SVLZ kód diagnózy Z51.4 (nie kód diagnózy, pre ktorú sa operácia vykonáva). Pracoviská SVLZ vykazujú zdravotnej poisťovni vyšetrenia indikované v rámci predoperačného vyšetrenia s diagnostickou značkou Z51.4.

Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti vykonávajúci špeciálne preventívne prehliadky a s nimi súvisiace výkony používajú naďalej zmluvne dohodnuté diagnózy Z06;Z17;Z18;K95;K96.

2.Všeobecná ambulantná starostlivosť pre deti a dorast

AKCEPTOVANIE VÝKONU 60:

Vykázanie výkonu 60 akceptujeme v zmysle pravidla uvedeného v Zozname zdravotných výkonov (Nariadenie vlády Slovenskej republiky číslo 226/2005 Z. z.): „Viacnásobné vykazovanie výkonu pri tom istom pacientovi a pri tom istom ochorení nie je prípustné“. Týmto postupom nie je porušené právo poskytovateľa na postup v zmysle bodu 5. 12. Všeobecných zmluvných podmienok

AKCEPTOVANIE VÝKONOV 1 A 4A:

Oba uvedené výkony budú akceptované len v prípade ich samostatného vykázania.

INDIKAČNÉ OBMEDZENIA PRI PREDPÍSE LIEKOV:

Od mesiaca február 2011 sústredíme pozornosť aj na kontrolu dodržiavania indikačných obmedzení pri predpisovaní liekov pre našich poistencov. Tieto kontroly budú prebiehať

internými revíziami v informačnom systéme a súčasne externými revíziami priamo v zdravotnej dokumentácii pacientov.

OPAKOVANÉ ODBERY KRVI DO UZAVRETÉHO SYSTÉMU (VÝKON 250B):

Pri odberoch krvi sa z jedného vpichu urobí odber na analýzy vyžadujúce diferencované spracovanie (opakovaný odber). V prípadoch takto definovaného opakovaného odberu sa pri správne poskytovanej zdravotnej starostlivosti spravidla nepoužíva celá odberová súprava, minimálne sa nepoužije ihla.

Metodické usmernenie Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS) číslo 9/4/2006 v časti o vykazovaní kódu výkonu (typ dávky 751;753 Veta tela dávky, položka 5) stanovuje: Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti môže výkon vykázať len vtedy, keď ho vykonal v celom rozsahu a riadne ho zaznamenal v zdravotnej dokumentácii.

Tým, že (pri správne poskytovanej zdravotnej starostlivosti) nie je dodržaná požiadavka na vykázanie, teda „výkon nie je vykonaný v celom rozsahu“, je opakovaná úhrada výkonu 250B odmietnutá s uvedeným odôvodnením.

Na súčasné uplatnenie Metodického usmernenia ÚDZS a zohľadnenie reálneho nákladu na opakované odbery je možné použiť výkaz podľa algoritmu $1 \times 250B + N \times 250A$ (do celkového počtu 5 krát). Celkový maximálny počet spravidla postačuje na všetky potrebné odbery (aj) v rámci predoperačných vyšetrení.

DIAGNÓZY PRI PREVENTÍVNYCH PREHLIADKACH A INDIKOVANIE VYŠETRENÍ ONKOMARKEROV:

V osobitných prílohách vášho Protokolu sporných dokladov nájdete oznámenia o podrobnostiach vykazovania diagnóz pri preventívnych prehliadkach a o indikovaní vyšetrení onkomarkerov.

VYKAZOVANIE PREDOPERAČNÝCH VYŠETRENÍ:

Komplexné predoperačné vyšetrenie (výkon 60A) je akceptované s diagnózou ochorenia, ktoré je dôvodom pacientovej operácie. Výkon možno vykazovať iba raz v rámci jednej operácie.

Najčastejšou chybou pri vykazovaní je vykázanie výkonu 60A s diagnózou Z02.2 Vyšetrenie pred prijatím do ústavných zariadení (alebo inej diagnózy Z*). Takýto spôsob vykazovania znemožňuje sledovanie nákladov na jednotlivé choroby.

SCHVAĽOVANIE PLÁNOVANEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI:

U poistencov spĺňajúcich kritériá § 9 odsek 2 Zákona o zdravotnom poistení v prípadoch vopred schvaľovanej (plánovanej) zdravotnej starostlivosti vo vzťahu k:

- ❖ príspevkom požadovaným poistencom (napríklad príspevok u nezmluvného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti);
- ❖ in vitro fertilizácii (vrátane liekov);
- ❖ kúpeľnej starostlivosti;
- ❖ liekom a zdravotníckym pomôckam (§ 42 zákona číslo 577/2004 Z. z.);
- ❖ mimoriadnemu dovozu lieku a zdravotníckej pomôcky;
- ❖ zahraničnej liečbe (plánovaná ústavná starostlivosť s výnimkou transplantácií orgánov nevykonávaných na území Slovenskej republiky, refundácie inej ako neodkladnej zdravotnej starostlivosti);
- ❖ plánovaným hospitalizáciami (hospiCom);

návrh/žiadosť o úhradu neschválime. Vo vzťahu k situáciám, kde nie je možné vylúčiť nebezpečenstvo z premeškania, pristupujeme prísne individuálne.

SPÔSOB ÚHRADY LIEKOV:

Od mesiaca december 2011 sa mení spôsob úhrady niektorých liekov. Lieky so spôsobom úhrady „V“ alebo „VS“ sú zaradené do osobitného spôsobu úhrady. Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti ich budú účtovať ako pripočítateľnú položku k úhrade výkonu v zmysle zákona číslo 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady.

POSTUPY PODĽA VŠEOBECNE ZÁVÄZNÝCH PREDPISOV:

a). PRI OCHORENIACH ŠTÍTNEJ ŽĽAZY:

- ❖ Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky (MZ SR) o racionálnej indikácii vybraných laboratórnych vyšetrení v diagnostike tyreopatií, číslo M/1742/2003, SZS-1790/2003/ChI, uverejnené vo Vestníku MZ SR, čiastka 12-15, z 28.05.2003,
- ❖ Odborné usmernenie MZ SR pre diagnostiku a liečbu autoimunitných ochorení štítnej žľazy u žien v období tehotenstva, číslo 09811/2009-OZS, uverejnené vo Vestníku MZ SR, čiastka 33-39, z 31.08.2009;

b). PRI MAMOGRAFII A USG PRSNÍKOV:

- ❖ Odborné usmernenie MZ SR pre vykonávanie preventívnych mamografických vyšetrení, číslo 28222/2005, uverejnené vo Vestníku MZ SR zo dňa 24.11.2005, osobitné vydanie, ročník 53;
- ❖ Odborné usmernenie MZ SR pre včasnú diagnostiku a liečbu nádorových ochorení prsníka, číslo 35414/2009-OZS, uverejnené vo vestníku MZ SR, čiastka 29-32, zo dňa 17.08.2009);

c). SVLZ VÝKONY U PREVENTÍVNYCH PREHLIADOK akceptujeme v rozsahu aktuálne platnej legislatívy:

- ❖ Príloha číslo 2 Zákona 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov.

ÚHRADA VÝKONOV S KÓDMI 3525 A 3526:

Výkony s kódmi 3525 a 3526 sú hradené všeobecnému lekárovi v rámci kapitácie, preto nie je možná duplicitná úhrada aj pracovišku Spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (SVLZ).

POSTUPY V ODBORNOSTI AMBULANCIE 024:

a). GLYKOZYLOVANÝ HEMOGLOBÍN /HbA1C/ viazaný na diagnózy E10*a E11* je akceptovaný pod kódmi výkonov 3722 a 4587A a to v periodicite 4 x za 1 rok;

Po konzultácii s hlavným odborníkom MZ SR pre klinickú biochémiu, prezidentkou Slovenskej spoločnosti klinickej biochémie (SSKB), Slovenskou lekárskou spoločnosťou (SLS) a zástupcom Asociácie súkromných lekárov Slovenskej republiky (ASL SR):

b). VYŠETRENIE LIPIDOVÉHO METABOLIZMU /TC, TG, HDL, LDL/ je akceptované v periodicite 4 x 1 rok;

c). MARKER BAKTERIÁLNEHO ZÁPALU /CRP/ je akceptovaný len pri zápalových ochoreniach (ako marker dynamiky ochorenia). Pri diagnózach I*(podľa Medzinárodného katalógu chorôb (MKCH-10)) nie je považovaný za štandardný diagnostický výkon;

d). PROKALCITONÍN (marker ťažkej bakteriálnej infekcie a sepsy) je akceptovaný u hospitalizovaných pacientov na oddeleniach určených na riešenie závažnosti ich stavu;

e). TROPONÍN (kardiošpecifický marker) je akceptovaný pri akútnych ochoreniach kardiovaskulárneho systému, nervového systému a pľúcnej embolizácii, podľa jeho kinetiky v počte 3 x za 1 deň;

f). VYŠETRENIE AMINOTRANSFERÁZ je štandardne akceptované pri akútnych diagnózach 1 x 1 deň, pri chronických diagnózach 1 x 1 mesiac.

POVINNÉ OČKOVANIE:

Od zúčtovacieho obdobia marec 2012 budeme akceptovať len také vykázané očkovania, ktoré spĺňajú požiadavky uvedené v Metodickom usmernení ÚDZS číslo 9/5/2006, typ dávky 751. Podľa neho musí byť vykázaný výkon s pripočítateľnou položkou.

NEODKLADNÁ ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ:

Pre prípady podľa § 79a zákona číslo 578/2004 Z. z. v platnom znení (povinnosť poskytovateľa vyžiadať si od zdravotnej poisťovne potvrdenie skutočnosti, či ide o neodkladnú zdravotnú starostlivosť pri poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti zmluvným poskytovateľom osobe, ktorá je uvedená v zozname dlžníkov alebo nezmluvným poskytovateľom) je k dispozícii formulár dostupný prostredníctvom internetovej stránky www.dovera.sk (v sekcii s názvom Som lekár).

Vyplnený formulár odošlete do zdravotnej poisťovne, odkiaľ v zákonnej lehote dostanete odpoveď. Úhrada potvrdenej neodkladnej zdravotnej starostlivosti v týchto prípadoch sa uskutoční maximálne v rozsahu potvrdenom zdravotnou poisťovňou.

PREDOPERAČNÉ A LABORATÓRNA VYŠETRENIA:

SVLZ vyšetrenia indikované v rámci predoperačného vyšetrenia sú akceptované s diagnózou Z02.2 (lekár na žiadanke pre SVLZ uvedie kód Z02.2).

Predoperačné vyšetrenia v rámci špecializovanej zdravotnej starostlivosti (výkon 60A) je aj naďalej akceptovaný s diagnózou ochorenia, ktoré je dôvodom pacientovej operácie.

C-REAKTÍVNY PROTEÍN PRE KAPITOVANÝCH POISTENCOV: Na základe platnej zmluvy s dátumom účinnosti od 01.07.2012 uhradíme Poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v dohodnutom období od 01.07.2012 do 31.12.2012 výkon 4571A C – reaktívny proteín pre kapítovaných poistencov do dovŕšenia 19-teho roku života v sume 3.00 Eur s frekvenciou vykazovania maximálne 1 krát za 1 deň na jedného kapítovaného poistenca. O tejto skutočnosti informujeme aj našich poistencov.

ÚHRADA VAKCÍN:

Podľa novely zákona číslo 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov na základe verejného zdravotného poistenia sa od 01.01.2013 mení spôsob úhrady vakcín z pripočítateľnej položky k výkonu opäť na predpisovanie na lekársky predpis.

Vzhľadom na uvedené uhradíme:

- v zúčtovacích obdobiach do 31.12.2012 vakcíny vykázané ako pripočítateľné položky k výkonom ambulancie;
- v zúčtovacích obdobiach po 01.01.2013 len vakcíny predpísané na lekárskom predpise.

KOMBINÁCIE VÝKONOV C-REAKTÍVNY PROTEÍN (CRP) (KÓDY 4571;4523;3880;4548) S DIAGNÓZAMI PODĽA MKCH 10 = E*;F*;G*H*;I*;Z*:

a). diagnózy E*= výkony sú povolené iba s diagnózami:

E06.0;E06.1;E06.2;E06.3;E06.4;E06.5;E06.9;E10.5;E10.7;E27.1;E31.0;E32.1;

b). diagnózy F*= pre výkony sú nepovolené všetky F* diagnózy podľa MKCH 10;

c). diagnózy G*= výkony sú povolené iba s diagnózami:

G0.0.0;G00.1;G00.2;G00.3;G00.8;G00.9;G02.0;G02.1;G02.1;G02.8;G03.0;G03.1;G03.2
;
G03.8;G03.9;G04.0;G04.2;G04.8;G04.9;G05.0;G05.1;G05.2;G05.8;G05.8;G06.0;G06.1;
G06.2;G36.0;G36.1;G37.3;G37.4;G58.7;G61.0;G61.1;G61.8;G61.9;G63.0;

d). diagnózy H*= výkony sú povolené iba s diagnózami:

H00.0;H00.1;H01.0;H01.1;H01.8;H01.9;H04.0;H04.1;H04.3;H04.4;H05.5;H05.1;H10.0;
H10.1;H10.2;H10.3;H10.4;H10.5;H10.8;H10.9;H13.1;H15.0;H15.1;H15.8;H16.0;H16.1;
H16.2;H16.3;H16.8;H16.9;H19.0;H19.1;H19.2;H19.2;H19.3;H20.0;H20.1;H20.2;H20.8;
H22.0;H22.1;H22.8;H30.0;H30.1;H30.2;H30.8;H30.9;H32.0;H35.0;H35.1;H35.2;H44.0;
H44.1;H45.1;H46;H48.1;H60.1;H60.2;H60.3;H60.8;H60.9;H61.0;H62.0;H62.1;H62.2;
H62.3;H62.4;H65;H65.0;H65.1;H65.2;H65.3;H65.4;H65.9;H66.0;H66.1;H66.2;H66.3;
H66.4;H66.9;H67.0;H67.1;H67.8;H68.0;H70.0;H70.1;H70.2;H70.8;H70.9;H72.0;H72.1;
H72.2;H72.8;H72.9;H73.0;H73.1;H74.1;H75.0;H83.0;H92.0;H94.0;H94.8;H95.1;H95.8;
H95.1;

e). diagnózy I*= výkony sú povolené iba s diagnózami:

I00;I01.0;I01.1;I01.2;I01.8;I01.9;I09.0;I09.1;I09.2;I30.0;I30.1;I30.8;I30.9;I31.0;I31.1; I31.3;I32.0;I32.1;I32.8;I33.0;I33.9;I40.0;I40.1;I40.8;I40.9;I41.0;I41.1;I41.2;I41.8;I51.4; I51.8;I52.0;I52.1;I52.8;I68.1;I68.2;I68.8;I73.1;I77.6;I80.0;I80.1;I80.2;I80.3;I80.8;I80.9; I88.0;I88.1;I88.8;I88.9;I89.1;

f). diagnózy Z*= výkony sú povolené iba s diagnózou: Z02.6.

VYKAZOVANIE DIAGNÓZY PRI PREDOPERAČNÝCH VYŠETRENIACH:

Dňa 01.09.2013 nadobúda účinnosť zákon číslo 160/2013 Z. z., ktorým sa mení zákon číslo 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Pre zdravotnú starostlivosť poskytnutú od účinnosti uvedeného zákona používajte diagnózy podľa jeho Prílohy číslo 1.

V zmysle tejto legislatívnej zmeny v rámci predoperačného vyšetrenia uvádza lekár na žiadanke pre pracoviská SVLZ kód diagnózy Z51.4 (nie kód diagnózy, pre ktorú sa operácia vykonáva). Pracoviská SVLZ vykazujú zdravotnej poisťovni vyšetrenia indikované v rámci predoperačného vyšetrenia s diagnostickou značkou Z51.4.

Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti vykonávajúci špeciálne preventívne prehliadky a s nimi súvisiace výkony používajú naďalej zmluvne dohodnuté diagnózy Z06;Z17;Z18;K95;K96.

3.Gynekologická ambulantná starostlivosť

AKCEPTOVANIE VÝKONU 60:

Vykázanie výkonu 60 akceptujeme v zmysle pravidla uvedeného v Zozname zdravotných výkonov (Nariadenie vlády Slovenskej republiky číslo 226/2005 Z. z.): „Viacnásobné vykazovanie výkonu pri tom istom pacientovi a pri tom istom ochorení nie je prípustné“. Týmto postupom nie je porušené právo poskytovateľa na postup v zmysle bodu 5. 12. Všeobecných zmluvných podmienok.

AKCEPTOVANIE VÝKONOV 1 A 4A:

Oba uvedené výkony budú akceptované len v prípade ich samostatného vykázania.

INDIKAČNÉ OBMEDZENIA PRI PREDPÍSE LIEKOV:

Od mesiaca február 2011 sústredíme pozornosť aj na kontrolu dodržiavania indikačných obmedzení pri predpisovaní liekov pre našich poistencov. Tieto kontroly budú prebiehať internými revíziami v informačnom systéme a súčasne externými revíziami priamo v zdravotnej dokumentácii pacientov.

OPAKOVANÉ ODBERY KRVI DO UZAVRETÉHO SYSTÉMU (VÝKON 250B):

Pri odberoch krvi sa z jedného vpichu urobí odber na analýzy vyžadujúce diferencované spracovanie (opakovaný odber). V prípadoch takto definovaného opakovaného odberu sa pri správne poskytovanej zdravotnej starostlivosti spravidla nepoužíva celá odberová súprava, minimálne sa nepoužije ihla.

Metodické usmernenie Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS) číslo 9/4/2006 v časti o vykazovaní kódu výkonu (typ dávky 751;753 Veta tela dávky, položka 5) stanovuje: Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti môže výkon vykázať len vtedy, keď ho vykonal v celom rozsahu a riadne ho zaznamenal v zdravotnej dokumentácii.

Tým, že (pri správne poskytovanej zdravotnej starostlivosti) nie je dodržaná požiadavka na vykávanie, teda „výkon nie je vykonaný v celom rozsahu“, je opakovaná úhrada výkonu 250B odmietnutá s uvedeným odôvodnením.

Na súčasné uplatnenie Metodického usmernenia ÚDZS a zohľadnenie reálneho nákladu na opakované odbery je možné použiť výkaz podľa algoritmu $1 \times 250B + N \times 250A$ (do celkového počtu 5 krát). Celkový maximálny počet spravidla postačuje na všetky potrebné odbery (aj) v rámci predoperačných vyšetrení.

DIAGNÓZY PRI PREVENTÍVNYCH PREHLIADKACH A INDIKOVANIE VYŠETRENÍ ONKOMARKEROV:

V osobitných prílohách vášho Protokolu sporných dokladov nájdete oznámenia o podrobnostiach vykazovania diagnóz pri preventívnych prehliadkach a o indikovaní vyšetrení onkomarkerov.

VYKAZOVANIE PREVENTÍVNYCH PREHLIADOK V GYNEKOLÓGII:

Pri revízii vykáwanej zdravotnej starostlivosti akceptujeme gynekologickú preventívnu prehliadku (výkon 157) 1 x v kalendárnom roku pri súčasnom dodržaní minimálneho odstupu 6 mesiacov od vykonania predošlej preventívnej prehliadky. Výkon 157 je akceptovaný v kombinácii s diagnózou Z01.4.

VYKAZOVANIE ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI POČAS GRAVIDITY A ŠESTONEDELIA:

Vykazovanie gynekologických prehliadok počas gravidity a šestonedelia (výkony 102;103;108) akceptujeme pri revízii takto:

- ❖ výkon 102 maximálne 1 x za jedno tehotenstvo. Výkony sú akceptované v kombinácii s diagnózami Z34* v prípadoch fyziologickej gravidity a s diagnózami Z35* v prípadoch patologickej gravidity;
- ❖ výkon 103 do množstva 10 x počas fyziologickej gravidity;
- ❖ výkon 108 do množstva 3 x počas fyziologickej gravidity. Oba výkony (103;108) sú akceptované v kombinácii s diagnózami Z34*;
- ❖ výkony 103 a 108 je možné vykazovať v prípadoch patologickej gravidity podľa potreby. Oba výkony sú akceptované v kombinácii s diagnózami Z35*.
- ❖ Výkon 105 maximálne 1 x počas šestonedelia. Výkon je akceptovaný v kombinácii s diagnózami Z39*.

Uvedené zásady sú dohodnuté s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti s účinnosťou od 01.08.2011.

VYKAZOVANIE PREDOPERAČNÝCH VYŠETRENÍ:

Komplexné predoperačné vyšetrenie (výkon 60A) je akceptované s diagnózou ochorenia, ktoré je dôvodom pacientovej operácie. Výkon možno vykazovať iba raz v rámci jednej operácie.

Najčastejšou chybou pri vykazovaní je vykávanie výkonu 60A s diagnózou Z02.2 Vyšetrenie pred prijatím do ústavných zariadení (alebo inej diagnózy Z*). Takýto spôsob vykazovania znemožňuje sledovanie nákladov na jednotlivé choroby.

SCHVAĽOVANIE PLÁNOVANEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI:

U poistencov spĺňajúcich kritériá § 9 odsek 2 Zákona o zdravotnom poistení v prípadoch vopred schvaľovanej (plánovanej) zdravotnej starostlivosti vo vzťahu k:

- ❖ príspevkom požadovaným poistencom (napríklad príspevok u nezmluvného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti);
- ❖ in vitro fertilizácii (vrátane liekov);
- ❖ kúpeľnej starostlivosti;
- ❖ liekom a zdravotníckym pomôckam (§ 42 zákona číslo 577/2004 Z. z.);
- ❖ mimoriadnemu dovozu lieku a zdravotníckej pomôcky;

- ❖ zahraničnej liečbe (plánovaná ústavná starostlivosť s výnimkou transplantácií orgánov nevykonávaných na území Slovenskej republiky, refundácie inej ako neodkladnej zdravotnej starostlivosti);
- ❖ plánovaným hospitalizáciami (hospiCom);

návrh/žiadosť o úhradu neschválime. Vo vzťahu k situáciám, kde nie je možné vylúčiť nebezpečenstvo z premeškania, pristupujeme prísne individuálne.

VYŠETRENIA ABDOMINÁLNOU SONDOU:

S ohľadom na odborné zameranie gynekologických ambulancií nebudeme od 01.01.2012 akceptovať výkon 5303 v prípadoch vyšetrenia abdominálnou sondou. Naďalej však budeme akceptovať výkon 5301.

POSTUPY PODĽA VŠEOBECNE ZÁVÄZNÝCH PREDPISOV:

a). PRI OCHORENIACH ŠTÍTNEJ ŽĽAZY:

- ❖ Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky (MZ SR) o racionálnej indikácii vybraných laboratórnych vyšetrení v diagnostike tyreopatií, číslo M/1742/2003, SZS-1790/2003/ChI, uverejnené vo Vestníku MZ SR, čiastka 12-15, z 28.05.2003,
- ❖ Odborné usmernenie MZ SR pre diagnostiku a liečbu autoimunitných ochorení štítnej žľazy u žien v období tehotenstva, číslo 09811/2009-OZS, uverejnené vo Vestníku MZ SR, čiastka 33-39, z 31.08.2009;

b). PRI MAMOGRAFII A USG PRSNÍKOV:

Odborné usmernenie MZ SR pre vykonávanie preventívnych mamografických vyšetrení, číslo 28222/2005, uverejnené vo Vestníku MZ SR zo dňa 24.11.2005, osobitné vydanie, ročník 53;

Odborné usmernenie MZ SR pre včasnú diagnostiku a liečbu nádorových ochorení prsníka, číslo 35414/2009-OZS, uverejnené vo vestníku MZ SR, čiastka 29-32, zo dňa 17.08.2009);

c). SVLZ VÝKONY U PREVENTÍVNYCH PREHLIADOK akceptujeme v rozsahu aktuálne platnej legislatívy:

- ❖ Príloha číslo 2 Zákona 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov.

SONOGRAFICKÉ VYŠETRENIA:

Za štandardný rozsah sonografického vyšetrenia gynekológom pri gynekologickej diagnóze sa považujú výkony 5301 a 5305. Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti, ktorí majú príslušné prístrojové vybavenie a nemajú niektorý z výkonov uvedený v zmluve, môžu požiadať o doplnenie.

NEODKLADNÁ ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ:

Pre prípady podľa § 79a zákona číslo 578/2004 Z. z. v platnom znení (povinnosť poskytovateľa vyžiadať si od zdravotnej poisťovne potvrdenie skutočnosti, či ide o neodkladnú zdravotnú starostlivosť pri poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti zmluvným poskytovateľom osobe, ktorá je uvedená v zozname dlžníkov alebo nezmluvným poskytovateľom) je k dispozícii formulár dostupný prostredníctvom internetovej stránky www.dovera.sk (v sekcii s názvom Som lekár).

Vyplnený formulár odošlete do zdravotnej poisťovne, odkiaľ v zákonnej lehote dostanete odpoveď. Úhrada potvrdenej neodkladnej zdravotnej starostlivosti v týchto prípadoch sa uskutoční maximálne v rozsahu potvrdenom zdravotnou poisťovňou.

AKCEPTOVANIE VÝKONU 5808:

Výkon s kódom 5808 je akceptovaný iba s diagnózami Z34* a Z35*.

PREDOPERAČNÉ A LABORATÓRNA VYŠETRENIA:

SVLZ vyšetrenia indikované v rámci predoperačného vyšetrenia sú akceptované s diagnózou Z02.2 (lekár na žiadanke pre SVLZ uvedie kód Z02.2).

Predoperačné vyšetrenia v rámci špecializovanej zdravotnej starostlivosti (výkon 60A) je aj naďalej akceptovaný s diagnózou ochorenia, ktoré je dôvodom pacientovej operácie.

PREVENTÍVNE GYNEKOLOGICKÉ PREHLIADKY:

Pri preventívnych prehliadkach je potrebné vykazovať výkon 5308 s diagnózou Z01.4 a zároveň dodržiavať zákonom stanovený interval preventívnej gynekologickej prehliadky.

VYKAZOVANIE DIAGNÓZY PRI PREDOPERAČNÝCH VYŠETRENIACH:

Dňa 01.09.2013 nadobúda účinnosť zákon číslo 160/2013 Z. z., ktorým sa mení zákon číslo 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Pre zdravotnú starostlivosť poskytnutú od účinnosti uvedeného zákona používajte diagnózy podľa jeho Prílohy číslo 1.

V zmysle tejto legislatívnej zmeny v rámci predoperačného vyšetrenia uvádza lekár na žiadanke pre pracoviská SVLZ kód diagnózy Z51.4 (nie kód diagnózy, pre ktorú sa operácia vykonáva). Pracoviská SVLZ vykazujú zdravotnej poisťovni vyšetrenia indikované v rámci predoperačného vyšetrenia s diagnostickou značkou Z51.4.

4.Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS)

VYKAZOVANIE VÝKONOV FYZIATRICKO-BALNEOLOGICKO-REHABILITAČNEJ LIEČBY (FBRL):

Na základe rokovania s odbornými zástupcami Zdravoty, Slovenskej lekárskej komory (SLK) a Asociácie nemocníc Slovenska pre odbornosť FBRL bol dohodnutý konsenzus vo veci vykazovania výkonov tejto odbornosti. Uvedené nastavenia platia pre výkony vykonané s platnosťou od 01.01.2011 vrátane a pre charakter dávky Nová.

SCHVAĽOVANIE PLÁNOVANEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI:

U poistencov spĺňajúcich kritériá § 9 odsek 2 Zákona o zdravotnom poistení v prípadoch vopred schvaľovanej (plánovanej) zdravotnej starostlivosti vo vzťahu k:

- príspevkom požadovaným poistencom (napríklad príspevok u nezmluvného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti);
- in vitro fertilizácii (vrátane liekov);
- kúpeľnej starostlivosti;
- liekom a zdravotníckym pomôckam (§ 42 zákona číslo 577/2004 Z. z.);
- mimoriadnemu dovozu lieku a zdravotníckej pomôcky;
- zahraničnej liečbe (plánovaná ústavná starostlivosť s výnimkou transplantácií orgánov nevykonávaných na území Slovenskej republiky, refundácie inej ako neodkladnej zdravotnej starostlivosti);
- plánovaným hospitalizáciami (hospiCom);

návrh/žiadosť o úhradu neschválime. Vo vzťahu k situáciám, kde nie je možné vylúčiť nebezpečenstvo z premeškania, pristupujeme prísne individuálne.

NEODKLADNÁ ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ:

Pre prípady podľa § 79a zákona číslo 578/2004 Z. z. v platnom znení (povinnosť poskytovateľa vyžiadať si od zdravotnej poisťovne potvrdenie skutočnosti, či ide o neodkladnú zdravotnú starostlivosť pri poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti

zmluvným poskytovateľom osobe, ktorá je uvedená v zozname dlžníkov alebo nezmluvným poskytovateľom) je k dispozícii formulár dostupný prostredníctvom internetovej stránky www.dovera.sk (v sekcii s názvom Som lekár).

Vyplnený formulár odošlete do zdravotnej poisťovne, odkiaľ v zákonnej lehote dostanete odpoveď. Úhrada potvrdenej neodkladnej zdravotnej starostlivosti v týchto prípadoch sa uskutoční maximálne v rozsahu potvrdenom zdravotnou poisťovňou.

5.Zubno-lekárska ambulantná starostlivosť a služba prvej pomoci

INDIKAČNÉ OBMEDZENIA PRI PREDPISE LIEKOV:

Od mesiaca február 2011 sústredíme pozornosť aj na kontrolu dodržiavania indikačných obmedzení pri predpisovaní liekov pre našich poistencov. Tieto kontroly budú prebiehať internými revíziami v informačnom systéme a súčasne externými revíziami priamo v zdravotnej dokumentácii pacientov.

SCHVAĽOVANIE PLÁNOVANEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI:

U poistencov spĺňajúcich kritériá § 9 odsek 2 Zákona o zdravotnom poistení v prípadoch vopred schvaľovanej (plánovanej) zdravotnej starostlivosti vo vzťahu k:

- ❖ príspevkom požadovaným poistencom (napríklad príspevok u nezmluvného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti);
- ❖ in vitro fertilizácii (vrátane liekov);
- ❖ kúpeľnej starostlivosti;
- ❖ liekom a zdravotníckym pomôckam (§ 42 zákona číslo 577/2004 Z. z.);
- ❖ mimoriadnemu dovozu lieku a zdravotníckej pomôcky;
- ❖ zahraničnej liečbe (plánovaná ústavná starostlivosť s výnimkou transplantácií orgánov nevykonávaných na území Slovenskej republiky, refundácie inej ako neodkladnej zdravotnej starostlivosti);
- ❖ plánovaným hospitalizáciami (hospiCom);

návrh/žiadosť o úhradu neschválime. Vo vzťahu k situáciám, kde nie je možné vylúčiť nebezpečenstvo z premeškania, pristupujeme prísne individuálne.

NEODKLADNÁ ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ:

Pre prípady podľa § 79a zákona číslo 578/2004 Z. z. v platnom znení (povinnosť poskytovateľa vyžiadať si od zdravotnej poisťovne potvrdenie skutočnosti, či ide o neodkladnú zdravotnú starostlivosť pri poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti zmluvným poskytovateľom osobe, ktorá je uvedená v zozname dlžníkov alebo nezmluvným poskytovateľom) je k dispozícii formulár dostupný prostredníctvom internetovej stránky www.dovera.sk (v sekcii s názvom Som lekár).

Vyplnený formulár odošlete do zdravotnej poisťovne, odkiaľ v zákonnej lehote dostanete odpoveď. Úhrada potvrdenej neodkladnej zdravotnej starostlivosti v týchto prípadoch sa uskutoční maximálne v rozsahu potvrdenom zdravotnou poisťovňou.

VYKAZOVANIE LOKALITY ZUBOV PRE VÝKONY E51;E61;E63 :

Na základe dohody so Slovenskou komorou zubných lekárov (SKZL) zo dňa 22.11.2012 je nutné od 01.01.2013 výkony E51;E61;E63 vykazovať s lokalitou na konkrétny zub, nie na lokalitu 00.

LOKALITA PRE NADPOČETNÉ ZUBY:

Na základe dohody so SKZL bola zadefinovaná nová lokalita s kódom 99 Nadpočetné zuby. Pri vykazovaní extrakcií nadpočetných zubov je nutné pri výkonoch E11;E12;E21 a E22 uvádzať lokalitu 99 a anestéziu s lokalizáciou vo frontálnom úseku čeľuste a sánky v rozsahu 3 zubov (04;07) a v laterálnom úseku chrupu v rozsahu kvadrantu (10;20;30;40;50;60;70;80).

6.Špecializovaná ambulantná starostlivosť

AKCEPTOVANIE VÝKONU 60:

Vykázanie výkonu 60 akceptujeme v zmysle pravidla uvedeného v Zozname zdravotných výkonov (Nariadenie vlády Slovenskej republiky číslo 226/2005 Z. z.): „Viacnásobné vykazovanie výkonu pri tom istom pacientovi a pri tom istom ochorení nie je prípustné“. Týmto postupom nie je porušené právo poskytovateľa na postup v zmysle bodu 5. 12. Všeobecných zmluvných podmienok.

VYKAZOVANIE VÝKONOV FYZIATRICKO-BALNEOLOGICKO-REHABILITAČNEJ LIEČBY (FBRL):

Na základe rokovania s odbornými zástupcami Zdravity, Slovenskej lekárskej komory (SLK) a Asociácie nemocníc Slovenska pre odbornosť FBLR bol dohodnutý konsenzus vo veci vykazovania výkonov tejto odbornosti. Uvedené nastavenia platia pre výkony vykonané s platnosťou od 01.01.2011 vrátane a pre charakter dávky Nová.

AKCEPTOVANIE VÝKONOV 1 A 4A:

Oba uvedené výkony budú akceptované len v prípade ich samostatného vykázania.

INDIKAČNÉ OBMEDZENIA PRI PREDPISÉ LIEKOV:

Od mesiaca február 2011 sústredíme pozornosť aj na kontrolu dodržiavania indikačných obmedzení pri predpisovaní liekov pre našich poistencov. Tieto kontroly budú prebiehať internými revíziami v informačnom systéme a súčasne externými revíziami priamo v zdravotnej dokumentácii pacientov.

VÝKONY HEMODIALÝZY A HEMODIAFILTRÁCIE:

Od 01.04.2011 bola do štandardných zmlúv s dialyzačnými centrami zavedená balíčková cena MEL pri manažmente CHRI. Zmena sa týka zjednotenia úhrady pri výkonoch 794R (hemodiafiltrácia) a 794L (hemodialýza).

V jednotnej cene výkonov (historický vážený priemer pre individuálneho poskytovateľa zdravotnej starostlivosti) sú zahrnuté náklady na výkon hemodialýzy alebo hemodiafiltrácie, vrátane nákladov na lieky kategórie „A“ použité u pacienta, ktorému sa MEL poskytuje.

Spôsob vykazovania zostáva nezmenený (teda osobitne výkon 794R, osobitne výkon 794L), zmluvne dohodnutá cena je jednotná.

VYKAZOVANIE LIEKOV KATEGÓRIE „A“:

Lieky kategórie „A“ u pacientov v chronickom dialyzačnom programe (pre výkony poskytnuté od 01.06.2011) je potrebné vykazovať v osobitnom riadku v štruktúre:

- kód lieku;
- počet základných vykazovacích jednotiek;
- cena vykázaného množstva v Eur 0,00 (nula).

Informácia o liekoch kategórie „A“ je potrebná pre výpočet balíčkovej ceny MEL v ďalšej zmluvnej perióde.

OPAKOVANÉ ODBERY KRVI DO UZAVRETÉHO SYSTÉMU (VÝKON 250B):

Pri odberoch krvi sa z jedného vpichu urobí odber na analýzy vyžadujúce diferencované

spracovanie (opakovaný odber). V prípadoch takto definovaného opakovaného odberu sa pri správne poskytovanej zdravotnej starostlivosti spravidla nepoužíva celá odberová súprava, minimálne sa nepoužije ihla.

Metodické usmernenie Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS) číslo 9/4/2006 v časti o vykazovaní kódu výkonu (typ dávky 751;753 Veta tela dávky, položka 5) stanovuje: Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti môže výkon vykázať len vtedy, keď ho vykonal v celom rozsahu a riadne ho zaznamenal v zdravotnej dokumentácii.

Tým, že (pri správne poskytovanej zdravotnej starostlivosti) nie je dodržaná požiadavka na vykázanie, teda „výkon nie je vykonaný v celom rozsahu“, je opakovaná úhrada výkonu 250B odmietnutá s uvedeným odôvodnením.

Na súčasné uplatnenie Metodického usmernenia ÚDZS a zohľadnenie reálneho nákladu na opakované odbery je možné použiť výkaz podľa algoritmu $1 \times 250B + N \times 250A$ (do celkového počtu 5 krát). Celkový maximálny počet spravidla postačuje na všetky potrebné odbery (aj) v rámci predoperačných vyšetrení.

VYŠETROVANIE ŠPECIFICKÝCH IMUNOGLOBULÍNŮV:

Od 01.09.2011 zavádzame v záujme zefektívnenia zdravotnej starostlivosti pri vyšetrovaní špecifických imunoglobulínov (ide o kódy výkonov podľa Zoznamu výkonov: 4586;4588;4588A;4589B) niektoré regulačné opatrenia. Viac k uvedeným zmenám nájdete v prílohe Vášho Protokolu a v tabuľkovej časti Pravidiel revíznej činnosti.

VYKAZOVANIE PREDOPERAČNÝCH VYŠETRENÍ:

Komplexné predoperačné vyšetrenie (výkon 60A) je akceptované s diagnózou ochorenia, ktoré je dôvodom pacientovej operácie. Výkon možno vykazovať iba raz v rámci jednej operácie.

Najčastejšou chybou pri vykazovaní je vykázanie výkonu 60A s diagnózou Z02.2 Vyšetrenie pred prijatím do ústavných zariadení (alebo inej diagnózy Z*). Takýto spôsob vykazovania znemožňuje sledovanie nákladov na jednotlivé choroby.

SCHVAĽOVANIE PLÁNOVANEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI:

U poistencov spĺňajúcich kritériá § 9 odsek 2 Zákona o zdravotnom poistení v prípadoch vopred schvaľovanej (plánovanej) zdravotnej starostlivosti vo vzťahu k:

- príspevkom požadovaným poistencom (napríklad príspevok u nezmluvného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti);
- in vitro fertilizácii (vrátane liekov);

- ❖ kúpeľnej starostlivosti;
- ❖ liekom a zdravotníckym pomôckam (§ 42 zákona číslo 577/2004 Z. z.);
- ❖ mimoriadnemu dovozu lieku a zdravotníckej pomôcky;
- ❖ zahraničnej liečbe (plánovaná ústavná starostlivosť s výnimkou transplantácií orgánov nevykonávaných na území Slovenskej republiky, refundácie inej ako neodkladnej zdravotnej starostlivosti);
- ❖ plánovaným hospitalizáciám (hospiCom);

návrh/žiadosť o úhradu neschválime. Vo vzťahu k situáciám, kde nie je možné vylúčiť nebezpečenstvo z premeškania, pristupujeme prísne individuálne.

ÚHRADA VÝKONOV S KÓDMI 3525 A 3526:

Výkony s kódmi 3525 a 3526 sú hradené všeobecnému lekárovi v rámci kapitácie, preto nie je možná duplicitná úhrada aj pracovišku Spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (SVLZ).

POSTUPY PODĽA VŠEOBECNE ZÁVÄZNÝCH PREDPISOV:

a). PRI OCHORENIACH ŠTÍTNEJ ŽĽAZY:

- ❖ Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky (MZ SR) o racionálnej indikácii vybraných laboratórnych vyšetrení v diagnostike tyreopatií, číslo M/1742/2003, SZS-1790/2003/ChI, uverejnené vo Vestníku MZ SR, čiastka 12-15, z 28.05.2003,
- ❖ Odborné usmernenie MZ SR pre diagnostiku a liečbu autoimunitných ochorení štítnej žľazy u žien v období tehotenstva, číslo 09811/2009-OZS, uverejnené vo Vestníku MZ SR, čiastka 33-39, z 31.08.2009;

b). PRI MAMOGRAFII A USG PRSNÍKOV:

- ❖ Odborné usmernenie MZ SR pre vykonávanie preventívnych mamografických vyšetrení, číslo 28222/2005, uverejnené vo Vestníku MZ SR zo dňa 24.11.2005, osobitné vydanie, ročník 53;
- ❖ Odborné usmernenie MZ SR pre včasnú diagnostiku a liečbu nádorových ochorení prsníka, číslo 35414/2009-OZS, uverejnené vo vestníku MZ SR, čiastka 29-32, zo dňa 17.08.2009);

c). SVLZ VÝKONY U PREVENTÍVNYCH PREHLIADOK akceptujeme v rozsahu aktuálne platnej legislatívy:

- ❖ Príloha číslo 2 Zákona 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov.

POSTUPY V ODBORNOSTI AMBULANCIE 024:

a). GLYKOZYLOVANÝ HEMOGLOBÍN /HbA1C/ viazaný na diagnózy E10*a E11* je akceptovaný pod kódmi výkonov 3722 a 4587A a to v periodicite 4 x za 1 rok;

Po konzultácii s hlavným odborníkom MZ SR pre klinickú biochémiu, prezidentkou Slovenskej spoločnosti klinickej biochémie (SSKB), Slovenskou lekárskou spoločnosťou (SLS) a zástupcom Asociácie súkromných lekárov Slovenskej republiky (ASL SR):

b). VYŠETRENIE LIPIDOVÉHO METABOLIZMU /TC, TG, HDL, LDL/ je akceptované v periodicite 4 x 1 rok;

c). MARKER BAKTERIÁLNEHO ZÁPALU /CRP/ je akceptovaný len pri zápalových ochoreniach (ako marker dynamiky ochorenia). Pri diagnózach I*(podľa Medzinárodného katalógu chorôb (MKCH-10)) nie je považovaný za štandardný diagnostický výkon;

d). PROKALCITONÍN (marker ťažkej bakteriálnej infekcie a sepsy) je akceptovaný u hospitalizovaných pacientov na oddeleniach určených na riešenie závažnosti ich stavu;

e). TROPONÍN (kardiošpecifický marker) je akceptovaný pri akútnych ochoreniach kardiovaskulárneho systému, nervového systému a pľúcnej embolizácii, podľa jeho kinetiky v počte 3 x za 1 deň;

f). VYŠETRENIE AMINOTRANSFERÁZ je štandardne akceptované pri akútnych diagnózach 1 x 1 deň, pri chronických diagnózach 1 x 1 mesiac.

POSTUP V ODBORNOSTI AMBULANCIE 031:

V odbornosti ambulancie 031 je pri diagnózach I*;M*;S*;K*;L*;G*;F*;Z* (okrem lymphadenopatií) akceptovaný kód výkonu 3783. V ostatných diagnózach je akceptovaný kód výkonu 3784.

POSTUP V ODBORNOSTIACH AMBULANCIE 040;031;024;062;140;225:

V odbornostiach ambulancie 040;031;024;062;140;225 je v prípade súčasného vyšetrenia buniek z najmenej dvoch nasledujúcich zdrojov: periférna krv, kostná dreň, bronchoalveolárna laváž pri doložení odberov vo výkaze od poskytovateľa zdravotnej starostlivosti akceptovaný kód výkonu 4658 za každý vyšetrený znak. V prípadoch

vyšetrenia len jedného z uvedených materiálov je v závislosti od materiálu akceptovaný kód výkonu 4658A (periférna krv), 4659 (kostná dreň) alebo 4660F (BAL) za každý vyšetrený znak.

ÚDAJE O TRVANÍ HEMODIALÝZY A HEMODIAFILTRÁCIE:

Upozorňujeme poskytovateľov mimotelových eliminačných metód, že od zúčtovacieho obdobia máj 2012 budeme požadovať ku každému poskytnutému výkonu hemodialýzy a hemodiafiltrácie (794L;794R) pri kontrole u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti predloženie písomného výstupu z prístroja s údajmi nutnými na výpočet potrebného trvania dialýzy v individuálnom prípade.

NEODKLADNÁ ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ:

Pre prípady podľa § 79a zákona číslo 578/2004 Z. z. v platnom znení (povinnosť poskytovateľa vyžiadať si od zdravotnej poisťovne potvrdenie skutočnosti, či ide o neodkladnú zdravotnú starostlivosť pri poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti zmluvným poskytovateľom osobe, ktorá je uvedená v zozname dlžníkov alebo nezmluvným poskytovateľom) je k dispozícii formulár dostupný prostredníctvom internetovej stránky www.dovera.sk (v sekcii s názvom Som lekár).

Vyplnený formulár odošlete do zdravotnej poisťovne, odkiaľ v zákonnej lehote dostanete odpoveď. Úhrada potvrdenej neodkladnej zdravotnej starostlivosti v týchto prípadoch sa uskutoční maximálne v rozsahu potvrdenom zdravotnou poisťovňou.

AKCEPTOVANIE VÝKONU 5808:

Výkon s kódom 5808 je akceptovaný iba s diagnózami Z34* a Z35*.

PREDOPERAČNÉ A LABORATÓRNA VYŠETRENIA:

SVLZ vyšetrenia indikované v rámci predoperačného vyšetrenia sú akceptované s diagnózou Z02.2 (lekár na žiadanke pre SVLZ uvedie kód Z02.2).

Predoperačné vyšetrenia v rámci špecializovanej zdravotnej starostlivosti (výkon 60A) je aj naďalej akceptovaný s diagnózou ochorenia, ktoré je dôvodom pacientovej operácie.

VYŠETRENIE OBLIČIEK U NOVORODENCA:

Skríningové ultrasonografické (USG) vyšetrenie obličiek u novorodenca vykazované na matkine rodné číslo je potrebné zadávať ako kód výkonu 5303 bez ohľadu na pohlavie novorodenca (v tomto prípade nie je vykonávaná kontrola kombinácie výkonu pre pohlavie).

SPÔSOB VYKAZOVANIA A REVÍZIE VÝKONOV 822;825;826:

Vykazovanie typu odosielateľa (žiadateľa o vyšetrenie) podľa dátového rozhrania dávky 753 (typ starostlivosti 845, veta tela dávky, položka číslo 16) ako Typ odosielateľa uvádzajte:

pri výkone 822 hodnotu „P“ = pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti priamo, bez odosielajúceho lekára; hodnotu „O“ = ak je odosielateľ lekár v ambulancii alebo oddelenie; hodnotu „K“ = ak ide o kontrolu alebo opakovanú kontrolu pacienta počas jeho liečby;

pri výkone 825 hodnotu „D“ = ak je poistencovi poskytovaná dispenzárna starostlivosť so súhlasom zdravotnej poisťovne;

pri výkone 826 hodnotu „A“ = pri poskytnutí neodkladnej starostlivosti.

Uvedené zásady vychádzajú zo znenia Zoznamu výkonov a sú podmienkou na akceptovanie výkazu jednotlivých výkonov.

REVÍZIA VÝKONU OSTEODENZITOMETRIE:

Pri revidovaní výkonu osteodenzitometrie revízní lekári postupujú podľa týchto platných odborných usmernení:

Odborné usmernenie MZ SR pre diagnostiku a liečbu osteoporózy uverejneného vo Vestníku MZ SR, čiastka 9-16 z 01.03.2006;

Odborné usmernenie MZ SR pre liečbu a diagnostiku glukokortikoidmi indukovanej osteoporózy čiastka 51-53 z 13.11.2009 ročník 57.

Pri úhrade postupujeme (preskripčné, indikačné obmedzenia a frekvencia) striktne v zmysle uvedených citovaných Odborných usmernení.

VYKAZOVANIE VÝKONU 5308 PRI PREVENTÍVNYCH PREHLIADKACH:

Výkon 5308 je potrebné pri preventívnych prehliadkach vykazovať s diagnózou Z01.4 a zároveň dodržiavať zákonom stanovený interval preventívnej gynekologickej prehliadky.

KOMBINÁCIA VYKÁZANIA VÝKONU 5714 S VÝKONMI 5712;5713:

Pri ich súčasnom vykázaní budú u toho istého poistenca akceptované výkony 5712;5713. Výkon 5714 nebude akceptovaný, nakoľko je podľa obsahovej náplne obsiahnutý vo výkonoch 5712;5713.

KOMBINÁCIA VYKÁZANIA VÝKONOV 5766;5765;5769;5770;5771:

Spirometrické vyšetrenia, pred ako aj po aplikácii bronchomotoricky účinnej látky, respektíve definovanej záťaže (ergometria), ktoré sú spravidla realizované postupne v

nadväznosti na výsledky predchádzajúceho vyšetrenia, sú na základe svojej obsahovej náplne neoddeliteľnou súčasťou bronchomotorického testu s danou látkou, resp. záťažou.

Uvedené výkony budú pri ich súčasnom vykázaní u toho istého poistenca akceptované nasledovne:

kombinácia 5770 s 5771 = akceptujeme výkon 5771;
kombinácia 5770 s 5766 = akceptujeme výkon 5770;
kombinácia 5766 s 5700 = akceptujeme výkon 5766;
kombinácia 5766 s 5765 = akceptujeme výkon 5766;
kombinácia 5771 s 5766 = akceptujeme výkon 5771;
kombinácia 5769 s 5766 = akceptujeme výkon 5769.

KOMBINÁCIA VÝKONU 647 S VÝKONMI 614;617:

Pri súčasnom vykázaní výkonu 647 s 614;617 nebude výkon 647 akceptovaný, nakoľko jeho rozsah je súčasťou obsahovej náplne výkonov 614;617.

KOMBINÁCIA VÝKONOV ECHOKARDIOGRAFIE:

Vzhľadom na obsahovo rovnakú náplň výkonov 614;617 a výkonov 5744;5745;5746;5754 nie je možná ich vzájomná kombinácia.

VYKAZOVANIE VÝKONU 159C:

Výkon 159C môže vykazovať iba lekár špecializovanej ambulantnej starostlivosti s odbornosťou 012 s diagnózami Z01.8;Z12.5;Z80.4.

AKCEPTOVANIE VÝKONU 5300:

Od 01.10.2013 bude výkon 5300 akceptovaný vzhľadom na jeho rozsah v segmente SVLZ v odbornostiach 023;187;303;712.

KOMBINÁCIE VÝKONOV C-REAKTÍVNY PROTEÍN (CRP) (KÓDY

4571;4523;3880;4548) S DIAGNÓZAMI PODĽA MKCH 10 = E*;F*;G*H*;I*;Z*:

a). diagnózy E*= výkony sú povolené iba s diagnózami:

E06.0;E06.1;E06.2;E06.3;E06.4;E06.5;E06.9;E10.5;E10.7;E27.1;E31.0;E32.1;

b). diagnózy F*= pre výkony sú nepovolené všetky F* diagnózy podľa MKCH 10;

c). diagnózy G*= výkony sú povolené iba s diagnózami:

G00.0;G00.1;G00.2;G00.3;G00.8;G00.9;G02.0;G02.1;G02.1;G02.8;G03.0;G03.1;G03.2;

G03.8;G03.9;G04.0;G04.2;G04.8;G04.9;G05.0;G05.1;G05.2;G05.8;G05.8;G06.0;G06.1;
G06.2;G36.0;G36.1;G37.3;G37.4;G58.7;G61.0;G61.1;G61.8;G61.9;G63.0;

d). diagnózy H*= výkony sú povolené iba s diagnózami:

H00.0;H00.1;H01.0;H01.1;H01.8;H01.9;H04.0;H04.1;H04.3;H04.4;H05.5;H05.1;H10.0;
H10.1;H10.2;H10.3;H10.4;H10.5;H10.8;H10.9;H13.1;H15.0;H15.1;H15.8;H16.0;H16.1;
H16.2;H16.3;H16.8;H16.9;H19.0;H19.1;H19.2;H19.2;H19.3;H20.0;H20.1;H20.2;H20.8;
H22.0;H22.1;H22.8;H30.0;H30.1;H30.2;H30.8;H30.9;H32.0;H35.0;H35.1;H35.2;H44.0;
H44.1;H45.1;H46;H48.1;H60.1;H60.2;H60.3;H60.8;H60.9;H61.0;H62.0;H62.1;H62.2;
H62.3;H62.4;H65;H65.0;H65.1;H65.2;H65.3;H65.4;H65.9;H66.0;H66.1;H66.2;H66.3;
H66.4;H66.9;H67.0;H67.1;H67.8;H68.0;H70.0;H70.1;H70.2;H70.8;H70.9;H72.0;H72.1;
H72.2;H72.8;H72.9;H73.0;H73.1;H74.1;H75.0;H83.0;H92.0;H94.0;H94.8;H95.1;H95.8;
H95.1;

e). diagnózy I*= výkony sú povolené iba s diagnózami:

I00;I01.0;I01.1;I01.2;I01.8;I01.9;I09.0;I09.1;I09.2;I30.0;I30.1;I30.8;I30.9;I31.0;
I31.1;I31.3;I32.0;I32.1;I32.8;I33.0;I33.9;I40.0;I40.1;I40.8;I40.9;I41.0;I41.1;
I41.2;I41.8;I51.4;I51.8;I52.0;I52.1;I52.8;I68.1;I68.2;I68.8;I73.1;I77.6;I80.0;
I80.1;I80.2;I80.3;I80.8;I80.9;I88.0;I88.1;I88.8;I88.9;I89.1;

f). diagnózy Z*= výkony sú povolené iba s diagnózou: Z02.6.

VYKAZOVANIE DIAGNÓZY PRI PREDOPERAČNÝCH VYŠETRENIACH:

Dňa 01.09.2013 nadobúda účinnosť zákon číslo 160/2013 Z. z., ktorým sa mení zákon číslo 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Pre zdravotnú starostlivosť poskytnutú od účinnosti uvedeného zákona používajte diagnózy podľa jeho Prílohy číslo 1.

V zmysle tejto legislatívnej zmeny v rámci predoperačného vyšetrenia uvádza lekár na žiadanke pre pracoviská SVLZ kód diagnózy Z51.4 (nie kód diagnózy, pre ktorú sa operácia vykonáva). Pracoviská SVLZ vykazujú zdravotnej poisťovni vyšetrenia indikované v rámci predoperačného vyšetrenia s diagnostickou značkou Z51.4.

Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti vykonávajúci špeciálne preventívne prehliadky a s nimi súvisiace výkony používajú naďalej zmluvne dohodnuté diagnózy Z06;Z17;Z18;K95;K96.

AKCEPTOVANIE VÝKONU 5300:

Od 01.10.2013 bude výkon 5300 akceptovaný vzhľadom na jeho rozsah v segmente zdravotnej starostlivosti SVLZ (typ 400) a tiež v špecializovanej zdravotnej starostlivosti (typ 200) v odbornosti 001.

AKCEPTOVANIE VÝKONOV 5301 A 5300:

V gastroenterologickej ambulancii (odbornosť 048;154) štandardne akceptujeme výkon 5301 (Vyšetrenie jedného orgánu alebo orgánového systému). Výkon 5300 (USG vyšetrenie hornej časti brucha , pečeň, žlčník, žlčové cesty, pankreas, obličky, slezina, retroperitoneálne LU, aorta, prípadne aj chorobne zmenené časti GIT-u a podbruška) bude počínajúc zúčtovacím obdobím apríl 2014 akceptovaný u poistenca s diagnózami R10*;K50*;K51*;R16.2;K30 vo frekvencii 1 x za 12 mesiacov.

VYKAZOVANIE LIEKOV NAKUPOVANÝCH CENTRÁLNYM NÁKUPOM:

V prípade vykázania liekov, ktoré zabezpečujeme prostredníctvom centrálného nákupu uvádzajte podľa platného dátového rozhrania dávky 753N v položke:

Typ poistenca písmeno = „P“;

Pripočítateľná položka = kód lieku (v tom istom riadku ako príslušný výkon);

Množstvo = celým číslom počet podaných základných vykazovacích jednotiek (ZVJ);

Cena = vždy hodnotu 0,00 Eur

Pri pokračovaní v liečbe je potrebné pre poistenca dovykazovať lieky z predchádzajúcich schválených Rozhodnutí.

7.Jednodňová ambulantná starostlivosť

SCHVAĽOVANIE PLÁNOVANEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI:

U poistencov spĺňajúcich kritériá § 9 odsek 2 Zákona o zdravotnom poistení v prípadoch vopred schvaľovanej (plánovanej) zdravotnej starostlivosti vo vzťahu k:

príspevkom požadovaným poistencom (napríklad príspevok u nezmluvného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti);

in vitro fertilizácii (vrátane liekov);

kúpeľnej starostlivosti;

liekom a zdravotníckym pomôckam (§ 42 zákona číslo 577/2004 Z. z.);

mimoriadnemu dovozu lieku a zdravotníckej pomôcky;
zahraničnej liečbe (plánovaná ústavná starostlivosť s výnimkou transplantácií orgánov nevykonávaných na území Slovenskej republiky, refundácie inej ako neodkladnej zdravotnej starostlivosti);
plánovaným hospitalizáciám (hospiCom);

návrh/žiadosť o úhradu neschválime. Vo vzťahu k situáciám, kde nie je možné vylúčiť nebezpečenstvo z premeškania, pristupujeme prísne individuálne.

NEODKLADNÁ ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ:

Pre prípady podľa § 79a zákona číslo 578/2004 Z. z. v platnom znení (povinnosť poskytovateľa vyžiadať si od zdravotnej poisťovne potvrdenie skutočnosti, či ide o neodkladnú zdravotnú starostlivosť pri poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti zmluvným poskytovateľom osobe, ktorá je uvedená v zozname dlžníkov alebo nezmluvným poskytovateľom) je k dispozícii formulár dostupný prostredníctvom internetovej stránky

www.dovera.sk (v sekcii s názvom Som lekár). Vyplnený formulár odošlete do zdravotnej poisťovne, odkiaľ v zákonnej lehote dostanete odpoveď. Úhrada potvrdenej neodkladnej zdravotnej starostlivosti v týchto prípadoch sa uskutoční maximálne v rozsahu potvrdenom zdravotnou poisťovňou.

NOVÉ KÓDY OSOBITNE HRADENÝCH VÝKONOV:

Dňa 01.07.2013 nadobudol účinnosť dodatok k zmluve s novými kódmi osobitne hradených výkonov (OHV). Výkony OHV, ktoré budú našim poistencom poskytnuté od uvedeného dátumu je potrebné vykazovať s ich novými kódmi.

VYKAZOVANIE LIEKOV NAKUPOVANÝCH CENTRÁLNYM NÁKUPOM:

V prípade vykázania liekov, ktoré zabezpečujeme prostredníctvom centrálneho nákupu uvádzajte

- a). podľa platného dátového rozhrania dávky 753N v položke:
 - Typ poistenca = písmeno „P“;
 - Pripočítateľná položka = kód lieku (v tom istom riadku ako príslušný výkon);
 - Množstvo = celým číslom počet podaných základných vykazovacích jednotiek (ZVJ);
 - Cena = vždy hodnotu 0,00 Eur.

- b). podľa platného dátového rozhrania dávky 774N;274N v položke:

- Pripočítateľná položka = kód lieku (v samostatnom riadku, nie v tom istom riadku ako začatie/ukončenie hospitalizácie);
- Množstvo = celým číslom počet podaných základných vykazovacích jednotiek;
- Cena = vždy hodnotu 0,00 Eur;
- Typ hospitalizácie = písmeno „C“.

Pri pokračovaní v liečbe je potrebné pre poistenca dovykazovať lieky z predchádzajúcich schválených Rozhodnutí.

8.Lekárska služba prvej pomoci pre dospelých a deti

AKCEPTOVANIE VÝKONOV 1 A 4A:

Oba uvedené výkony budú akceptované len v prípade ich samostatného vykázania.

INDIKAČNÉ OBMEDZENIA PRI PREDPISE LIEKOV:

Od mesiaca február 2011 sústredíme pozornosť aj na kontrolu dodržiavania indikačných obmedzení pri predpisovaní liekov pre našich poistencov. Tieto kontroly budú prebiehať internými revíziami v informačnom systéme a súčasne externými revíziami priamo v zdravotnej dokumentácii pacientov.

OPAKOVANÉ ODBERY KRVI DO UZAVRETÉHO SYSTÉMU (VÝKON 250B):

Pri odberoch krvi sa z jedného vpichu urobí odber na analýzy vyžadujúce diferencované spracovanie (opakovaný odber). V prípadoch takto definovaného opakovaného odberu sa pri správne poskytovanej zdravotnej starostlivosti spravidla nepoužíva celá odberová súprava, minimálne sa nepoužije ihla.

Metodické usmernenie Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS) číslo 9/4/2006 v časti o vykazovaní kódu výkonu (typ dávky 751;753 Veta tela dávky, položka 5) stanovuje: Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti môže výkon vykázať len vtedy, keď ho vykonal v celom rozsahu a riadne ho zaznamenal v zdravotnej dokumentácii.

Tým, že (pri správne poskytovanej zdravotnej starostlivosti) nie je dodržaná požiadavka na vykázanie, teda „výkon nie je vykonaný v celom rozsahu“, je opakovaná úhrada výkonu 250B odmietnutá s uvedeným odôvodnením.

NEODKLADNÁ ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ:

Pre prípady podľa § 79a zákona číslo 578/2004 Z. z. v platnom znení (povinnosť poskytovateľa vyžiadať si od zdravotnej poisťovne potvrdenie skutočnosti, či ide o neodkladnú zdravotnú starostlivosť pri poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti zmluvným poskytovateľom osobe, ktorá je uvedená v zozname dlžníkov alebo nezmluvným poskytovateľom) je k dispozícii formulár dostupný prostredníctvom internetovej stránky www.dovera.sk (v sekcii s názvom Som lekár).

Vyplnený formulár odošlete do zdravotnej poisťovne, odkiaľ v zákonnej lehote dostanete odpoveď. Úhrada potvrdenej neodkladnej zdravotnej starostlivosti v týchto prípadoch sa uskutoční maximálne v rozsahu potvrdenom zdravotnou poisťovňou.

9.Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (SVLZ)

VYKAZOVANIE VÝKONOV FYZIATRICKO-BALNEOLOGICKO-REHABILITAČNEJ LIEČBY (FBRL):

Na základe rokovania s odbornými zástupcami Zdravity, Slovenskej lekárskej komory (SLK) a Asociácie nemocníc Slovenska pre odbornosť FBRL bol dohodnutý konsenzus vo veci vykazovania výkonov tejto odbornosti. Uvedené nastavenia platia pre výkony vykonané s platnosťou od 01.01.2011 vrátane a pre charakter dávky Nová.

AKCEPTOVANIE VÝKONOV 1 A 4A:

Oba uvedené výkony budú akceptované len v prípade ich samostatného vykázania.

VYŠETROVANIE ŠPECIFICKÝCH IMUNOGLOBULÍNOV:

Od 01.09.2011 zavádzame v záujme zefektívnenia zdravotnej starostlivosti pri vyšetrovaní špecifických imunoglobulínov (ide o kódy výkonov podľa Zoznamu výkonov: 4586;4588;4588A; 4589B) niektoré regulačné opatrenia. Viac k uvedeným zmenám nájdete v prílohe Vášho Protokolu a v tabuľkovej časti Pravidiel revíznej činnosti.

VYKAZOVANIE PREDOPERAČNÝCH VYŠETRENÍ:

Komplexné predoperačné vyšetrenie (výkon 60A) je akceptované s diagnózou ochorenia, ktoré je dôvodom pacientovej operácie. Výkon možno vykazovať iba raz v rámci jednej operácie.

Najčastejšou chybou pri vykazovaní je vykázanie výkonu 60A s diagnózou Z02.2
Vyšetrenie pred prijatím do ústavných zariadení (alebo inej diagnózy Z*). Takýto spôsob
vykazovania znemožňuje sledovanie nákladov na jednotlivé choroby.

SCHVAĽOVANIE PLÁNOVANEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI:

U poistencov spĺňajúcich kritériá § 9 odsek 2 Zákona o zdravotnom poistení v prípadoch
vopred schvaľovanej (plánovanej) zdravotnej starostlivosti vo vzťahu k:

príspevkom požadovaným poistencom (napríklad príspevok u nezmluvného
poskytovateľa zdravotnej starostlivosti);
in vitro fertilizácii (vrátane liekov);
kúpeľnej starostlivosti;
liekom a zdravotníckym pomôckam (§ 42 zákona číslo 577/2004 Z. z.);
mimoriadnemu dovozu lieku a zdravotníckej pomôcky;
zahraničnej liečbe (plánovaná ústavná starostlivosť s výnimkou transplantácií
orgánov nevykonávaných na území Slovenskej republiky, refundácie inej ako
neodkladnej zdravotnej starostlivosti);
plánovaným hospitalizáciám (hospiCom);

návrh/žiadosť o úhradu neschválime. Vo vzťahu k situáciám, kde nie je možné vylúčiť
nebezpečenstvo z premeškania, pristupujeme prísne individuálne.

ÚHRADA VÝKONOV S KÓDMI 3525 A 3526:

Výkony s kódmi 3525 a 3526 sú hradené všeobecnému lekárovi v rámci kapitácie, preto
nie je možná duplicitná úhrada aj pracovišku Spoločných vyšetrovacích a liečebných
zložiek (SVLZ).

POSTUPY PODĽA VŠEOBECNE ZÁVÄZNÝCH PREDPISOV:

a). PRI OCHORENIACH ŠTÍTNEJ ŽĽAZY:

Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky (MZ SR) o
racionálnej indikácii vybraných laboratórnych vyšetrení v diagnostike tyreopatií,
číslo M/1742/2003, SZS-1790/2003/ChI, uverejnené vo Vestníku MZ SR, čiastka
12-15, z 28.05.2003,

Odborné usmernenie MZ SR pre diagnostiku a liečbu autoimunitných ochorení
štítnnej žľazy u žien v období tehotenstva, číslo 09811/2009-OZS, uverejnené vo
Vestníku MZ SR, čiastka 33-39, z 31.08.2009;

b). PRI MAMOGRAFII A USG PRSNÍKOV:

Odborné usmernenie MZ SR pre vykonávanie preventívnych mamografických vyšetrení, číslo 28222/2005, uverejnené vo Vestníku MZ SR zo dňa 24.11.2005, osobitné vydanie, ročník 53;

Odborné usmernenie MZ SR pre včasnú diagnostiku a liečbu nádorových ochorení prsníka, číslo 35414/2009-OZS, uverejnené vo vestníku MZ SR, čiastka 29-32, zo dňa 17.08.2009);

c). SVLZ VÝKONY U PREVENTÍVNYCH PREHLIADOK akceptujeme v rozsahu aktuálne platnej legislatívy:

Príloha číslo 2 Zákona 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov.

POSTUPY V ODBORNOSTI AMBULANCIE 024:

a). GLYKOZYLOVANÝ HEMOGLOBÍN /HbA1C/ viazaný na diagnózy E10*a E11* je akceptovaný pod kódmi výkonov 3722 a 4587A a to v periodicite 4 x za 1 rok;

Po konzultácii s hlavným odborníkom MZ SR pre klinickú biochémiu, prezidentkou Slovenskej spoločnosti klinickej biochémie (SSKB), Slovenskou lekárskou spoločnosťou (SLS) a zástupcom Asociácie súkromných lekárov Slovenskej republiky (ASL SR):

b). VYŠETRENIE LIPIDOVÉHO METABOLIZMU /TC, TG, HDL, LDL/ je akceptované v periodicite 4 x 1 rok;

c). MARKER BAKTERIÁLNEHO ZÁPALU /CRP/ je akceptovaný len pri zápalových ochoreniach (ako marker dynamiky ochorenia). Pri diagnózach I*(podľa Medzinárodného katalógu chorôb (MKCH-10)) nie je považovaný za štandardný diagnostický výkon;

d). PROKALCITONÍN (marker ťažkej bakteriálnej infekcie a sepsy) je akceptovaný u hospitalizovaných pacientov na oddeleniach určených na riešenie závažnosti ich stavu;

e). TROPONÍN (kardiošpecifický marker) je akceptovaný pri akútnych ochoreniach kardiovaskulárneho systému, nervového systému a pľúcnej embolizácii, podľa jeho kinetiky v počte 3 x za 1 deň;

f). VYŠETRENIE AMINOTRANSFERÁZ je štandardne akceptované pri akútnych diagnózach 1 x 1 deň, pri chronických diagnózach 1 x 1 mesiac.

POSTUP V ODBORNOSTI AMBULANCIE 031:

V odbornosti ambulancie 031 je pri diagnózach I*;M*;S*;K*;L*;G*;F*;Z* (okrem lymphadenopatií) akceptovaný kód výkonu 3783. V ostatných diagnózach je akceptovaný kód výkonu 3784.

POSTUP V ODBORNOSTIACH AMBULANCIE 040;031;024;062;140;225:

V odbornostiach ambulancie 040;031;024;062;140;225 je v prípade súčasného vyšetrenia buniek z najmenej dvoch nasledujúcich zdrojov: periférna krv, kostná dreň, bronchoalveolárna laváž pri doložení odberov vo výkaze od poskytovateľa zdravotnej starostlivosti akceptovaný kód výkonu 4658 za každý vyšetrený znak. V prípadoch vyšetrenia len jedného z uvedených materiálov je v závislosti od materiálu akceptovaný kód výkonu 4658A (periférna krv), 4659 (kostná dreň) alebo 4660F (BAL) za každý vyšetrený znak.

NEODKLADNÁ ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ: Pre prípady podľa § 79a zákona číslo 578/2004 Z. z. v platnom znení (povinnosť poskytovateľa vyžiadať si od zdravotnej poisťovne potvrdenie skutočnosti, či ide o neodkladnú zdravotnú starostlivosť pri poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti zmluvným poskytovateľom osobe, ktorá je uvedená v zozname dlžníkov alebo nezmluvným poskytovateľom) je k dispozícii formulár dostupný prostredníctvom internetovej stránky www.dovera.sk (v sekcii s názvom Som lekár).

Vyplnený formulár odošlete do zdravotnej poisťovne, odkiaľ v zákonnej lehote dostanete odpoveď. Úhrada potvrdenej neodkladnej zdravotnej starostlivosti v týchto prípadoch sa uskutoční maximálne v rozsahu potvrdenom zdravotnou poisťovňou.

AKCEPTOVANIE VÝKONU 5808:

Výkon s kódom 5808 je akceptovaný iba s diagnózami Z34* a Z35*.

PREDOPERAČNÉ A LABORATÓRNA VYŠETRENIA:

SVLZ vyšetrenia indikované v rámci predoperačného vyšetrenia sú akceptované s diagnózou Z02.2 (lekár na žiadanke pre SVLZ uvedie kód Z02.2).

Predoperačné vyšetrenia v rámci špecializovanej zdravotnej starostlivosti (výkon 60A) je aj naďalej akceptovaný s diagnózou ochorenia, ktoré je dôvodom pacientovej operácie.

VYŠETRENIE OBLIČIEK U NOVORODENCA:

Skríningové ultrasonografické (USG) vyšetrenie obličiek u novorodenca vykazované na matkine rodné číslo je potrebné zadávať ako kód výkonu 5303 bez ohľadu na pohlavie

novorodenca (v tomto prípade nie je vykonávaná kontrola kombinácie výkonu pre pohlavie).

VÝKONY PATOLOGICKEJ ANATÓMIE:

Upozorňujeme kolegov na zápisnicu o postupe pri akceptácii niektorých výkonov odbornosti patologická anatómia, ktorá je zverejnená na internetovej stránke odbornej spoločnosti Slovenská lekárska spoločnosť. Uvedené zásady začnú byť aplikované od zúčtovacieho obdobia august 2012.

PROGRAM „ZDRAVÉ SRDCE“:

Výkon 4571 ordinovaný v rámci programu Zdravé srdce je potrebné zasielať na SLVZ pracovisko na špeciálnej žiadanke, ktorá sa nachádza v prílohe Dodatku k Zmluve. K výkonu je nutná diagnóza Z02.6.

VYKAZOVANIE CERVIKÁLNEJ CYTOLÓGIE:

Po dohode so Slovenskou spoločnosťou patológov (<http://www.spolocnostpatologov.sk/>) sú od 01.07.2012 pre vykazovanie cervikálnej cytológie akceptované iba výkony 9980;9980A;9980B a to nasledovne:

výkon 9980: 1 x za 1 rok (skrining rakoviny krčka maternice v rámci preventívnej prehliadky, vo veku 23 až 64 rokov, podľa Zákona 577/2004 Z. z.). V prípade negativity 2 cytologických vyšetrení sú nasledujúce skriningové cytologické vyšetrenia uhrádzané v intervale 1 x 36 mesiacov;

výkon 9980A: u žien mladších ako 23 rokov a starších ako 64 rokov je cytologické vyšetrenie steru krčka maternice uhrádzané s frekvenciou 1 x za 1 rok;

výkon 9980B: v prípade pozitívneho výsledku cytologického vyšetrenia je pacientka hodnotená ako dispenzarizovaná a kontrolné cytologické vyšetrenie je uhrádzané s frekvenciou 2 x za 1 rok.

Vykazovaná je konečná diagnóza (klasifikácia Bethesda), ktorú stanoví lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore patologická anatómia s kódmi choroby podľa MHCH 10 nasledovne:

Z01.4;Z12.4;N86;N87.0;N87.1;N87.2;N87.9;N72;N88.9;C53*;C54*;C80;D06.9.

Uvedené kódy sú akceptované 1 x vo vyšetrovanom prípade.

REVÍZIA VÝKONU OSTEODENZITOMETRIE: Pri revidovaní výkonu osteodenzitometrie revízní lekári postupujú podľa týchto platných odborných usmernení:

Odborné usmernenie MZ SR pre diagnostiku a liečbu osteoporózy uverejneného vo Vestníku MZ SR, čiastka 9-16 z 01.03.2006;

Odborné usmernenie MZ SR pre liečbu a diagnostiku glukokortikoidmi indukovanej osteoporózy čiastka 51-53 z 13.11.2009 ročník 57.

Pri úhrade postupujeme (preskripčné, indikačné obmedzenia a frekvencia) striktne v zmysle uvedených citovaných Odborných usmernení.

VYKAZOVANIE VÝKONU 5308 PRI PREVENTÍVNYCH PREHLIADKACH:

Výkon 5308 je potrebné pri preventívnych prehliadkach vykazovať s diagnózou Z01.4 a zároveň dodržiavať zákonom stanovený interval preventívnej gynekologickej prehliadky.

KOMBINÁCIA VYKÁZANIA VÝKONU 5714 S VÝKONMI 5712;5713:

Pri ich súčasnom vykázaní budú u toho istého poistenca akceptované výkony 5712;5713. Výkon 5714 nebude akceptovaný, nakoľko je podľa obsahovej náplne obsiahnutý vo výkonoch 5712;5713.

KOMBINÁCIA VYKÁZANIA VÝKONOV 5766;5765;5769;5770;5771:

Spirometrické vyšetrenia, pred ako aj po aplikácii bronchomotoricky účinnej látky, respektíve definovanej záťaže (ergometria), ktoré sú spravidla realizované postupne v nadväznosti na výsledky predchádzajúceho vyšetrenia, sú na základe svojej obsahovej náplne neoddeliteľnou súčasťou bronchomotorického testu s danou látkou, resp. záťažou.

Uvedené výkony budú pri ich súčasnom vykázaní u toho istého poistenca akceptované nasledovne:

kombinácia 5770 s 5771 = akceptujeme výkon 5771;

kombinácia 5770 s 5766 = akceptujeme výkon 5770;

kombinácia 5766 s 5700 = akceptujeme výkon 5766;

kombinácia 5766 s 5765 = akceptujeme výkon 5766;

kombinácia 5771 s 5766 = akceptujeme výkon 5771;

kombinácia 5769 s 5766 = akceptujeme výkon 5769.

AKCEPTOVANIE VÝKONU 250E:

Výkon 250E (určený pre typ zdravotnej starostlivosti 400 SVLZ) akceptujeme u poistenca v počte 1 x za 1 deň. V prípade viacnásobného odberu bude uhradený výkon 250D, a to do celkového počtu 5 odberov za 1 deň.

KOMBINÁCIA VÝKONOV ECHOKARDIOGRAFIE:

Vzhľadom na obsahovo rovnakú náplň výkonov 614;617 a výkonov 5744;5745;5746;5754 nie je možná ich vzájomná kombinácia.

AKCEPTOVANIE VÝKONU 5300:

Od 01.10.2013 bude výkon 5300 akceptovaný vzhľadom na jeho rozsah v segmente SVLZ v odbornostiach 023;187;303;712.

KOMBINÁCIE VÝKONOV C-REAKTÍVNY PROTEÍN (CRP) (KÓDY

4571;4523;3880;4548) S DIAGNÓZAMI PODĽA MKCH 10 = E*;F*;G*H*;I*;Z*:

a). diagnózy E*= výkony sú povolené iba s diagnózami:

E06.0;E06.1;E06.2;E06.3;E06.4;E06.5;E06.9;E10.5;E10.7;E27.1;E31.0;E32.1;

b). diagnózy F*= pre výkony sú nepovolené všetky F* diagnózy podľa MKCH 10;

c) diagnózy G*= výkony sú povolené iba s diagnózami:

G00.0;G00.1;G00.2;G00.3;G00.8;G00.9;G02.0;G02.1;G02.1;G02.8;G03.0;G03.1;G03.2;
G03.8;G03.9;G04.0;G04.2;G04.8;G04.9;G05.0;G05.1;G05.2;G05.8;G05.8;G06.0;G06.1;
G06.2;G36.0;G36.1;G37.3;G37.4;G58.7;G61.0;G61.1;G61.8;G61.9;G63.0;

d). diagnózy H*= výkony sú povolené iba s diagnózami:

H00.0;H00.1;H01.0;H01.1;H01.8;H01.9;H04.0;H04.1;H04.3;H04.4;H05.5;H05.1;H10.0;
H10.1;H10.2;H10.3;H10.4;H10.5;H10.8;H10.9;H13.1;H15.0;H15.1;H15.8;H16.0;H16.1;
H16.2;H16.3;H16.8;H16.9;H19.0;H19.1;H19.2;H19.2;H19.3;H20.0;H20.1;H20.2;H20.8;
H22.0;H22.1;H22.8;H30.0;H30.1;H30.2;H30.8;H30.9;H32.0;H35.0;H35.1;H35.2;H44.0;
H44.1;H45.1;H46;H48.1;H60.1;H60.2;H60.3;H60.8;H60.9;H61.0;H62.0;H62.1;H62.2;
H62.3;H62.4;H65;H65.0;H65.1;H65.2;H65.3;H65.4;H65.9;H66.0;H66.1;H66.2;H66.3;
H66.4;H66.9;H67.0;H67.1;H67.8;H68.0;H70.0;H70.1;H70.2;H70.8;H70.9;H72.0;H72.1;
H72.2;H72.8;H72.9;H73.0;H73.1;H74.1;H75.0;H83.0;H92.0;H94.0;H94.8;H95.1;H95.8;
H95.1;

e). diagnózy I*= výkony sú povolené iba s diagnózami:

I00;I01.0;I01.1;I01.2;I01.8;I01.9;I09.0;I09.1;I09.2;I30.0;I30.1;I30.8;I30.9;I31.0;I31.1;
I31.3;I32.0;I32.1;I32.8;I33.0;I33.9;I40.0;I40.1;I40.8;I40.9;I41.0;I41.1;I41.2;I41.8;
I51.4;I51.8;I52.0;I52.1;I52.8;I68.1;I68.2;I68.8;I73.1;I77.6;I80.0;I80.1;I80.2;I80.3;
I80.8;I80.9;I88.0;I88.1;I88.8;I88.9;I89.1;

f). diagnózy Z*= výkony sú povolené iba s diagnózou: Z02.6.

VYKAZOVANIE DIAGNÓZY PRI PREDOPERAČNÝCH VYŠETRENIACH:

Dňa 01.09.2013 nadobúda účinnosť zákon číslo 160/2013 Z. z., ktorým sa mení zákon číslo 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Pre zdravotnú starostlivosť poskytnutú od účinnosti uvedeného zákona používajte diagnózy podľa jeho Prílohy číslo 1.

V zmysle tejto legislatívnej zmeny v rámci predoperačného vyšetrenia uvádza lekár na žiadanke pre pracoviská SVLZ kód diagnózy Z51.4 (nie kód diagnózy, pre ktorú sa operácia vykonáva). Pracoviská SVLZ vykazujú zdravotnej poisťovni vyšetrenia indikované v rámci predoperačného vyšetrenia s diagnostickou značkou Z51.4.

Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti vykonávajúci špeciálne preventívne prehliadky a s nimi súvisiace výkony používajú naďalej zmluvne dohodnuté diagnózy Z06;Z17;Z18;K95;K96.

AKCEPTOVANIE VÝKONU 5300:

Od 01.10.2013 bude výkon 5300 akceptovaný vzhľadom na jeho rozsah v segmente zdravotnej starostlivosti SVLZ (typ 400) a tiež v špecializovanej zdravotnej starostlivosti (typ 200) v odbornosti 001.

AKCEPTOVANIE VÝKONOV 5301 A 5300:

V gastroenterologickej ambulancii (odbornosť 048;154) štandardne akceptujeme výkon 5301 (Vyšetrenie jedného orgánu alebo orgánového systému). Výkon 5300 (USG vyšetrenie hornej časti brucha , pečeň, žlčník, žľčové cesty, pankreas, obličky, slezina, retroperitoneálne LU, aorta, prípadne aj chorobne zmenené časti GIT-u a podbruška) bude počínajúc zúčtovacím obdobím apríl 2014 akceptovaný u poistenca s diagnózami R10*;K50*;K51*;R16.2;K30 vo frekvencii 1 x za 12 mesiacov.

10.Ústavná zdravotná starostlivosť

SCHVAĽOVANIE PLÁNOVANEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI:

U poistencov spĺňajúcich kritériá § 9 odsek 2 Zákona o zdravotnom poistení v prípadoch vopred schvaľovanej (plánovanej) zdravotnej starostlivosti vo vzťahu k:

príspevkom požadovaným poistencom (napríklad príspevok u nezmluvného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti);
in vitro fertilizácii (vrátane liekov);
kúpeľnej starostlivosti;
liekom a zdravotníckym pomôckam (§ 42 zákona číslo 577/2004 Z. z.);
mimoriadnemu dovozu lieku a zdravotníckej pomôcky;
zahraničnej liečbe (plánovaná ústavná starostlivosť s výnimkou transplantácií orgánov nevykonávaných na území Slovenskej republiky, refundácie inej ako neodkladnej zdravotnej starostlivosti);
plánovaným hospitalizáciám (hospiCom);

návrh/žiadosť o úhradu neschválime. Vo vzťahu k situáciám, kde nie je možné vylúčiť nebezpečenstvo z premeškania pristupujeme prísne individuálne.

NEODKLADNÁ ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ:

Pre prípady podľa § 79a zákona číslo 578/2004 Z. z. v platnom znení (povinnosť poskytovateľa vyžiadať si od zdravotnej poisťovne potvrdenie skutočnosti, či ide o neodkladnú zdravotnú starostlivosť pri poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti zmluvným poskytovateľom osobe, ktorá je uvedená v zozname dlžníkov alebo nezmluvným poskytovateľom) je k dispozícii formulár dostupný prostredníctvom internetovej stránky www.dovera.sk (v sekcii s názvom Som lekár).

Vyplnený formulár odošlete do zdravotnej poisťovne, odkiaľ v zákonnej lehote dostanete odpoveď. Úhrada potvrdenej neodkladnej zdravotnej starostlivosti v týchto prípadoch sa uskutoční maximálne v rozsahu potvrdenom zdravotnou poisťovňou.

NOVÉ KÓDY OSOBITNE HRADENÝCH VÝKONOV:

Dňa 01.07.2013 nadobudol účinnosť dodatok k zmluve s novými kódmi osobitne hradených výkonov (OHV). Výkony OHV, ktoré budú našim poistencom poskytnuté od uvedeného dátumu je potrebné vykazovať s ich novými kódmi.

VYKAZOVANIE LIEKOV NAKUPOVANÝCH CENTRÁLNYM NÁKUPOM:

V prípade vykázania liekov, ktoré zabezpečujeme prostredníctvom centrálného nákupu uvádzajte

a). podľa platného dátového rozhrania dávky 753N v položke:

Typ poistenca = písmeno „P“;

Pripočítateľná položka = kód lieku (v tom istom riadku ako príslušný výkon);

Množstvo = celým číslom počet podaných základných vykazovacích jednotiek (ZVJ);
Cena = vždy hodnotu 0,00 Eur.

b) . podľa platného dátového rozhrania dávky 774N;274N v položke:

Pripočítateľná položka = kód lieku (v samostatnom riadku, nie v tom istom riadku ako začatie/ukončenie hospitalizácie);
Množstvo = celým číslom počet podaných základných vykazovacích jednotiek;
Cena = vždy hodnotu 0,00 Eur;
Typ hospitalizácie = písmeno „C“.

Pri pokračovaní v liečbe je potrebné pre poistenca dovykazovať lieky z predchádzajúcich schválených Rozhodnutí.

11.Stacionár

INDIKAČNÉ OBMEDZENIA PRI PREDPISĚ LIEKOV:

Od mesiaca február 2011 sústredíme pozornosť aj na kontrolu dodržiavania indikačných obmedzení pri predpisovaní liekov pre našich poistencov. Tieto kontroly budú prebiehať internými revíziami v informačnom systéme a súčasne externými revíziami priamo v zdravotnej dokumentácii pacientov.

SCHVAĽOVANIE ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI:

U poistencov spĺňajúcich kritériá § 9 odsek 2 Zákona o zdravotnom poistení v prípadoch vopred schvaľovanej (plánovanej) zdravotnej starostlivosti vo vzťahu k:

príspevkom požadovaným poistencom (napríklad príspevok u nezmluvného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti);
in vitro fertilizácii (vrátane liekov);
kúpeľnej starostlivosti;
liekom a zdravotníckym pomôckam (§ 42 zákona číslo 577/2004 Z. z.);
mimoriadnemu dovozu lieku a zdravotníckej pomôcky;
zahraničnej liečbe (plánovaná ústavná starostlivosť s výnimkou transplantácií orgánov nevykonávaných na území Slovenskej republiky, refundácie inej ako neodkladnej zdravotnej starostlivosti);

plánovaným hospitalizáciám (hospiCom);

návrh/žiadosť o úhradu neschválime. Vo vzťahu k situáciám, kde nie je možné vylúčiť nebezpečenstvo z premeškania, pristupujeme prísne individuálne.

NEODKLADNÁ ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ:

Pre prípady podľa § 79a zákona číslo 578/2004 Z. z. v platnom znení (povinnosť poskytovateľa vyžiadať si od zdravotnej poisťovne potvrdenie skutočnosti, či ide o neodkladnú zdravotnú starostlivosť pri poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti zmluvným poskytovateľom osobe, ktorá je uvedená v zozname dlžníkov alebo nezmluvným poskytovateľom) je k dispozícii formulár dostupný prostredníctvom internetovej stránky www.dovera.sk (v sekcii s názvom Som lekár).

Vyplnený formulár odošlete do zdravotnej poisťovne, odkiaľ v zákonnej lehote dostanete odpoveď. Úhrada potvrdenej neodkladnej zdravotnej starostlivosti v týchto prípadoch sa uskutoční maximálne v rozsahu potvrdenom zdravotnou poisťovňou.

12.Kúpeľná starostlivosť

AKCEPTOVANIE VÝKONU 60:

Vykázanie výkonu 60 akceptujeme v zmysle pravidla uvedeného v Zozname zdravotných výkonov (Nariadenie vlády Slovenskej republiky číslo 226/2005 Z. z.): „Viacnásobné vykazovanie výkonu pri tom istom pacientovi a pri tom istom ochorení nie je prípustné“. Týmto postupom nie je porušené právo poskytovateľa na postup v zmysle bodu 5. 12. Všeobecných zmluvných podmienok.

VYKAZOVANIE VÝKONOV FYZIATRICKO-BALNEOLOGICKO-REHABILITAČNEJ LIEČBY (FBRL):

Na základe rokovania s odbornými zástupcami Zdravity, Slovenskej lekárskej komory (SLK) a Asociácie nemocníc Slovenska pre odbornosť FBRL bol dohodnutý konsenzus vo veci vykazovania výkonov tejto odbornosti. Uvedené nastavenia platia pre výkony vykonané s platnosťou od 01.01.2011 vrátane a pre charakter dávky Nová.

AKCEPTOVANIE VÝKONOV 1 A 4A:

Oba uvedené výkony budú akceptované len v prípade ich samostatného vykázania.

INDIKAČNÉ OBMEDZENIA PRI PREDPÍSE LIEKOV:

Od mesiaca február 2011 sústredíme pozornosť aj na kontrolu dodržiavania indikačných obmedzení pri predpisovaní liekov pre našich poistencov. Tieto kontroly budú prebiehať internými revíziami v informačnom systéme a súčasne externými revíziami priamo v zdravotnej dokumentácii pacientov.

SCHVAĽOVANIE PLÁNOVANEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI:

U poistencov spĺňajúcich kritériá § 9 odsek 2 Zákona o zdravotnom poistení v prípadoch vopred schvaľovanej (plánovanej) zdravotnej starostlivosti vo vzťahu k:

- príspevkom požadovaným poistencom (napríklad príspevok u nezmluvného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti);
- in vitro fertilizácii (vrátane liekov);
- kúpeľnej starostlivosti;
- liekom a zdravotníckym pomôckam (§ 42 zákona číslo 577/2004 Z. z.);
- mimoriadnemu dovozu lieku a zdravotníckej pomôcky;
- zahraničnej liečbe (plánovaná ústavná starostlivosť s výnimkou transplantácií orgánov nevykonávaných na území Slovenskej republiky, refundácie inej ako neodkladnej zdravotnej starostlivosti);
- plánovaným hospitalizáciami (hospiCom);

návrh/žiadosť o úhradu neschválime. Vo vzťahu k situáciám, kde nie je možné vylúčiť nebezpečenstvo z premeškania, pristupujeme prísne individuálne.

VYKAZOVANIE POSKYTNUTEJ KÚPEĽNEJ STAROSTLIVOSTI:

Poskytnutú kúpeľnú starostlivosť je potrebné vykazovať v dvoch samostatných dávkach, osobitne za kúpeľnú starostlivosť poskytovanú pri indikáciách zaradených podľa Indikačného zoznamu v skupine „A“ a osobitne za kúpeľnú starostlivosť poskytovanú pri indikáciách zaradených podľa Indikačného zoznamu v skupine „B“.

Z dôvodu bezproblémového spracovania faktúr Vás žiadame o zasielanie zoznamu pacientov, ktorí ukončili kúpeľnú liečbu predčasne spolu s mesačnou dávkou na adresu: P.O.BOX 20A, Cintorínska 5, 949 01 Nitra. Zoznam môžete zaslať aj elektronicky, prostredníctvom služby Elektronická pobočka (registrácia na www.dovera.sk).

NEODKLADNÁ ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ:

Pre prípady podľa § 79a zákona číslo 578/2004 Z. z. v platnom znení (povinnosť poskytovateľa vyžiadať si od zdravotnej poisťovne potvrdenie skutočnosti, či ide o neodkladnú zdravotnú starostlivosť pri poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti

zmluvným poskytovateľom osobe, ktorá je uvedená v zozname dlžníkov alebo nezmluvným poskytovateľom) je k dispozícii formulár dostupný prostredníctvom internetovej stránky www.dovera.sk (v sekcii s názvom Som lekár).

Vyplnený formulár odošlete do zdravotnej poisťovne, odkiaľ v zákonnej lehote dostanete odpoveď. Úhrada potvrdenej neodkladnej zdravotnej starostlivosti v týchto prípadoch sa uskutoční maximálne v rozsahu potvrdenom zdravotnou poisťovňou.

NOVÁ INFORMÁCIA

SCHVAĽOVANIE DĹŽKY POBYTU:

Dovoľujeme si Vám oznámiť, že od 01. 10. 2014 budeme pre návrhy na kúpeľnú liečbu v indikáciách XX – XXX v zmysle prílohy č. 6 k zákonu 577/2004 Z. z. v platnom znení štandardne schvaľovať dĺžku pobytu 21 dní.

13.Lekáreň; Očná optika; Vydajňa zdravotníckych pomôcok

INDIKAČNÉ OBMEDZENIA PRI PREDPISIE LIEKOV:

Od mesiaca február 2011 sústredíme pozornosť aj na kontrolu dodržiavania indikačných obmedzení pri predpisovaní liekov pre našich poistencov. Tieto kontroly budú prebiehať internými revíziami v informačnom systéme a súčasne externými revíziami priamo v zdravotnej dokumentácii pacientov.

SPÔSOB ÚHRADY LIEKOV:

Od mesiaca december 2011 sa mení spôsob úhrady niektorých liekov. Lieky so spôsobom úhrady „V“ alebo „VS“ sú zaradené do osobitného spôsobu úhrady. Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti ich budú účtovať ako pripočítateľnú položku k úhrade výkonu v zmysle zákona číslo 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady.

NEODKLADNÁ ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ:

Pre prípady podľa § 79a zákona číslo 578/2004 Z. z. v platnom znení (povinnosť poskytovateľa vyžiadať si od zdravotnej poisťovne potvrdenie skutočnosti, či ide o neodkladnú zdravotnú starostlivosť pri poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti zmluvným poskytovateľom osobe, ktorá je uvedená v zozname dlžníkov alebo nezmluvným poskytovateľom) je k dispozícii formulár dostupný prostredníctvom internetovej stránky www.dovera.sk (v sekcii s názvom Som lekár).

Vyplnený formulár odošlete do zdravotnej poisťovne, odkiaľ v zákonnej lehote dostanete odpoveď. Úhrada potvrdenej neodkladnej zdravotnej starostlivosti sa v týchto prípadoch uskutoční maximálne v rozsahu potvrdenom zdravotnou poisťovňou.

ÚHRADA VAKCÍN:

Podľa novely zákona číslo 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov na základe verejného zdravotného poistenia sa od 01.01.2013 mení spôsob úhrady vakcín z pripočítateľnej položky k výkonu opäť na predpisovanie na lekársky predpis.

Vzhľadom na uvedené uhradíme:

v zúčtovacích obdobiach do 31.12.2012 vakcíny vykázané ako pripočítateľné položky k výkonom ambulancie;

v zúčtovacích obdobiach po 01.01.2013 len vakcíny predpísané na lekárskom predpise.

VÝSKYT FALOŠNÝCH LEKÁRSKYCH PREDPISOV:

Dovoľujeme si Vás informovať o zvýšenom výskyte falošných lekárskeho predpisov na nasledovné lieky:

57363 Aggrenox 200/25 mg;
90126 Azilect;
14814 FRAGMIN 2500 IU;
14817 FRAGMIN 5000 IU;
14832 FRAGMIN 12500 IU;
39028; 39030 JANUVIA 100MG;
40926 LYRICA 56x75MG;
45958 SERETIDE DISKUS 50/500;
45959 SERETIDE DISKUS 50/500;
42805; 42797; 42793 VESICARE,

ktoré sú uvedené aj v zozname nedostatkových liekov na stránke Slovenskej lekárskej komory.

Lieky boli predpisované a realizované neznámymi osobami bez vedomia pacientov na celom území Slovenskej republiky. Zároveň odporúčame zvýšenie pozornosti pri výdaji týchto liekov.

V prípade vzniku škody nezanedbateľného rozsahu sme ochotní spolupracovať pri podaní oznámenia orgánom činným v trestnom konaní.

14. Dopravná zdravotná služba

SCHVAĽOVANIE PLÁNOVANEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI:

U poistencov spĺňajúcich kritériá § 9 odsek 2 Zákona o zdravotnom poistení v prípadoch vopred schvaľovanej (plánovanej) zdravotnej starostlivosti vo vzťahu k:

- príspevkom požadovaným poistencom (napríklad príspevok u nezmluvného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti);
- in vitro fertilizácii (vrátane liekov);
- kúpeľnej starostlivosti;
- liekom a zdravotníckym pomôckam (§ 42 zákona číslo 577/2004 Z. z.);
- mimoriadnemu dovozu lieku a zdravotníckej pomôcky;
- zahraničnej liečbe (plánovaná ústavná starostlivosť s výnimkou transplantácií orgánov nevykonávaných na území Slovenskej republiky, refundácie inej ako neodkladnej zdravotnej starostlivosti);
- plánovaným hospitalizáciami (hospiCom);

návrh/žiadosť o úhradu neschválime. Vo vzťahu k situáciám, kde nie je možné vylúčiť nebezpečenstvo z premeškania, pristupujeme prísne individuálne.

NEODKLADNÁ ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ:

Pre prípady podľa § 79a zákona číslo 578/2004 Z. z. v platnom znení (povinnosť poskytovateľa vyžiadať si od zdravotnej poisťovne potvrdenie skutočnosti, či ide o neodkladnú zdravotnú starostlivosť pri poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti zmluvným poskytovateľom osobe, ktorá je uvedená v zozname dlžníkov alebo nezmluvným poskytovateľom) je k dispozícii formulár dostupný prostredníctvom internetovej stránky www.dovera.sk (v sekcii s názvom Som lekár).

Vyplnený formulár odošlete do zdravotnej poisťovne, odkiaľ v zákonnej lehote dostanete odpoveď. Úhrada potvrdenej neodkladnej zdravotnej starostlivosti sa v týchto prípadoch uskutoční maximálne v rozsahu potvrdenom zdravotnou poisťovňou.