

Vestník
Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky

Čiastka 48 -

Dňa 16.septembra 2005

Ročník 53

O B S A H:

Normatívna časť:

80. Metodický pokyn číslo 22575 z 22. 8. 2005 pre zber indikátorov kvality na hodnotenie poskytovania zdravotnej starostlivosti
81. Rozhodnutie o zmene zriaďovacej listiny Operačného strediska záchranej zdravotnej služby Slovenskej republiky , č. 20924–2/2005-SP z 25. 7. 2005
82. Rozhodnutie o zrušení štátnej príspevkovej organizácie Psychiatrickej liečebne Sokolovce, č. 19219-3/2005-SP z 26. 7. 2005
83. Rozhodnutie o zmene zriaďovacej listiny Fakultnej nemocnice Trnava, č. 19219-8/2005-SP z 10. 8. 2005
84. Výnos Ministerstva zdravotníctva SR č. 22040/2005-SL z 5. 9. 2005 o podrobnostiach o mesačnom prerozdeľovaní preddavkov na poistné na verejné zdravotné poistenie a o ročnom prerozdeľovaní poistného na verejné zdravotné poistenie

Oznamovacia časť:

Oznámenie o strate pečiatky

Oznámenie o osobitnom vydaní v mesiaci september 2005

OZNAMOVACIA ČASŤ

Straty pečiatok

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky oznamuje, že zdravotníckym zariadeniam boli odcudzené (stratené) pečiatky, ktorých zoznam je uvedený v prílohe tohto oznámenia. Pri zneužití týchto pečiatok na vystavenie lekárskeho predpisu a iných dokumentov, ktoré sú súčasťou zdravotnej dokumentácie, alebo pri falšovaní verejnej listiny touto pečaťou, treba túto skutočnosť okamžite oznámiť policajným orgánom, príslušnému lekárovi samosprávneho kraja a ministerstvu zdravotníctva. Po dátume, ktorý je uvedený ako predpokladaný termín odcudzenia alebo straty je pečať neplatná.

Príloha k oznámeniu Zoznam neplatných pečiatok

1. Text pečiatky:	ZMLUVNÝ LEKÁR POLIKLINIKA HNÚŠŤA	29-1010-10120 MUDr. MIGALĽA Július praktický lekár pre dospelých
-------------------	---	--

Pečať bola odcudzená 20. 7. 2005.

OZNÁMENIE

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky oznamuje uverejnenie – osobitných vydaní v mesiaci **september** 2005:

- 1) Výnos Ministerstva pôdohospodárstva Slovenskej republiky a Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 21. októbra 2004 č. 2657/2004-100, ktorým sa vydáva hlava Potravinového kódexu Slovenskej republiky upravujúca jedlé obilie
- 2) Výnos Ministerstva pôdohospodárstva Slovenskej republiky a Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky zo 14. februára 2005 č. 1752/2004-100, ktorým sa vydáva hlava Potravinového kódexu Slovenskej republiky upravujúca vajcia, majonézy a majonézové výrobky

Metodický pokyn číslo 22575 zo dňa 22. 8. 2005 pre zber indikátorov kvality na hodnotenie poskytovania zdravotnej starostlivosti

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 7 ods. 8 zákona č. 581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov vydáva tento metodický pokyn

Čl. I

- (1) Špecifikácia jednotlivých indikátorov kvality obsahuje:
- a) označenie druhu poskytovateľa, ktorý bude indikátorom hodnotený,
 - b) označenie oblasti zdravotnej starostlivosti, na hodnotenie ktorej indikátor slúži,
 - c) názov indikátora,
 - d) popis indikátora,
 - e) formát údajov,
 - f) metodiku spôsobu získania výslednej hodnoty indikátora:
 - f.1. výpočet indikátora $I = C/M$, čitateľ (C) - počet vybraných pacientov, vyšetrení, výkonov, vybraných liekov alebo zrušených elektívnych operácií pri vybraných diagnózach v sledovanom období, menovateľ (M) - počet všetkých pacientov, vyšetrení, výkonov, liekov a vykonaných elektívnych operácií pri vybraných diagnózach v sledovanom období,
 - f.2. údaj o štandardizácii podľa veku, pohlavia alebo bez štandardizácie
 - f.3. definíciu vyšetrenia
 - g) formu prezentácie indikátora:
 - g.1. prezentácia podľa jednotlivých poskytovateľov s možnosťou výberu podľa základných triediacich kritérií (samosprávny kraj, okres, miesto, činnosti, názov poskytovateľa, odbornosť poskytovateľa, dosiahnutá úroveň starostlivosti v poslednom sledovanom období),
 - g.2. prezentácia podľa jednotlivých regiónov: porovnanie úrovne starostlivosti v jednotlivých samosprávnych krajoch a SR formou grafu,
 - g.3. časový vývoj indikátora – porovnanie stredných hodnôt indikátora za SR v jednotlivých štvrtrokoch,
 - h) formu interpretácie indikátora
 - h.1. Štandardná úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa (I) za poskytovateľa je v intervale, stredná hodnota (SH) ukazovateľa za SR \pm štandardná odchýlka (ŠO)
 $(SH - \text{ŠO}) < I < (SH + \text{ŠO})$
 - h.2. Nízka úroveň starostlivosti : ak hodnota ukazovateľa za poskytovateľa je nižšia, ako stredná hodnota ukazovateľa za SR znížená o štandardnú odchýlku
 $I < (SH - \text{ŠO})$
 - h.1. Vysoká úroveň starostlivosti : ak hodnota ukazovateľa za poskytovateľa je vyššia, ako stredná hodnota ukazovateľa za SR zvýšená o štandardnú odchýlku.

I> (SH – ŠO)

(2) Vnímanie starostlivosti poskytovanej pacientom sa hodnotí podľa typu poskytovateľa odlišným spôsobom:

- a) u poskytovateľa všeobecnej a špecializovanej ambulantnej starostlivosti sa hodnotí priemerný čas trvania ambulantného lekárskeho vyšetrenia podľa jednotlivých odborov,
- b) u poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti sa získava hodnotenie poskytovateľa od pacientov pomocou výsledkov reprezentatívneho prieskumu subjektívneho hodnotenia pacientom, ktoré pokrýva minimálne hodnotenie:
 - b.1. celkovej spokojnosti so starostlivosťou personálu,
 - b.2. kvality ubytovania a stravy,
 - b.3. spokojnosti so zdravotnou starostlivosťou (subjektívny pocit o úspešnosti liečby), pričom tieto údaje bude zbierať každá zdravotná poisťovňa samostatne podľa vlastnej metodiky.

(3) Metodika zberu indikátorov kvality je uvedená v prílohe č. 1.

Čl. II

(1) Povinnosť zberu dát od poskytovateľov za rok 2005 sa týka 2., 3. a 4. štvrťroka 2005 a vyplýva z nariadenia vlády SR č. 752/2004 Z.z., ktorým sa vydávajú indikátory kvality na hodnotenie poskytovania zdravotnej starostlivosti.

(2) Zdravotné poisťovne sú povinné zbierať dáta v jednotnej forme, ktorá bola schválená zdravotnými poisťovňami a Ministerstvom zdravotníctva SR. Údaje v jednotnom formáte sú poskytovatelia zdravotnej starostlivosti povinní odoslať elektronicky raz štvrťročne so spätnou platnosťou.

(3) V zmysle nariadenia vlády č. 752/2004 Z.z. jednotný formát zberu dát sa týka troch oblastí:

- a) špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti,
- b) ústavnej zdravotnej starostlivosti,
- c) všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti

(4) Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti vykazujú požadované údaje pre výpočet indikátorov kvality elektronicky, v štruktúre uvedenej v prílohe č. 2 jednorazovo, ako textový súbor podľa prílohy č.2, ukončený znakom „|“ bez medzier.

(5) Pre poskytovateľov špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti, ústavnej zdravotnej starostlivosti a všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti sú v prílohe č. 2 uvedené tabuľky, na základe ktorých poskytovatelia zbierajú dáta tých indikátorov kvality, ktoré v dávkach doteraz nevykazovali.

(6) V textovom súbore sa podľa tabuliek v prílohe č.2 vykazuje kód dávky, kód poisťovne, kód pobočky, IČO poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, kód poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, kód ambulancie, kód lekára, obdobie a údaje potrebné pre výpočet sledovaných indikátorov, ktoré sa z doteraz vykazovaných dávok nedajú získať.

(7) Jednotný formulár pre zber dát v textovej forme s príslušnými prílohami v elektronickej forme rozošlú poskytovateľom pobočky zdravotných poisťovní, s ktorými má poskytovateľ uzavretú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Čl. III

Tento metodický pokyn nadobúda účinnosť 15. septembra 2005.

Rudolf Zajac, v.r.
minister

A. Poskytovateľ, ktorý poskytuje špecializovanú ambulantnú starostlivosť

A.1. Dostupnosť

A.1.1. Doba čakania na vyšetrenie

Popis indikátora: Pomer počtu pacientov ambulantne vyšetrených špecialistom do 21 dní odo dňa objednania u špecialistu ku všetkým ambulantne vyšetreným pacientom

Formát údajov:

nová dávka 901, položky A11_C, A11_M (Príloha 2)

Metodika spôsobu získania výslednej hodnoty indikátora:

Výpočet indikátora (I):

Čitateľ (C): Počet ambulantných vyšetrení, ktoré boli vykonané v sledovanom období do 21 dní odo dňa objednania

Menovateľ (M): Počet všetkých ambulantných vyšetrení v sledovanom období

$$I = C/M$$

Doporučená standardizácia: bez štandardizácie

Definícia vyšetrenia:

Za jedno vyšetrenie (ošetrenie) sa považuje súbor všetkých úkonov vykonaných lekárom alebo sestrou (asistentom a pod.) podľa pokynov pri jednej návšteve pacienta v útvere, alebo v priebehu jednej návštevy u pacienta.

(počet vyšetrení = počet unikátnych rodných čísel v danom dni)

Forma prezentácie indikátora:

Prezentácia podľa jednotlivých poskytovateľov: forma zoznamu s možnosťou výberu podľa základných triediacich kritérií (samosprávny kraj, okres miesta činnosti, názov poskytovateľa, odbornosť poskytovateľa, dosiahnutá úroveň starostlivosti v poslednom sledovanom období).

Prezentácia podľa jednotlivých regiónov (samosprávnych krajov): porovnanie úrovne starostlivosti v jednotlivých samosprávnych krajoch a SR

Časový vývoj indikátora: porovnanie stredných hodnôt indikátora za SR v jednotlivých štvrtrokoch

Forma interpretácie indikátora:

Štandardná úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa (I) za poskytovateľa je v intervale stredná hodnota (SH) ukazovateľa za SR \pm štandardná odchýlka (ŠO)

$$(SH - ŠO) < I < (SH + ŠO)$$

Nízka úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa za poskytovateľa je nižšia, ako stredná hodnota ukazovateľa za SR znížená o štandardnú odchýlku

$$I < (SH - ŠO)$$

Vysoká úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa za poskytovateľa je vyššia, ako stredná hodnota ukazovateľa za SR zvýšená o štandardnú odchýlku

$$I > (SH + ŠO)$$

A.2. Efektívnosť využitia zdrojov

A.2.1. Predpisovanie generických liekov

Popis indikátora: Percentuálny pomer predpísaných generických liekov ku všetkým predpísaným liekom (počty balení)

Formát údajov:

z údajov, ktoré má ZP k dispozícii

Metodika spôsobu získania výslednej hodnoty indikátora:

Výpočet indikátora (I):

Čitateľ (C): Počet balení generík, ktoré predpísal poskytovateľ

Menovateľ (M): Počet všetkých balení liekov, ktoré predpísal poskytovateľ

$$I = C/M \cdot 100$$

Do menovateľa nezapočítavať tie lieky, ktoré ešte nemajú generiká.

Doporučená štandardizácia: štandardizovať podľa veku a pohlavia pacienta

Forma prezentácie indikátora:

Prezentácia podľa jednotlivých poskytovateľov: forma zoznamu s možnosťou výberu podľa základných triediacich kritérií (samosprávny kraj, okres miesta činnosti, názov poskytovateľa, odbornosť poskytovateľa, dosiahnutá úroveň starostlivosti v poslednom sledovanom období).

Prezentácia podľa jednotlivých regiónov (samosprávnych krajov): porovnanie úrovne starostlivosti podľa odbornosti poskytovateľov v jednotlivých samosprávnych krajoch a SR formou grafov

Časový vývoj indikátora: porovnanie stredných hodnôt indikátora za SR v jednotlivých štvrtrokoch

Forma interpretácie indikátora:

Štandardná úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa (I) za poskytovateľa je v intervale stredná hodnota (SH) ukazovateľa za SR \pm štandardná odchýlka (ŠO)

$$(SH - \text{ŠO}) < I < (SH + \text{ŠO})$$

Nízka úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa za poskytovateľa je nižšia, ako stredná hodnota ukazovateľa za SR znížená o štandardnú odchýlku

$$I < (SH - \text{ŠO})$$

Vysoká úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa za poskytovateľa je vyššia, ako stredná hodnota ukazovateľa za SR zvýšená o štandardnú odchýlku

$$I > (SH + \text{ŠO})$$

Poznámky:

1. MZ SR dodá zdravotným poisťovniam jednotný zoznam originálnych liekov a k nim prislúchajúcich generík.

A.3. Účinnosť a primeranosť zdravotnej starostlivosti

A.3.1. Skrining rakoviny krčka maternice

Popis indikátora: Pomer počtu pacientok, u ktorých bol vykonaný skrining krčka maternice, k počtu všetkých pacientok v starostlivosti lekára, u ktorých bolo takéto vyšetrenie indikované

Formát údajov:

z údajov, ktoré má ZP k dispozícii

Metodika spôsobu získania výslednej hodnoty indikátora:

Výpočet indikátora (I):

Čitateľ (C): Počet pacientok s vykonaným skriningom krčka maternice

- výkon 157 pri Dg Z00, Z01.4 a Z12.4

Menovateľ (M): Počet pacientok v starostlivosti lekára (kapitovaných), pre ktoré je toto vyšetrenie indikované zo zákona

- zarátat' len pacientky vo veku 18 a viac rokov

$$I = C/M$$

Doporučená standardizácia: bez standardizácie

Forma prezentácie indikátora:

Prezentácia podľa jednotlivých poskytovateľov: len gynekológovia; forma zoznamu s možnosťou výberu podľa základných triediacich kritérií (samosprávny kraj, okres miesta činnosti, názov poskytovateľa, dosiahnutá úroveň starostlivosti v poslednom sledovanom období).

Prezentácia podľa jednotlivých regiónov (samosprávnych krajov): porovnanie úrovne starostlivosti poskytovateľov v jednotlivých samosprávnych krajoch a SR formou grafov

Časový vývoj indikátora: porovnanie stredných hodnôt indikátora za SR v jednotlivých štvrt'rokoch

Forma interpretácie indikátora:

Štandardná úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa (I) za poskytovateľa je v intervale stredná hodnota (SH) ukazovateľa za SR \pm štandardná odchýlka (ŠO)

$$(SH - ŠO) < I < (SH + ŠO)$$

Nízka úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa za poskytovateľa je nižšia, ako stredná hodnota ukazovateľa za SR znížená o štandardnú odchýlku

$$I < (SH - ŠO)$$

Vysoká úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa za poskytovateľa je vyššia, ako stredná hodnota ukazovateľa za SR zvýšená o štandardnú odchýlku

$$I > (SH + ŠO)$$

A.4. Vnímanie starostlivosti pacientom

A.4.1. Priemerný čas trvania ambulantného vyšetrenia

Popis indikátora: Priemerný čas trvania lekárskeho vyšetrenia podľa jednotlivých odborov

Formát údajov:

nová dávka 901, položky A41_C, A41_M (Príloha 2)

Metodika spôsobu získania výslednej hodnoty indikátora:

Výpočet indikátora (I):

Čitateľ (C): Počet ordinačných hodín lekára príslušnej odbornosti v sledovanom období znížený o dovolenku, PN ..., ak ju lekár čerpal v sledovanom období

Menovateľ (M): Počet všetkých ambulantných vyšetrení lekára príslušnej odbornosti (bez ohľadu na poisťovňu pacienta)

$$I = C/M$$

Doporučená štandardizácia: bez štandardizácie

Definícia vyšetrenia:

Za jedno vyšetrenie (ošetrenie) sa považuje súbor všetkých úkonov vykonaných lekárom alebo sestrou (asistentom a pod.) podľa pokynov pri jednej návšteve pacienta v útvere, alebo v priebehu jednej návštevy u pacienta.

(počet vyšetrení = počet unikátnych rodných čísel v danom dni)

Forma prezentácie indikátora:

Prezentácia podľa jednotlivých poskytovateľov: forma zoznamu s možnosťou výberu podľa základných triediacich kritérií (samosprávny kraj, okres miesta činnosti, názov poskytovateľa, odbornosť poskytovateľa, dosiahnutá úroveň starostlivosti v poslednom sledovanom období).

Prezentácia podľa jednotlivých regiónov (samosprávnych krajov): porovnanie úrovne starostlivosti podľa odbornosti poskytovateľov v jednotlivých samosprávnych krajoch a SR formou grafov

Časový vývoj indikátora: porovnanie stredných hodnôt indikátora za SR v jednotlivých štvrtrokoch

Forma interpretácie indikátora:

Štandardná úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa (I) za poskytovateľa je v intervale stredná hodnota (SH) ukazovateľa za SR \pm štandardná odchýlka (ŠO)

$$(SH - ŠO) < I < (SH + ŠO)$$

Nízka úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa za poskytovateľa je nižšia, ako stredná hodnota ukazovateľa za SR znížená o štandardnú odchýlku

$$I < (SH - ŠO)$$

Vysoká úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa za poskytovateľa je vyššia, ako stredná hodnota ukazovateľa za SR zvýšená o štandardnú odchýlku

$$I > (SH + ŠO)$$

Poznámky:

Výsledky tohto indikátora sú zhodné pre všetky poisťovne.

A.5. Výsledky zdravotnej starostlivosti

A.5.1. Zubný kaz, chýbajúce zuby alebo zuby s výplňou u 12 ročných

Popis indikátora: Priemerný počet zubov chýbajúcich, vyplnených alebo postihnutých zubným kazom u 12 ročných poistencov

Formát údajov:

nová dávka 901, položky A51_C, A51_M (Príloha 2)

Metodika spôsobu získania výslednej hodnoty indikátora:

Výpočet indikátora (I):

Čitateľ (C): Počet zubov chýbajúcich, vyplnených, pokazených u 12-ročných poistencov

Menovateľ (M): Počet 12-ročných poistencov v starostlivosti lekára (kapitovaných)

$$I = C/M$$

Doporučená štandardizácia: bez štandardizácie

Forma prezentácie indikátora:

Prezentácia podľa jednotlivých poskytovateľov: len stomatológovia; forma zoznamu s možnosťou výberu podľa základných triediacich kritérií (samosprávny kraj, okres miesta činnosti, názov poskytovateľa, dosiahnutá úroveň starostlivosti v poslednom sledovanom období).

Prezentácia podľa jednotlivých regiónov (samosprávnych krajov): porovnanie úrovne poskytovateľov v jednotlivých samosprávnych krajoch a SR formou grafov

Časový vývoj indikátora: porovnanie stredných hodnôt indikátora za SR v jednotlivých štvrtrokoch

Forma interpretácie indikátora:

Štandardná úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa (I) za poskytovateľa je v intervale stredná hodnota (SH) ukazovateľa za SR \pm štandardná odchýlka (ŠO)

$$(SH - ŠO) < I < (SH + ŠO)$$

Nízka úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa za poskytovateľa je vyššia, ako stredná hodnota ukazovateľa za SR zvýšená o štandardnú odchýlku

$$I > (SH + ŠO)$$

Vysoká úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa za poskytovateľa je nižšia, ako stredná hodnota ukazovateľa za SR znížená o štandardnú odchýlku

$$I < (SH - ŠO)$$

B. Poskytovateľ, ktorý poskytuje ústavnú zdravotnú starostlivosť

B.1. Dostupnosť

B.1.1. Doba čakania na hospitalizáciu

Popis indikátora: Pomer počtu pacientov so sledovanou chorobou čakajúcich na hospitalizáciu viac ako 1 mesiac od kontaktu poskytovateľa ku všetkým hospitalizovaným pacientom so sledovanou chorobou

Formát údajov:

nová dávka 902, položky B11_C, B11_M (Príloha 2)

Metodika spôsobu získania výslednej hodnoty indikátora:

Výpočet indikátora (I):

Čitateľ (C): Počet pacientov čakajúcich na hospitalizáciu pre implantáciu TEP bedrového kĺbu viac ako 1 mesiac od kontaktu s poskytovateľom

Menovateľ (M): Počet všetkých hospitalizovaných pacientov za účelom implantácie TEP bedrového kĺbu na objednávku (Dg. M16, M05, M06, M08, M09, M45, M87 vrátane všetkých štvormiestnych podpoložiek)

$$I = C/M$$

Doporučená štandardizácia: bez štandardizácie

Forma prezentácie indikátora:

Prezentácia podľa jednotlivých poskytovateľov: forma zoznamu s možnosťou výberu podľa základných triediacich kritérií (samosprávny kraj, okres miesta činnosti, názov poskytovateľa, dosiahnutá úroveň starostlivosti v poslednom sledovanom období).

Prezentácia podľa jednotlivých regiónov (samosprávnych krajov): porovnanie úrovne starostlivosti v jednotlivých samosprávnych krajoch a SR

Časový vývoj indikátora: porovnanie stredných hodnôt indikátora za SR v jednotlivých štvrtrokoch

Forma interpretácie indikátora:

Štandardná úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa (I) za poskytovateľa je v intervale stredná hodnota (SH) ukazovateľa za SR \pm štandardná odchýlka (ŠO)

$$(SH - ŠO) < I < (SH + ŠO)$$

Nízka úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa za poskytovateľa je vyššia, ako stredná hodnota ukazovateľa za SR zvýšená o štandardnú odchýlku

$$I > (SH + ŠO)$$

Vysoká úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa za poskytovateľa je nižšia, ako stredná hodnota ukazovateľa za SR znížená o štandardnú odchýlku

$$I < (SH - ŠO)$$

B.2. Efektívnosť využitia zdrojov

B.2.1. Denná liečba

Popis indikátora: Pomer počtu pacientov so sledovanou chorobou, ktorým bola poskytnutá starostlivosť formou jednodňovej ambulantnej starostlivosti, k počtu hospitalizovaných pacientov so sledovanou chorobou.

Formát údajov:

z údajov, ktoré má ZP k dispozícii

Metodika spôsobu získania výslednej hodnoty indikátora:

Výpočet indikátora (I):

Čitateľ (C): Počet pacientov so sledovanou chorobou, ktorým bola poskytnutá jednodňová ambulantná starostlivosť

- len diagnózy H25-H28, M23 vrátane všetkých štvormiestnych podpoložiek

Menovateľ (M): Počet všetkých hospitalizovaných so sledovanou chorobou (výpočtom z dávky 174 pre ZP)

- len diagnózy H25-H28, M23 vrátane všetkých štvormiestnych podpoložiek

$$I = C/M$$

Doporučená standardizácia: podľa veku a pohlavia

Forma prezentácie indikátora:

Prezentácia podľa jednotlivých poskytovateľov: forma zoznamu s možnosťou výberu podľa základných triediacich kritérií (samosprávny kraj, okres miesta činnosti, názov poskytovateľa, dosiahnutá úroveň starostlivosti v poslednom sledovanom období).

Prezentácia podľa jednotlivých regiónov (samosprávnych krajov): porovnanie úrovne starostlivosti v jednotlivých samosprávnych krajoch a SR

Časový vývoj indikátora: porovnanie stredných hodnôt indikátora za SR v jednotlivých štvrtrokoch

Forma interpretácie indikátora:

Štandardná úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa (I) za poskytovateľa je v intervale stredná hodnota (SH) ukazovateľa za SR \pm štandardná odchýlka (ŠO)

$$(SH - ŠO) < I < (SH + ŠO)$$

Nízka úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa za poskytovateľa je nižšia, ako stredná hodnota ukazovateľa za SR znížená o štandardnú odchýlku

$$I < (SH - ŠO)$$

Vysoká úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa za poskytovateľa je vyššia, ako stredná hodnota ukazovateľa za SR zvýšená o štandardnú odchýlku

$$I > (SH + ŠO)$$

Poznámky:

Sledované choroby: diagnózy H25-H28, M23 vrátane všetkých štvormiestnych podpoložiek

B.3. Vnímanie starostlivosti pacientom

B.3.1. Doba čakania na neodkladnú hospitalizáciu

Popis indikátora: Pomer počtu pacientov čakajúcich na neodkladné prijatie viac ako 2 hodiny k počtu všetkých neodkladne prijatých pacientov

Formát údajov:

nová dávka 902, položky B31_C, B31_M (Príloha 2)

Metodika spôsobu získania výslednej hodnoty indikátora:

Výpočet indikátora (I):

Čitateľ (C): Počet pacientov čakajúcich na neodkladné prijatie viac ako 2 hodiny od odporúčenia lekárom poskytovateľa – len diagnóza K35 – akútne zápal červovitého prívesku – appendicitis acuta

Menovateľ (M): Počet všetkých neodkladne prijatých pacientov s diagnózou K35 – akútne zápal červovitého prívesku – appendicitis acuta vrátane všetkých štvormiestnych podpoložiek

$$I = C/M$$

Doporučená standardizácia: bez standardizácie

Definícia neodkladného prijatia:

Ústavné prijatie pacienta, ktorého zdravotný stav si vyžaduje hospitalizáciu v deň prvého kontaktu s poskytovateľom ústavnej starostlivosti. Dôvodom prijatia je úraz, pôrod, novorodenec alebo iný akútne stav, ktorý ohrozuje osobu alebo jej okolie /infekčné ochorenia, duševné poruchy, prijatie na základe odporúčenia RZP, LSPP/.

Forma prezentácie indikátora:

Prezentácia podľa jednotlivých poskytovateľov: forma zoznamu s možnosťou výberu podľa základných triediacich kritérií (samosprávny kraj, okres miesta činnosti, názov poskytovateľa, dosiahnutá úroveň starostlivosti v poslednom sledovanom období).

Prezentácia podľa jednotlivých regiónov (samosprávnych krajov): porovnanie úrovne starostlivosti v jednotlivých samosprávnych krajoch a SR

Časový vývoj indikátora: porovnanie stredných hodnôt indikátora za SR v jednotlivých štvrtrokoch

Forma interpretácie indikátora:

Štandardná úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa (I) za poskytovateľa je v intervale stredná hodnota (SH) ukazovateľa za SR \pm štandardná odchýlka (ŠO)

$$(SH - ŠO) < I < (SH + ŠO)$$

Nízka úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa za poskytovateľa je vyššia, ako stredná hodnota ukazovateľa za SR zvýšená o štandardnú odchýlku

$$I > (SH + ŠO)$$

Vysoká úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa za poskytovateľa je nižšia, ako stredná hodnota ukazovateľa za SR znížená o štandardnú odchýlku

$$I < (SH - ŠO)$$

Poznámky:

Len diagnóza K35 – akútne zápal červovitého prívesku – appendicitis acuta vrátane všetkých štvormiestnych podpoložiek

B.3. Vnímanie starostlivosti pacientom

B.3.2. Hodnotenie poskytovateľa pacientom

Popis indikátora: Hodnotenie poskytovateľa na základe výsledkov reprezentatívneho prieskumu

Tento indikátor vyjadruje subjektívne hodnotenie poskytovateľa z pohľadu pacientov. Indikátor je tvorený ako syntetický index hodnotenia poskytovateľa, pokrývajúci minimálne okruhy:

- hodnotenie celkovej spokojnosti so správaním a starostlivosťou personálu
- hodnotenie kvality ubytovania a stravy
- hodnotenie spokojnosti so zdravotnou starostlivosťou (subjektívny pocit o úspešnosti liečby)

Poznámky:

Prieskum bude robiť každá zdravotná poisťovňa samostatne podľa vlastnej metodiky.

B.3. Vnímanie starostlivosti pacientom

B.3.3. Počet zrušených elektívnych operácií

Popis indikátora: Pomer počtu elektívnych operácií zrušených v deň prijatia alebo po ňom pre nemedicínske dôvody ku všetkým vykonaným elektívnym operáciám

Formát údajov:

nová dávka 902, položky B33_C, B33_M (Príloha 2)

Metodika spôsobu získania výslednej hodnoty indikátora:

Výpočet indikátora (I):

Čítateľ (C): Počet zrušených elektívnych operácií v deň prijatia alebo po ňom pre nemedicínske dôvody

- len diagnózy K40 a K80 vrátane všetkých štvormiestnych podpoložiek

Menovateľ (M): Počet všetkých vykonaných elektívnych operácií

- len diagnózy K40 a K80 vrátane všetkých štvormiestnych podpoložiek

$$I = C/M$$

Započítavať aj elektívne operácie vykonané v rámci jednodňovej starostlivosti, ak takú ústavné zariadenie poskytuje.

Doporučená standardizácia: bez standardizácie

Forma prezentácie indikátora:

Prezentácia podľa jednotlivých poskytovateľov: forma zoznamu s možnosťou výberu podľa základných triediacich kritérií (samosprávny kraj, okres miesta činnosti, názov poskytovateľa, dosiahnutá úroveň starostlivosti v poslednom sledovanom období).

Prezentácia podľa jednotlivých regiónov (samosprávnych krajov): porovnanie úrovne starostlivosti v jednotlivých samosprávnych krajoch a SR

Časový vývoj indikátora: porovnanie stredných hodnôt indikátora za SR v jednotlivých štvrtrokoch

Forma interpretácie indikátora:

Štandardná úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa (I) za poskytovateľa je v intervale stredná hodnota (SH) ukazovateľa za SR \pm štandardná odchýlka (ŠO)

$$(SH - ŠO) < I < (SH + ŠO)$$

Nízka úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa za poskytovateľa je vyššia, ako stredná hodnota ukazovateľa za SR zvýšená o štandardnú odchýlku

$$I > (SH + ŠO)$$

Vysoká úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa za poskytovateľa je nižšia, ako stredná hodnota ukazovateľa za SR znížená o štandardnú odchýlku

$$I < (SH - ŠO)$$

Poznámky:

Sledovať len za diagnózy K40 a K80 vrátane všetkých štvormiestnych podpoložiek

B.3. Vnímanie starostlivosti pacientom

B.3.4. Riešenie sťažností

Popis indikátora: Pomer počtu písomných sťažností vyriešených do 4 týždňov od ich registrácie k počtu všetkých registrovaných sťažností

Formát údajov:

nová dávka 902, položky B34_C, B34_M (Príloha 2)

Metodika spôsobu získania výslednej hodnoty indikátora:

Výpočet indikátora (I):

Čitateľ (C): Počet všetkých písomných sťažností vyriešených do 4 týždňov od registrácie

Menovateľ (M): Počet všetkých registrovaných sťažností

$$I = C/M$$

Doporučená štandardizácia: bez štandardizácie

Forma prezentácie indikátora:

Prezentácia podľa jednotlivých poskytovateľov: forma zoznamu s možnosťou výberu podľa základných triediacich kritérií (samosprávny kraj, okres miesta činnosti, názov poskytovateľa, dosiahnutá úroveň starostlivosti v poslednom sledovanom období).

Prezentácia podľa jednotlivých regiónov (samosprávnych krajov): porovnanie úrovne starostlivosti v jednotlivých samosprávnych krajoch a SR

Časový vývoj indikátora: porovnanie stredných hodnôt indikátora za SR v jednotlivých štvrtrokoch

Forma interpretácie indikátora:

Štandardná úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa (I) za poskytovateľa je v intervale stredná hodnota (SH) ukazovateľa za SR \pm štandardná odchýlka (ŠO)

$$(SH - ŠO) < I < (SH + ŠO)$$

Nízka úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa za poskytovateľa je nižšia, ako stredná hodnota ukazovateľa za SR znížená o štandardnú odchýlku

$$I < (SH - ŠO)$$

Vysoká úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa za poskytovateľa je vyššia, ako stredná hodnota ukazovateľa za SR zvýšená o štandardnú odchýlku

$$I > (SH + ŠO)$$

B.4. Výsledky zdravotnej starostlivosti

B.4.1. Neodkladné opakované prijatia do ústavnej starostlivosti po prepustení

Popis indikátora: Pomer počtu pacientov neodkladne prijatých do ústavnej starostlivosti do 28 dní po prepustení z ústavnej starostlivosti ku všetkým prepusteným pacientom v rovnakom špecializačnom odbore

Formát údajov:

z údajov, ktoré má ZP k dispozícii

Metodika spôsobu získania výslednej hodnoty indikátora:

Výpočet indikátora (I):

Čitateľ (C): Počet pacientov prijatých do ústavnej starostlivosti¹⁾ ktoréhokoľvek poskytovateľa v SR do 28 dní po prepustení²⁾ z ústavnej starostlivosti poskytovateľa

¹⁾ zarátat' len prijatia v rovnakom špecializačnom odbore

²⁾ spôsob prepustenia – do domáceho oštrzenia (prepustený domov, do domova dôchodcov, do hromadnej ubytovne,...)

Menovateľ (M): Počet všetkých prepustených pacientov v rovnakom špecializačnom odbore

$$I = C/M$$

Doporučená standardizácia: podľa veku a pohlavia

Forma prezentácie indikátora:

Prezentácia podľa jednotlivých poskytovateľov: forma zoznamu s možnosťou výberu podľa základných triediacich kritérií (samosprávny kraj, okres miesta činnosti, názov poskytovateľa, dosiahnutá úroveň starostlivosti v poslednom sledovanom období).

Prezentácia podľa jednotlivých regiónov (samosprávnych krajov): porovnanie úrovne starostlivosti v jednotlivých samosprávnych krajoch a SR

Časový vývoj indikátora: porovnanie stredných hodnôt indikátora za SR v jednotlivých štvrtrokoch

Forma interpretácie indikátora:

Štandardná úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa (I) za poskytovateľa je v intervale stredná hodnota (SH) ukazovateľa za SR \pm štandardná odchýlka (ŠO)

$$(SH - ŠO) < I < (SH + ŠO)$$

Nízka úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa za poskytovateľa je vyššia, ako stredná hodnota ukazovateľa za SR zvýšená o štandardnú odchýlku

$$I > (SH + ŠO)$$

Vysoká úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa za poskytovateľa je nižšia, ako stredná hodnota ukazovateľa za SR znížená o štandardnú odchýlku

$$I < (SH - ŠO)$$

Poznámky:

Položky „Deň nástupu“ a „Deň prepustenia“ v dávke 174 musia byť povinné.

B.4. Výsledky zdravotnej starostlivosti

B.4.2. Úmrtia po zlomenine krčka stehnovej kosti (vek nad 65 rokov)

Popis indikátora: Pomer počtu úmrtí pacientov so zlomeninou krčka stehnovej kosti do 30 dní po neodkladnom prijatí do ústavnej zdravotnej starostlivosti k počtu všetkých pacientov prijatých s touto diagnózou vo veku 65 rokov a viac

Formát údajov:

z údajov, ktoré má ZP k dispozícii

Metodika spôsobu získania výslednej hodnoty indikátora:

Výpočet indikátora (I):

Čitateľ (C): Počet úmrtí pacientov vo veku 65+ do 30 dní po prijatí do ústavnej starostlivosti so zlomeninou krčka stehnovej kosti (S72.0)

Menovateľ (M): Počet všetkých pacientov prijatých do ústavnej starostlivosti so zlomeninou krčka stehnovej kosti (S72.0) vo veku 65+

$$I = C/M$$

Ak bol pacient po neodkladnom prijatí so zlomeninou krčka stehnovej kosti (S72.0) prekladaný do iného zariadenia ústavnej starostlivosti a následne zomrel, bude toto úmrtie zarátané všetkým poskytovateľom, ktorí ho mali v starostlivosti.

Doporučená standardizácia: podľa veku a pohlavia

Forma prezentácie indikátora:

Prezentácia podľa jednotlivých poskytovateľov: forma zoznamu s možnosťou výberu podľa základných triediacich kritérií (samosprávny kraj, okres miesta činnosti, názov poskytovateľa, dosiahnutá úroveň starostlivosti v poslednom sledovanom období).

Prezentácia podľa jednotlivých regiónov (samosprávnych krajov): porovnanie úrovne starostlivosti v jednotlivých samosprávnych krajoch a SR

Časový vývoj indikátora: porovnanie stredných hodnôt indikátora za SR v jednotlivých štvrtrokoch

Forma interpretácie indikátora:

Štandardná úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa (I) za poskytovateľa je v intervale stredná hodnota (SH) ukazovateľa za SR \pm štandardná odchýlka (ŠO)

$$(SH - ŠO) < I < (SH + ŠO)$$

Nízka úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa za poskytovateľa je vyššia, ako stredná hodnota ukazovateľa za SR zvýšená o štandardnú odchýlku

$$I > (SH + ŠO)$$

Vysoká úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa za poskytovateľa je nižšia, ako stredná hodnota ukazovateľa za SR znížená o štandardnú odchýlku

$$I < (SH - ŠO)$$

Poznámky:

Položky „Deň nástupu“ a „Deň prepustenia“ v dávke 174 musia byť povinné.

Pri danej diagnóze ide vždy o neodkladné prijatie

B.5. Výsledky zdravotnej starostlivosti

B.5.1. Úmrtie na infarkt myokardu po neodkladnom prijatí (vek 35 - 74)

Popis indikátora: Pomer počtu úmrtí pacientov s infarktom myokardu (MKCH-10: I21 alebo I22) do 30 dní po neodkladnom prijatí do ústavnej starostlivosti k počtu všetkých pacientov prijatých s touto diagnózou vo veku 35 – 74 rokov

Formát údajov:

z údajov, ktoré má ZP k dispozícii

Metodika spôsobu získania výslednej hodnoty indikátora:

Výpočet indikátora (I):

Čítateľ (C): Počet úmrtí pacientov vo veku 35 – 74 rokov do 30 dní po prijatí do ústavnej starostlivosti alebo prevzatí pacienta z iného zariadenia ústavnej starostlivosti s infarktom myokardu (I21, I22 vrátane všetkých štvormiestnych podpoložiek)

Menovateľ (M): Počet všetkých pacientov prijatých do ústavnej starostlivosti s infarktom myokardu (I21, I22 vrátane všetkých štvormiestnych podpoložiek) vo veku 35 – 74 rokov

$$I = C/M$$

Ak bol pacient po neodkladnom prijatí s infarktom myokardu prekladaný do iného zariadenia ústavnej starostlivosti a následne zomrel, bude toto úmrtie zarátané všetkým poskytovateľom, ktorí ho mali v starostlivosti.

Doporučená standardizácia: podľa veku a pohlavia

Forma prezentácie indikátora:

Prezentácia podľa jednotlivých poskytovateľov: forma zoznamu s možnosťou výberu podľa základných triediacich kritérií (samosprávny kraj, okres miesta činnosti, názov poskytovateľa, dosiahnutá úroveň starostlivosti v poslednom sledovanom období).

Prezentácia podľa jednotlivých regiónov (samosprávnych krajov): porovnanie úrovne starostlivosti v jednotlivých samosprávnych krajoch a SR

Časový vývoj indikátora: porovnanie stredných hodnôt indikátora za SR v jednotlivých štvrtrokochoch

Forma interpretácie indikátora:

Štandardná úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa (I) za poskytovateľa je v intervale stredná hodnota (SH) ukazovateľa za SR \pm štandardná odchýlka (ŠO)

$$(SH - ŠO) < I < (SH + ŠO)$$

Nízka úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa za poskytovateľa je vyššia, ako stredná hodnota ukazovateľa za SR zvýšená o štandardnú odchýlku

$$I > (SH + ŠO)$$

Vysoká úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa za poskytovateľa je nižšia, ako stredná hodnota ukazovateľa za SR znížená o štandardnú odchýlku

$$I < (SH - ŠO)$$

Poznámky:

Položky „Deň nástupu“ a „Deň prepustenia“ v dávke 174 musia byť povinné.

Pri danej diagnóze ide vždy o neodkladné prijatie

B.5. Výsledky zdravotnej starostlivosti

B.5.2. Úmrtie v nemocnici po neodkladnom prijatí na operačný výkon

Popis indikátora: Perioperačná mortalita do 30 dní po neodkladnom prijatí (hodnotí sa pri sledovaných chorobách u poskytovateľov vykonávajúcich minimálne 200 operácií ročne)

Formát údajov:

nová dávka 902, položky B52_C, B52_M (Príloha 2)

Metodika spôsobu získania výslednej hodnoty indikátora:

Výpočet indikátora (I):

Čitateľ (C): Počet úmrtí v nemocnici do 30 dní po neodkladnom prijatí na operačný výkon

Menovateľ (M): Počet všetkých pacientov neodkladne prijatých v nemocnici na operačný výkon

$$I = C/M$$

Doporučená štandardizácia: bez štandardizácie

Forma prezentácie indikátora:

Prezentácia podľa jednotlivých poskytovateľov: forma zoznamu s možnosťou výberu podľa základných triediacich kritérií (samosprávny kraj, okres miesta činnosti, názov poskytovateľa, dosiahnutá úroveň starostlivosti v poslednom sledovanom období).

Prezentácia podľa jednotlivých regiónov (samosprávnych krajov): porovnanie úrovne starostlivosti v jednotlivých samosprávnych krajoch a SR

Časový vývoj indikátora: porovnanie stredných hodnôt indikátora za SR v jednotlivých štvrtrokoch

Forma interpretácie indikátora:

Štandardná úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa (I) za poskytovateľa je v intervale stredná hodnota (SH) ukazovateľa za SR \pm štandardná odchýlka (ŠO)

$$(SH - ŠO) < I < (SH + ŠO)$$

Nízka úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa za poskytovateľa je vyššia, ako stredná hodnota ukazovateľa za SR zvýšená o štandardnú odchýlku

$$I > (SH + ŠO)$$

Vysoká úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa za poskytovateľa je nižšia, ako stredná hodnota ukazovateľa za SR znížená o štandardnú odchýlku

$$I < (SH - ŠO)$$

B.5. Výsledky zdravotnej starostlivosti

B.5.3. Úmrtie v nemocnici po plánovanom prijatí na operačný výkon

Popis indikátora: Perioperačná mortalita do 30 dní po plánovanom prijatí (hodnotí sa pri sledovaných chorobách u poskytovateľov vykonávajúcich minimálne 200 operácií ročne)

Formát údajov:

nová dávka 902, položky B53_C, B53_M (Príloha 2)

Metodika spôsobu získania výslednej hodnoty indikátora:

Výpočet indikátora (I):

Čitateľ (C): Počet úmrtí v nemocnici do 30 dní po plánovanom prijatí na operačný výkon

Menovateľ (M): Počet všetkých pacientov plánovane prijatých v nemocnici na operačný výkon

$$I = C/M$$

Doporučená štandardizácia: bez štandardizácie

Forma prezentácie indikátora:

Prezentácia podľa jednotlivých poskytovateľov: forma zoznamu s možnosťou výberu podľa základných triediacich kritérií (samosprávny kraj, okres miesta činnosti, názov poskytovateľa, dosiahnutá úroveň starostlivosti v poslednom sledovanom období).

Prezentácia podľa jednotlivých regiónov (samosprávnych krajov): porovnanie úrovne starostlivosti v jednotlivých samosprávnych krajoch a SR

Časový vývoj indikátora: porovnanie stredných hodnôt indikátora za SR v jednotlivých štvrtrokoch

Forma interpretácie indikátora:

Štandardná úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa (I) za poskytovateľa je v intervale stredná hodnota (SH) ukazovateľa za SR \pm štandardná odchýlka (ŠO)

$$(SH - ŠO) < I < (SH + ŠO)$$

Nízka úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa za poskytovateľa je vyššia, ako stredná hodnota ukazovateľa za SR zvýšená o štandardnú odchýlku

$$I > (SH + ŠO)$$

Vysoká úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa za poskytovateľa je nižšia, ako stredná hodnota ukazovateľa za SR znížená o štandardnú odchýlku

$$I < (SH - ŠO)$$

C. Poskytovateľ, ktorý poskytuje všeobecnú ambulantnú zdravotnú starostlivosť

C.1. Efektívnosť využitia zdrojov

C.1.1. Predpisovanie generických liekov

Popis indikátora: Percentuálny pomer predpísaných generických liekov ku všetkým predpísaným liekom (počty balení)

Formát údajov:

z údajov, ktoré má ZP k dispozícii

Metodika spôsobu získania výslednej hodnoty indikátora:

Výpočet indikátora (I):

Čítateľ (C): Počet balení generík, ktoré predpísal poskytovateľ

Menovateľ (M): Počet všetkých balení liekov, ktoré predpísal poskytovateľ

$$I = C/M \cdot 100$$

Do menovateľa nezapočítavať tie lieky, ktoré ešte nemajú generiká.

Doporučená standardizácia: štandardizovať podľa veku a pohlavia pacienta

Forma prezentácie indikátora:

Prezentácia podľa jednotlivých poskytovateľov: forma zoznamu s možnosťou výberu podľa základných triediacich kritérií (samosprávny kraj, okres miesta činnosti, názov poskytovateľa, odbornosť poskytovateľa, dosiahnutá úroveň starostlivosti v poslednom sledovanom období).

Prezentácia podľa jednotlivých regiónov (samosprávnych krajov): porovnanie úrovne starostlivosti podľa odbornosti poskytovateľov v jednotlivých samosprávnych krajoch a SR formou grafov

Časový vývoj indikátora: porovnanie stredných hodnôt indikátora za SR v jednotlivých štvrtrokoch

Forma interpretácie indikátora:

Štandardná úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa (I) za poskytovateľa je v intervale stredná hodnota (SH) ukazovateľa za SR \pm štandardná odchýlka (ŠO)

$$(SH - \text{ŠO}) < I < (SH + \text{ŠO})$$

Nízka úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa za poskytovateľa je nižšia, ako stredná hodnota ukazovateľa za SR znížená o štandardnú odchýlku

$$I < (SH - \text{ŠO})$$

Vysoká úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa za poskytovateľa je vyššia, ako stredná hodnota ukazovateľa za SR zvýšená o štandardnú odchýlku

$$I > (SH + \text{ŠO})$$

Poznámky:

MZ SR dodá zdravotným poisťovniam jednotný zoznam originálnych liekov a k nim prislúchajúcich generík.

C.2. Účinnosť a primeranosť zdravotnej starostlivosti

C.2.1. Manažment akútnej starostlivosti

Popis indikátora: Počet neodkladných prijatí do ústavnej starostlivosti pre vybrané diagnózy: akútne infekcie dýchacích ciest (MKCH-10: H66.0, H66.4, H66.9, J02.0, J02.8, J02.9, J03.0, J03.8, J03.9, J04.0, J06.0, J06.8, J06.9, J31.0, J31.2) a infekcie močového traktu s dg. N30

Formát údajov:

z údajov, ktoré má ZP k dispozícii

Metodika spôsobu získania výslednej hodnoty indikátora:

Výpočet indikátora (I):

Čitateľ (C): Počet prijatí do ústavnej starostlivosti pre vybrané diagnózy: akútne infekcie dýchacích ciest (MKCH-10: H66.0, H66.4, H66.9, J02.0, J02.8, J02.9, J03.0, J03.8, J03.9, J04.0, J06.0, J06.8, J06.9, J31.0, J31.2) a infekcie močového traktu (MKCH-10: N30 vrátane všetkých štvormiestnych podpoložiek)

Menovateľ (M): Počet pacientov v starostlivosti lekára (kapitovaných)

$$I = C/M$$

Doporučená standardizácia: podľa veku a pohlavia

Forma prezentácie indikátora:

Prezentácia podľa jednotlivých poskytovateľov: bez tohto typu prezentácie

Prezentácia podľa jednotlivých regiónov (samosprávnych krajov): porovnanie úrovne starostlivosti v jednotlivých samosprávnych krajoch a SR

Časový vývoj indikátora: porovnanie stredných hodnôt indikátora za SR v jednotlivých štvrtrokoch

Forma interpretácie indikátora:

Štandardná úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa (I) za poskytovateľa je v intervale stredná hodnota (SH) ukazovateľa za SR \pm štandardná odchýlka (ŠO)

$$(SH - ŠO) < I < (SH + ŠO)$$

Nízka úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa za poskytovateľa je vyššia, ako stredná hodnota ukazovateľa za SR zvýšená o štandardnú odchýlku

$$I > (SH + ŠO)$$

Vysoká úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa za poskytovateľa je nižšia, ako stredná hodnota ukazovateľa za SR znížená o štandardnú odchýlku

$$I < (SH - ŠO)$$

Poznámky:

Ukazovateľ sa prepočítava na počet pacientov v starostlivosti lekára (kapitovaných)

C.2. Účinnosť a primeranosť zdravotnej starostlivosti

C.2.2. Manažment chronickej starostlivosti

Popis indikátora: Počet neodkladných prijatí do ústavnej starostlivosti pre vybraté diagnózy: astma (MKCH-10: J45-J46) a diabetes (MKCH-10: E10–E14)

Formát údajov:

z údajov, ktoré má ZP k dispozícii

Metodika spôsobu získania výslednej hodnoty indikátora:

Výpočet indikátora (I):

Čitateľ (C): Počet prijatí do ústavnej starostlivosti pre vybraté diagnózy – astma (J45 – J46 vrátane všetkých štvormiestnych podpoložiek), diabetes (E10 – E14 vrátane všetkých štvormiestnych podpoložiek)

Menovateľ (M): Počet pacientov v starostlivosti lekára (kapitovaných)

$$I = C/M$$

Doporučená štandardizácia: podľa veku a pohlavia

Forma prezentácie indikátora:

Prezentácia podľa jednotlivých poskytovateľov: forma zoznamu s možnosťou výberu podľa základných triediacich kritérií (samosprávny kraj, okres miesta činnosti, názov poskytovateľa, dosiahnutá úroveň starostlivosti v poslednom sledovanom období).

Prezentácia podľa jednotlivých regiónov (samosprávnych krajov): porovnanie úrovne starostlivosti v jednotlivých samosprávnych krajoch a SR

Časový vývoj indikátora: porovnanie stredných hodnôt indikátora za SR v jednotlivých štvrtrokoch

Forma interpretácie indikátora:

Štandardná úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa (I) za poskytovateľa je v intervale stredná hodnota (SH) ukazovateľa za SR \pm štandardná odchýlka (ŠO)

$$(SH - ŠO) < I < (SH + ŠO)$$

Nízka úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa za poskytovateľa je vyššia, ako stredná hodnota ukazovateľa za SR zvýšená o štandardnú odchýlku

$$I > (SH + ŠO)$$

Vysoká úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa za poskytovateľa je nižšia, ako stredná hodnota ukazovateľa za SR znížená o štandardnú odchýlku

$$I < (SH - ŠO)$$

Poznámky:

Pri daných diagnózach ide vždy o neodkladné prijatie

C.2. Účinnosť a primeranosť zdravotnej starostlivosti

C.2.3. Vakcinácia detskej populácie

Popis indikátora: Pomer počtu detí očkovaných proti DITEPER a proti MMR do konca druhého roku života k celkovému počtu detí do dvoch rokov starostlivosti

Formát údajov:

z údajov, ktoré má ZP k dispozícii

Metodika spôsobu získania výslednej hodnoty indikátora:

Výpočet indikátora (I):

Čítateľ (C): Počet očkovaných detí na DITEPER a proti MMR (výkon 252b) do konca druhého roku života

Menovateľ (M): Počet všetkých detí do konca druhého roku života v starostlivosti lekára (kapitované)

$$I = C/M$$

Doporučená standardizácia: bez standardizácie

Forma prezentácie indikátora:

Prezentácia podľa jednotlivých poskytovateľov: forma zoznamu s možnosťou výberu podľa základných triediacich kritérií (samosprávny kraj, okres miesta činnosti, názov poskytovateľa, dosiahnutá úroveň starostlivosti v poslednom sledovanom období).

Prezentácia podľa jednotlivých regiónov (samosprávnych krajov): porovnanie úrovne starostlivosti v jednotlivých samosprávnych krajoch a SR

Časový vývoj indikátora: porovnanie stredných hodnôt indikátora za SR v jednotlivých štvrtrokoch

Forma interpretácie indikátora:

Štandardná úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa (I) za poskytovateľa je v intervale stredná hodnota (SH) ukazovateľa za SR \pm štandardná odchýlka (ŠO)

$$(SH - ŠO) < I < (SH + ŠO)$$

Nízka úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa za poskytovateľa je nižšia, ako stredná hodnota ukazovateľa za SR znížená o štandardnú odchýlku

$$I < (SH - ŠO)$$

Vysoká úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa za poskytovateľa je vyššia, ako stredná hodnota ukazovateľa za SR zvýšená o štandardnú odchýlku

$$I > (SH + ŠO)$$

C.2. Účinnosť a primeranosť zdravotnej starostlivosti

C.2.4. Vakcinácia proti chrípke

Popis indikátora: Pomer počtu pacientov, u ktorých bolo vykonané očkovanie proti chrípke, k počtu pacientov v starostlivosti lekára, u ktorých je očkovanie proti chrípke indikované

Formát údajov:

nová dávka 903, položky C24_C, C24_M (Príloha 2)

Metodika spôsobu získania výslednej hodnoty indikátora:

Výpočet indikátora (I):

Čitateľ (C): Počet indikovaných pacientov očkovaných proti chrípke

Menovateľ (M): Počet všetkých pacientov v starostlivosti lekára (kapitovaných), u ktorých je očkovanie proti chrípke indikované zo zákona

$$I = C/M$$

Doporučená štandardizácia: bez štandardizácie

Forma prezentácie indikátora:

Prezentácia podľa jednotlivých poskytovateľov: forma zoznamu s možnosťou výberu podľa základných triediacich kritérií (samosprávny kraj, okres miesta činnosti, názov poskytovateľa, dosiahnutá úroveň starostlivosti v poslednom sledovanom období).

Prezentácia podľa jednotlivých regiónov (samosprávnych krajov): porovnanie úrovne starostlivosti v jednotlivých samosprávnych krajoch a SR

Časový vývoj indikátora: porovnanie stredných hodnôt indikátora za SR v jednotlivých štvrtrokoch

Forma interpretácie indikátora:

Štandardná úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa (I) za poskytovateľa je v intervale stredná hodnota (SH) ukazovateľa za SR \pm štandardná odchýlka (ŠO)

$$(SH - ŠO) < I < (SH + ŠO)$$

Nízka úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa za poskytovateľa je nižšia, ako stredná hodnota ukazovateľa za SR znížená o štandardnú odchýlku

$$I < (SH - ŠO)$$

Vysoká úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa za poskytovateľa je vyššia, ako stredná hodnota ukazovateľa za SR zvýšená o štandardnú odchýlku

$$I > (SH + ŠO)$$

C.3. Vnímanie starostlivosti pacientom

C.3.1. Priemerný čas trvania ambulantného vyšetrenia

Popis indikátora: Priemerný čas trvania lekárskeho vyšetrenia podľa jednotlivých odborov

Formát údajov:

nová dávka 903, položky C31_C, C31_M (Príloha 2)

Metodika spôsobu získania výslednej hodnoty indikátora:

Výpočet indikátora (I):

Čitateľ (C): Počet ordinačných hodín lekára príslušnej odbornosti v sledovanom období znížený o dovolenku, PN ..., ak ju lekár čerpal v sledovanom období

Menovateľ (M): Počet všetkých ambulantných vyšetrení lekára príslušnej odbornosti (bez ohľadu na poisťovňu pacienta)

$$I = C/M$$

Doporučená štandardizácia: bez štandardizácie

Forma prezentácie indikátora:

Prezentácia podľa jednotlivých poskytovateľov: forma zoznamu s možnosťou výberu podľa základných triediacich kritérií (samosprávny kraj, okres miesta činnosti, názov poskytovateľa, odbornosť poskytovateľa, dosiahnutá úroveň starostlivosti v poslednom sledovanom období).

Prezentácia podľa jednotlivých regiónov (samosprávnych krajov): porovnanie úrovne starostlivosti podľa odbornosti poskytovateľov v jednotlivých samosprávnych krajoch a SR formou grafov

Časový vývoj indikátora: porovnanie stredných hodnôt indikátora za SR v jednotlivých štvrtrokoch

Forma interpretácie indikátora:

Štandardná úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa (I) za poskytovateľa je v intervale stredná hodnota (SH) ukazovateľa za SR \pm štandardná odchýlka (ŠO)

$$(SH - ŠO) < I < (SH + ŠO)$$

Nízka úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa za poskytovateľa je nižšia, ako stredná hodnota ukazovateľa za SR znížená o štandardnú odchýlku

$$I < (SH - ŠO)$$

Vysoká úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa za poskytovateľa je vyššia, ako stredná hodnota ukazovateľa za SR zvýšená o štandardnú odchýlku

$$I > (SH + ŠO)$$

C.4. Výsledky zdravotnej starostlivosti

C.4.1. Neodkladné prijatie do nemocnice u pacientov starších ako 75 rokov

Popis indikátora: Pomer počtu pacientov starších ako 75 rokov neodkladne prijatých do ústavnej zdravotnej starostlivosti ku všetkým pacientom starším ako 75 rokov v starostlivosti lekára

Formát údajov:

z údajov, ktoré má ZP k dispozícii

Metodika spôsobu získania výslednej hodnoty indikátora:

Výpočet indikátora (I):

Čitateľ (C): Počet pacientov starších ako 75 rokov prijatých do ústavnej starostlivosti v ktoromkoľvek ZZ SR s diagnózou I20 – I22 alebo I60 – I64 vrátane všetkých štvormiestnych podpoložiek

Menovateľ (M): Počet všetkých pacientov starších ako 75 rokov v starostlivosti lekára (kapitovaných)

$$I = C/M$$

Doporučená standardizácia: bez standardizácie

Forma prezentácie indikátora:

Prezentácia podľa jednotlivých poskytovateľov: len praktický lekár pre dospelých; forma zoznamu s možnosťou výberu podľa základných triediacich kritérií (samosprávny kraj, okres miesta činnosti, názov poskytovateľa, dosiahnutá úroveň starostlivosti v poslednom sledovanom období).

Prezentácia podľa jednotlivých regiónov (samosprávnych krajov): porovnanie úrovne starostlivosti v jednotlivých samosprávnych krajoch a SR

Časový vývoj indikátora: porovnanie stredných hodnôt indikátora za SR v jednotlivých štvrtrokoch

Forma interpretácie indikátora:

Štandardná úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa (I) za poskytovateľa je v intervale stredná hodnota (SH) ukazovateľa za SR \pm štandardná odchýlka (ŠO)

$$(SH - ŠO) < I < (SH + ŠO)$$

Nízka úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa za poskytovateľa je vyššia, ako stredná hodnota ukazovateľa za SR zvýšená o štandardnú odchýlku

$$I > (SH + ŠO)$$

Vysoká úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa za poskytovateľa je nižšia, ako stredná hodnota ukazovateľa za SR znížená o štandardnú odchýlku

$$I < (SH - ŠO)$$

Poznámky:

Zahrnúť len prijatia s diagnózami I60 – I64 a I20 - I22 vrátane všetkých štvormiestnych podpoložiek

C.4. Výsledky zdravotnej starostlivosti

C.4.2. Pacienti vyšetrení LSPP

Popis indikátora: Pomer počtu vyšetrení vykonaných počas LSPP k počtu vyšetrení vykonaných lekárom počas ambulantných hodín (týka sa pacientov v starostlivosti lekára)

Formát údajov:

z údajov, ktoré má ZP k dispozícii

Metodika spôsobu získania výslednej hodnoty indikátora:

Výpočet indikátora (I):

Čitateľ (C): Počet vyšetrení pacientov v starostlivosti lekára (kapitovaných) vykonaných počas LSPP

Menovateľ (M): Počet vyšetrení pacientov v starostlivosti lekára (kapitovaných) počas ambulantných hodín

$$I = C/M$$

Definícia vyšetrenia:

Za jedno vyšetrenie (ošetrenie) sa považuje súbor všetkých úkonov vykonaných lekárom alebo sestrou (asistentom a pod.) podľa pokynov pri jednej návšteve pacienta v útvere, alebo v priebehu jednej návštevy u pacienta.

(počet vyšetrení = počet unikátnych rodných čísel v danom dni)

Doporučená štandardizácia: podľa veku a pohlavia

Forma prezentácie indikátora:

Prezentácia podľa jednotlivých poskytovateľov: forma zoznamu s možnosťou výberu podľa základných triediacich kritérií (samosprávny kraj, okres miesta činnosti, názov poskytovateľa, odbornosť poskytovateľa, dosiahnutá úroveň starostlivosti v poslednom sledovanom období).

Prezentácia podľa jednotlivých regiónov (samosprávnych krajov): porovnanie úrovne starostlivosti v jednotlivých samosprávnych krajoch a SR

Časový vývoj indikátora: porovnanie stredných hodnôt indikátora za SR v jednotlivých štvrtrokoch

Forma interpretácie indikátora:

Štandardná úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa (I) za poskytovateľa je v intervale stredná hodnota (SH) ukazovateľa za SR \pm štandardná odchýlka (ŠO)

$$(SH - ŠO) < I < (SH + ŠO)$$

Nízka úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa za poskytovateľa je vyššia, ako stredná hodnota ukazovateľa za SR zvýšená o štandardnú odchýlku

$$I > (SH + ŠO)$$

Vysoká úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa za poskytovateľa je nižšia, ako stredná hodnota ukazovateľa za SR znížená o štandardnú odchýlku

$$I < (SH - ŠO)$$

C.4. Výsledky zdravotnej starostlivosti

C.4.3. Pacienti, u ktorých bola vykonaná preventívna prehliadka

Popis indikátora: Pomer počtu pacientov, u ktorých bola vykonaná preventívna prehliadka, k počtu všetkých pacientov v starostlivosti lekára

Formát údajov:

z údajov, ktoré má ZP k dispozícii

Metodika spôsobu získania výslednej hodnoty indikátora:

Výpočet indikátora (I):

Čitateľ (C): Počet pacientov s vykonanou preventívnou prehliadkou

PLD: výkon 160 (1krát za 2 roky u pacientov vo veku 15 a viac rokov)

PLDD: výkon 140-146b

Gynekológ: výkon 157 (1krát ročne u pacientok vo veku 18 a viac rokov)

Menovateľ (M): Počet všetkých pacientov v starostlivosti lekára (kapitovaných)

PLD: počet všetkých pacientov vo veku 15 a viac rokov v starostlivosti lekára (kapitovaných)

PLDD: počet všetkých detí do 1 roka v starostlivosti lekára (kapitovaných) za sledované obdobie

Gynekológ: počet všetkých pacientok vo veku 18 a viac rokov v starostlivosti lekára

(kapitovaných)

$$I = C/M$$

Doporučená standardizácia: bez standardizácie

Forma prezentácie indikátora:

Prezentácia podľa jednotlivých poskytovateľov: forma zoznamu s možnosťou výberu podľa základných triediacich kritérií (samosprávny kraj, okres miesta činnosti, názov poskytovateľa,, odbornosť poskytovateľa, dosiahnutá úroveň starostlivosti v poslednom sledovanom období).

Prezentácia podľa jednotlivých regiónov (samosprávnych krajov): porovnanie úrovne starostlivosti v jednotlivých samosprávnych krajoch a SR

Časový vývoj indikátora: porovnanie stredných hodnôt indikátora za SR v jednotlivých štvrtrokoch

Forma interpretácie indikátora:

Štandardná úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa (I) za poskytovateľa je v intervale stredná hodnota (SH) ukazovateľa za SR \pm štandardná odchýlka (ŠO)

$$(SH - ŠO) < I < (SH + ŠO)$$

Nízka úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa za poskytovateľa je nižšia, ako stredná hodnota ukazovateľa za SR znížená o štandardnú odchýlku

$$I < (SH - ŠO)$$

Vysoká úroveň starostlivosti: ak hodnota ukazovateľa za poskytovateľa je vyššia, ako stredná hodnota ukazovateľa za SR zvýšená o štandardnú odchýlku

$$I > (SH + ŠO)$$

Metodika zberu údajov od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti pre výpočet indikátorov kvality

- (1) Povinnosť zberu dát od poskytovateľov za rok 2005 sa týka 2., 3. a 4. štvrťroka 2005 a vyplýva z nariadenia vlády SR č. 752/2004, ktorým sa vydávajú indikátory kvality na hodnotenie poskytovania zdravotnej starostlivosti.
- (2) Zber dát sa vykonáva jednotnou formou, ktorá bola schválená zdravotnými poisťovňami a Ministerstvom zdravotníctva SR, v spolupráci s ÚZISom. Údaje v jednotnom formáte poskytovateľa zdravotnej starostlivosti odošlú v elektronickej forme (na diskete) raz štvrťročne so spätnou platnosťou, **pričom príslušnej ZP sa posielajú údaje len za jej poistencov.**
- (3) V zmysle nariadenia vlády č. 752/2004 Z.z. jednotný formát zberu dát sa týka troch oblastí
 - a) špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti,
 - b) ústavnej zdravotnej starostlivosti,
 - c) všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti.
- (4) Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti vykazujú požadované údaje pre výpočet indikátorov kvality v elektronickej forme (na diskete), v štruktúre uvedenej v prílohe **jednorazovo** za dané obdobie (štvrťrok) ako textový súbor s oddelovačom pipe „|“ **bez medzier.**
- (5) Pre poskytovateľov špecializovanej ambulantnej starostlivosti, ústavnej zdravotnej starostlivosti a všeobecnej ambulantnej starostlivosti sú v prílohe uvedené tabuľky, na základe ktorých poskytovatelia dodajú dáta potrebné na výpočet indikátorov kvality, ktoré doteraz štandardne nevykazovali na zúčtovacích dokladoch.
- (6) Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti zasiela údaje pre výpočet indikátorov kvality **samostatne** nezávisle od zúčtovania zdravotnej starostlivosti (zber zúčtovacích dokladov) na samostatnej diskete spolu so sprievodným listom na príslušné pobočky zdravotných poisťovní, s ktorými má poskytovateľ uzavretú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.
- (7) Disketa musí byť **označená čitateľnou pečiatkou** príslušného PZS, ďalej musí byť uvedený názov „INDIKÁTORY KVALITY_RRRRQQ, kde RRRRQQ je príslušné obdobie (štvrťrok), vid' položku „Obdobie“ v jednotlivých tabuľkách v prílohe.
- (8) Disketa môže za dané obdobie(štvrťrok) obsahovať maximálne 3 súbory:
d901.txt pre ŠAS
d902.txt pre ÚZS
d903.txt pre VAS
- (9) Všetky položky v súboroch **sú povinné**, okrem položky A51_C a A51_M dávky 901 pre ŠAS, ktorú vykazujú iba **stomatológovia**. Ostatní poskytovatelia položku A51_C a A51_M uvedú **prázdnu** (null, nie medzeru!).
- (10) Ak ústavné zariadenie nevykonáva zdravotnú starostlivosť, ktorej sa sledovaná položka týka, uvedie túto položku ako **prázdnu** (null, nie medzeru!). Hodnotu „0“ –**nula** uvedie poskytovateľ vtedy, ak danú zdravotnú starostlivosť vykonáva, ale v danom období (štvrťroku) ju neposkytol.

Príloha č.1

1. Poskytovateľ, ktorý poskytuje ŠAS

1.	Kód dávky	int	3-3	901
2.	Kód poisťovne	char	2-2	Pre ktorú vykazuje
3.	Kód pobočky	char	2-2	Kód pobočky ZP, s ktorou má PZS uzatvorenú zmluvu
4.	IČO PZS	char	8-8	
5.	Kód PZS	char	6-6	RRTTTT, kde RR- región podľa VsZP, TTTT- typ poskytovateľa
6.	Kód ambulancie	char	5-5	
7.	Kód lekára	char	13-13	
8.	Obdobie	char	RRRRQQ	kde QQ môže byť : 22-druhý štvrťrok, 23-tretí štvrťrok, 24-štvrtý štvrťrok
9.	A11_C	int	1-7	
10.	A11_M	int	1-7	
11.	A41_C	int	1-7	
12.	A41_M	int	1-7	
13.	A51_C	int	1-7	
14.	A51_M	int	1-7	

Kde

A11_C: Počet ambulantných vyšetrení, ktoré boli vykonané v sledovanom období do 21 dní odo dňa objednania

A11_M: Počet všetkých ambulantných vyšetrení v sledovanom období

A41_C: Počet ordinačných hodín lekára príslušnej odbornosti v sledovanom období znížený o dovolenku, PN ..., ak ju lekár čerpal v sledovanom období

A41_M: Počet všetkých ambulantných vyšetrení lekára príslušnej odbornosti (bez ohľadu na poisťovňu pacienta)

Definícia vyšetrenia:

Za jedno vyšetrenie (ošetrenie) sa považuje súbor všetkých úkonov vykonaných lekárom alebo sestrou (asistentom a pod.) podľa pokynov pri jednej návšteve pacienta v útvere, alebo v priebehu jednej návštevy u pacienta.

(počet vyšetrení = počet unikátnych rodných čísel v danom dni)

A51_C: Počet zubov chýbajúcich, vyplnených, pokazených u 12-ročných poistencov

A51_M: Počet 12-ročných poistencov v starostlivosti lekára (kapitovaných)

2. Poskytovateľ, ktorý poskytuje ústavnú zdravotnú starostlivosť

1.	Kód dávky	int	3-3	902
2.	Kód poisťovne	char	2-2	Pre ktorú vykazuje
3.	Kód pobočky	char	2-2	Kód pobočky ZP, s ktorou má PZS uzatvorenú zmluvu
4.	IČO PZS	char	8-8	
5.	Kód PZS	char	6-6	RRTTTT, kde RR- región podľa VsZP, TTTT- typ poskytovateľa
6.	Obdobie	char	RRRRQQ	kde QQ môže byť : 22-druhý štvrťrok, 23-tretí štvrťrok, 24-štvrtý štvrťrok
7.	B11_C	int	1-7	
8.	B11_M	int	1-7	
9.	B31_C	int	1-7	
10.	B31_M	int	1-7	
11.	B33_C	int	1-7	
12.	B33_M	int	1-7	
13.	B34_C	int	1-7	
14.	B34_M	int	1-7	
15.	B52_C	int	1-7	
16.	B52_M	int	1-7	
17.	B53_C	int	1-7	
18.	B53_M	int	1-7	

Kde

B11_C: Počet pacientov čakajúcich na hospitalizáciu pre implantáciu TEP bedrového kĺbu viac ako 1 mesiac od kontaktu s poskytovateľom

B11_M: Počet všetkých hospitalizovaných pacientov za účelom implantácie TEP bedrového kĺbu na objednávku (Dg: M16, M05, M06, M08, M09, M45, M87 vrátane všetkých štvormiestnych podpoložiek)

B31_C: Počet pacientov čakajúcich na neodkladné prijatie viac ako 2 hodiny od odporúčenia lekárom poskytovateľa – len diagnóza K35 – akútny zápal červovitého prívesku – appendicitis acuta - vrátane všetkých štvormiestnych podpoložiek

B31_M: Počet všetkých neodkladne prijatých pacientov s diagnózou K35 – akútny zápal červovitého prívesku – appendicitis acuta - vrátane všetkých štvormiestnych podpoložiek

Definícia neodkladného prijatia:

Ústavné prijatie pacienta, ktorého zdravotný stav si vyžaduje hospitalizáciu v deň prvého kontaktu s poskytovateľom ústavnej starostlivosti. Dôvodom prijatia je úraz, pôrod, novorodenec alebo iný akútny stav, ktorý ohrozuje osobu alebo jej okolie /infekčné ochorenia, duševné poruchy, prijatie na základe odporúčenia RZP, LSPP/.

B33C: Počet zrušených elektívnych operácií v deň prijatia alebo po ňom pre nemedicínske dôvody - len diagnózy K40 a K80 vrátane všetkých štvormiestnych podpoložiek

B33_M: Počet všetkých vykonaných elektívnych operácií - len diagnózy K40 a K80 vrátane všetkých štvormiestnych podpoložiek

Započítavať aj elektívne operácie vykonané v rámci jednodňovej starostlivosti, ak takú ústavné zariadenie poskytuje.

B34_C: Počet všetkých písomných sťažností vyriešených do 4 týždňov od registrácie

B34_M: Počet všetkých registrovaných sťažností

B52_C: Počet úmrtí v nemocnici do 30 dní po neodkladnom prijatí na operačný výkon

B52_M: Počet všetkých pacientov neodkladne prijatých v nemocnici na operačný výkon

B53_C: Počet úmrtí v nemocnici do 30 dní po plánovanom prijatí na operačný výkon

B53_M: Počet všetkých pacientov plánovane prijatých v nemocnici na operačný výkon

3. Poskytovateľ, ktorý poskytuje všeobecnú ambulantnú starostlivosť

1.	Kód dávky	int	3-3	903
2.	Kód poisťovne	char	2-2	Pre ktorú vykazuje
3.	Kód pobočky	char	2-2	Kód pobočky ZP, s ktorou má PZS uzatvorenú zmluvu
4.	IČO PZS	char	8-8	
5.	Kód PZS	char	6-6	RRTTTT, kde RR- región podľa VsZP, TTTT- typ poskytovateľa
6.	Kód ambulancie	char	5-5	
7.	Kód lekára	char	13-13	
8.	Obdobie	char	RRRRQQ	kde QQ môže byť : 22-druhý štvrt'rok, 23-tretí štvrt'rok, 24-štvrtý štvrt'rok
9.	C24_C	int	1-7	
10.	C24_M	int	1-7	
11.	C31_C	int	1-7	
12.	C31_M	int	1-7	

Kde

C24_C: Počet indikovaných pacientov očkovaných proti chrípke

C24_M: Počet všetkých pacientov v starostlivosti lekára (kapitovaných), u ktorých je očkovanie proti chrípke indikované zo zákona

C31_C: Počet ordinačných hodín lekára príslušnej odbornosti v sledovanom období znížený o dovolenku, PN ..., ak ju lekár čerpal v sledovanom období

C31_M: Počet všetkých ambulantných vyšetrení lekára príslušnej odbornosti (**bez ohľadu na poisťovňu pacienta!**)

81.

Bratislava 25.7.2005
Číslo: 20924 – 2/2005 - SP

R o z h o d n u t i e

o zmene zriaďovacej listiny Operačného strediska záchranej zdravotnej služby Slovenskej republiky

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky ako zriaďovateľ štátnych príspevkových organizácií podľa ust. § 21 zákona 523/2004 Z. z. o rozpočtových pravidlách verejnej správy a o zmene a doplnení niektorých zákonov

m e n í

s účinnosťou od 1. augusta 2005

zriaďovaciu listinu Operačného strediska záchranej zdravotnej služby Slovenskej republiky zo dňa 15.7.2005 číslo 18228 – 5/2005 - SP

t a k t o :

V časti upravujúcej sídlo sa slová: „Limbová 2, Bratislava“

vypúšťajú a nahrádzajú sa slovami, ktoré znejú:

„Antolská 11, Bratislava.“

R u d o l f Z a j a c, v.r.
minister

ROZHODNUTIE

o zrušení štátnej príspevkovej organizácie Psychiatrickej liečebne Sokolovce

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa ust. § 21 ods. 12 zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 523/2004 Z. z. o rozpočtových pravidlách verejnej správy a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov ako zriaďovateľ štátnych zdravotníckych zariadení:

I. U s t a n o v u j e :

štátna príspevková organizácia
Psychiatrická liečebňa Sokolovce
so sídlom: Piešťanská ul. č. 232/82, 922 31 Sokolovce
IČO: 00 607 282

zaniká dňom 31. augusta 2005 zlúčením

so štátnou príspevkovou organizáciou
Fakultnou nemocnicou Trnava
so sídlom: ul. A. Žarnova 11, 917 75 Trnava
IČO: 00 610 381

II. Dňom 1. septembra 2005

- prechádza všetok hnutelný a nehnuteľný majetok a finančné prostriedky štátu evidované v správe Psychiatrickej liečebne Sokolovce v rozsahu účtovnej závierky so stavom k 31.8.2005 a delimitačného protokolu do správy Fakultnej nemocnice Trnava,
- prechádzajú na Fakultnú nemocnicu Trnava všetky práva a záväzky i neznáme zanikajúcej Psychiatrickej liečebne Sokolovce,

- prechádzajú práva a povinnosti z pracovnoprávnych vzťahov zamestnancov zanikajúcej Psychiatrickej liečebne Sokolovce podľa ust. § 27 Zákonníka práce v celom rozsahu na preberajúcu Fakultnú nemocnicu Trnava.

Na základe tohto rozhodnutia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky riaditeľka Fakultnej nemocnice Trnava vykoná príslušné zmeny v Organizačnom poriadku Fakultnej nemocnice Trnava.

Rudolf Z a j a c, v.r.
minister

Rozhodnutie

o zmene zriaďovacej listiny Fakultnej nemocnice Trnava

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky ako zriaďovateľ štátnych príspevkových organizácií podľa ust. § 21 zákona 523/2004 Z. z. o rozpočtových pravidlách verejnej správy a o zmene a doplnení niektorých zákonov

m e n í

s účinnosťou od 1. septembra 2005

zriaďovaciu listinu Fakultnej nemocnice s poliklinikou Trnava zo dňa 14.6.1991 číslo: 1970/1991-A/IV-1 v znení Opatrenia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky zo dňa 11.12.1991 číslo 3909/1991-A, v znení zmeny zriaďovacej listiny zo dňa 24.6.1998 číslo: 1311/98-A-865/98-OLP, v znení Rozhodnutia o zmene zriaďovacej listiny zo dňa 7.11.2000 číslo: 4521/2000/A, číslo: 725/2000/SLP995-A, v znení Rozhodnutia o zmene zriaďovacej listiny zo dňa 7.11.2000 číslo 4514/2000/A číslo 2320/2000/SLP, v znení Rozhodnutia o zmene zriaďovacej listiny zo dňa 1.3.2001 číslo: M/1057/2001, číslo: 725/2000/SLP a v znení Rozhodnutia o zmene zriaďovacej listiny zo dňa 21.3.2003 číslo M/1206/2003 číslo SP/314/2003/Var

t a k t o :

v časti upravujúcej predmet činnosti sa text: „Predmetom činnosti je poskytovanie ambulantnej a ústavnej liečebno-preventívnej starostlivosti, rýchlej zdravotnej pomoci, činnosť záchranej zdravotnej služby.“

vypúšťa a nahrádza sa textom, ktorý znie:

„Predmetom činnosti je poskytovanie ambulantnej a ústavnej zdravotnej starostlivosti, akútnej psychiatrickej starostlivosti a činnosť a činnosť záchranej zdravotnej služby. Spolupracuje so vzdelávacími ustanovizňami, ktoré poskytujú stredoškolské, vysokoškolské a ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov a v spolupráci s príslušnými odbornými spoločnosťami a stavovskými organizáciami v zdravotníctve organizuje sústavné vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov.“

**Týmto rozhodnutím sa zrušuje rozhodnutie o zmene zriaďovacej listiny Fakultnej nemocnice
Trnava zo dňa 26.7.2005 číslo: 10219 – 4/2005 – SP.**

**R u d o l f Z a j a c, v.r.
minister**

84.

Výnos

Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky

č. 22040/2005 - SL

z 5. septembra 2005

o podrobnostiach o mesačnom prerozdeľovaní preddavkov na poistné na verejné zdravotné poistenie a o ročnom prerozdeľovaní poistného na verejné zdravotné poistenie

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky po dohode s Ministerstvom financií Slovenskej republiky podľa § 28 ods. 6 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon“) ustanovuje:

§ 1

Oznamovanie údajov za mesiac

(1) Údaje podľa § 27 ods. 2 zákona sa oznamujú Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „úrad“) na tlačive, ktorého vzor je uvedený v prílohe č. 1 pričom

- a) celková suma zaplatených preddavkov na poistné, ktoré platiteľ poistného odvedol, sa zaokrúhľuje na celé čísla smerom nahor,
- b) celková suma povinného poistného, sa zaokrúhľuje na celé čísla smerom nahor,
- c) počet všetkých poistencov podľa pohlavia a podľa vekovej štruktúry od 0 do 80 rokov v skupinách po piatich rokoch a v skupine od 80 rokov je vypočítaný ako súčet denných stavov poistencov v príslušnom kalendárnom mesiaci vydelený počtom dní v príslušnom kalendárnom mesiaci, zaokrúhlený na celé čísla smerom nadol; poistenc sa zaradí do vyššej vekovej skupiny podľa prílohy č. 1 prvým dňom kalendárneho mesiaca, ktorý nasleduje po kalendárnom mesiaci, v ktorom dosiahol vek rozhodujúci pre zaradenie do vyššej vekovej skupiny.

(2) Údaje podľa odseku 1 sa zasielajú úradu v listinnej podobe a elektronicky.

§ 2

Výpočet mesačného prerozdeľovania preddavkov

Na základe údajov podľa § 1 sa vykonáva mesačné prerozdeľovanie preddavkov podľa § 27 a § 28 zákona. Vzor spôsobu a postupu výpočtu mesačného prerozdeľovania preddavkov je uvedený v prílohe č. 2.

§ 3

Oznamovanie údajov za príslušný kalendárny rok

(1) Údaje za predchádzajúci kalendárny rok podľa § 27a ods. 2 zákona sa oznamujú úradu do 31. mája kalendárneho roka nasledujúceho po rozhodujúcom období, za ktoré sa uskutoční ročné zúčtovanie na tlačive, ktorého vzor je uvedený v prílohe č. 3 pričom

- a) celková suma povinného poistného, sa zaokrúhľuje na celé čísla smerom nahor,
- b) počet všetkých poistencov podľa pohlavia a podľa vekovej štruktúry od 0 do 80 rokov v skupinách po piatich rokoch a v skupine od 80 rokov je vypočítaný ako súčet denných stavov poistencov v jednotlivých kalendárnych mesiacoch príslušného roka vydelený počtom dní v príslušnom kalendárnom mesiaci, zaokrúhlený na celé čísla nadol; poistenec sa zaradí do vyššej vekovej skupiny podľa prílohy č. 3 prvým dňom kalendárneho mesiaca, ktorý nasleduje po kalendárnom mesiaci, v ktorom dosiahol vek rozhodujúci pre zaradenie do vyššej vekovej skupiny.

(2) Údaje podľa odseku 1 sa zasielajú úradu v listinnej podobe a elektronicky.

§ 4

Výpočet ročného prerozdelenia poistného

Na základe údajov podľa § 3 sa vykonáva ročné prerozdelenie poistného podľa § 27a a 28 zákona. Vzor spôsobu a postupu výpočtu ročného prerozdeľovania je uvedený v prílohe č. 4.

§ 5

Prechodné ustanovenie

Podľa tohto výnosu sa vykoná mesačné prerozdeľovanie preddavkov na verejné zdravotné poistenie prvýkrát v septembri 2005.

§ 6

Zrušovacie ustanovenie

Zrušuje sa výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky zo 16. decembra 2004 č. 25915/2004-SL o podrobnostiach o prerozdeľovaní poistného na verejné zdravotné poistenie (oznámenie č. 772/2004 Z. z.).

§ 7

Účinnosť

Tento výnos nadobúda účinnosť 15. septembra 2005.

Rudolf Zajac, v.r.
minister

V Z O R

O Z N Á M E N I E

**údajov k mesačnému prerozdeleniu preddavkov na poistné na verejné zdravotné poistenie
za mesiac**

Názov zdravotnej poisťovne:

IČO:

Banka:

Číslo bankového účtu:

1. Celková suma zaplatených preddavkov, ktorú platiteľ odviedol zdravotnej poisťovni v kalendárnom mesiaci, za ktorý sa mesačné prerozdelenie vykonáva v Sk [§ 27 ods. 2 písm. a) zákona]				
2. 85 % z celkovej sumy zaplatených preddavkov na poistné v Sk [§ 27 ods. 3 zákona]				
3. Celková suma povinného poistného v Sk [§ 27 ods. 2 písm. b) zákona]				
4. Počet poistencov [§ 27 ods. 2 písm. c) zákona]				
z toho	Muži	Ženy	Spolu	
4a. od 0 rokov do 4 rokov				
4b. od 5 rokov do 9 rokov				
4c. od 10 rokov do 14 rokov				
4d. od 15 rokov do 19 rokov				
4e. od 20 rokov do 24 rokov				
4f. od 25 rokov do 29 rokov				
4g. od 30 rokov do 34 rokov				
4h. od 35 rokov do 39 rokov				
4i. od 40 rokov do 44 rokov				
4j. od 45 rokov do 49 rokov				
4k. od 50 rokov do 54 rokov				
4l. od 55 rokov do 59 rokov				
4m. od 60 rokov do 64 rokov				
4n. od 65 rokov do 69 rokov				
4o. od 70 rokov do 74 rokov				
4p. od 75 rokov do 79 rokov				
4r. od 80 rokov				

Vypracoval:

V..... dňa

Číslo telefónu:

Číslo faxu:

.....
**podpis štatutárneho orgánu
odtlačok pečiatky**

V Z O R
**Výpočet mesačného prerozdelenia preddavkov na poistné za
mesiac.....**

Názov zdravotnej poisťovne	85 % základu zaplatených preddavkov	Počet poistencov	Počet prepočítaných poistencov	Celková suma z mesačného prerozdelenia preddavkov pre ZP	Závazok alebo pohľadávka po mesačnom prerozdeľovaní preddavkov
	A(1)	B(1)	PPP(1)	P(1)	F (1)
	A(n)	B(n)	PPP(n)	P(n)	F (n)
<i>Spolu</i>	A	B	PPP	A	0

Postup výpočtu:

1. Suma poistného na mesačné prerozdeľovanie preddavkov.

$$A = \sum_{j=1}^n A(j)$$

kde

n počet zdravotných poisťovní,

j j-ta zdravotná poisťovňa, (j = 1, ..., n)

A(j) 85 % základu zaplatených preddavkov na poistné pre j-tu zdravotnú poisťovňu,

2. Počet poistencov za daný mesiac.

B(j) počet poistencov j-tej zdravotnej poisťovne,

3. Počet prepočítaných poistencov j-tej zdravotnej poisťovne.

$$PPP(j) = \sum_{i=1}^m (PM(i,j) \times IRM(i) + PŽ(i,j) \times IRŽ(i))$$

kde

i i-ta veková kategória (i=1, ..., m),

m počet vekových kategórií,

PM(i,j) počet mužov i-tej vekovej kategórie u j-tej zdravotnej poisťovne,

PŽ(i,j) počet žien i-tej vekovej kategórie u j-tej zdravotnej poisťovne,

IRM(i) index rizika mužov v i-tej vekovej skupine,

IRŽ(i) index rizika žien v i-tej vekovej skupine,

4. Celkový počet prepočítaných poistencov za daný mesiac.

$$PPP = \sum_{j=1}^n PPP(j)$$

5. Štandardizovaný príjem na jedného prepočítaného poistenca.

$$D = \frac{A}{PPP}$$

6. Suma, na ktorú má j-tá zdravotná poisťovňa nárok po mesačnom prerozdeľovaní preddavkov.

$$P(j) = PPP(j) \times D$$

7. Konečná suma záväzku alebo pohľadávky z mesačného prerozdeľovania preddavkov pre j-tu zdravotnú poisťovňu.

$$F(j) = A(j) - P(j)$$

	ZP (1)			ZP (n)	Pohľadávky spolu	Podiel na celkových pohľadávkach(%)
ZP (1)	x				Po (1)	PPO (1)
		x				
			x			
ZP (n)				x	Po (n)	PPO(n)
Závazky spolu	Z (1)			Z (n)		
Podiel na celkových záväzkoch (%)						

Vysvetlivky:

ZP zdravotná poisťovňa

Z záväzky

Po pohľadávky

PPO podiel na celkových pohľadávkach

1. V riadku záväzkov a do stĺpca pohľadávok je uvedená konečná suma záväzku, alebo pohľadávky $F(j)$, ktorá vznikla j-tej zdravotnej poisťovni po mesačnom prerozdeľovaní preddavkov. Súčet všetkých pohľadávok sa rovná súčtu všetkých záväzkov. Pokiaľ zdravotná poisťovňa nemá záväzok, v príslušnom riadku sa vyplní vo všetkých políčkach 0 a obdobne sa postupuje aj pri pohľadávkach.

2. Vypočíta sa percentuálny podiel záväzku, alebo pohľadávky j-tej zdravotnej poisťovne na celkových záväzkoch, resp. pohľadávkach.

3. Voľné políčka sa vyplnia podľa nasledujúceho vzorca: $Z(j) * PPO(j)$, kde $j = 1, \dots, n$

Vypracoval :

podpis štatutárneho orgánu

odtlačok pečiatky

V Z O R

O Z N Á M E N I E

údajov k ročnému prerozdeleniu poistného na verejné zdravotné poistenie
za rok

Názov zdravotnej poisťovne:

IČO:

Banka:

Číslo bankového účtu:

1. Celková suma povinného poistného [§ 27a ods. 2 písm. a) zákona] v Sk			
2. Počet poistencov [§ 27a ods. 2 písm. b) zákona]			
z toho	Muži	Ženy	Spolu
2a. od 0 rokov do 4 rokov			
2b. od 5 rokov do 9 rokov			
2c. od 10 rokov do 14 rokov			
2d. od 15 rokov do 19 rokov			
2e. od 20 rokov do 24 rokov			
2f. od 25 rokov do 29 rokov			
2g. od 30 rokov do 34 rokov			
2h. od 35 rokov do 39 rokov			
2i. od 40 rokov do 44 rokov			
2j. od 45 rokov do 49 rokov			
2k. od 50 rokov do 54 rokov			
2l. od 55 rokov do 59 rokov			
2m. od 60 rokov do 64 rokov			
2n. od 65 rokov do 69 rokov			
2o. od 70 rokov do 74 rokov			
2p. od 75 rokov do 79 rokov			
2r. od 80 rokov			

Vypracoval :

V..... dňa

Číslo telefónu:

Číslo faxu:

.....
**podpis štatutárneho orgánu
odtlačok pečiatky**

V Z O R
Výpočet ročného prerozdelenia poistného za rok.....

Názov zdravotnej poisťovne	85,5 % základu povinného poistného	Počet Poistencov	Počet prepočítaných poistencov	Celková suma z ročného prerozdelenia pre ZP	Závazok alebo pohľadávka po ročnom prerozdelení
	A(1)	B(1)	PPP(1)	P(1)	F (1)
	A(n)	B(n)	PPP(n)	P(n)	F (n)
<i>Spolu</i>	A	B	PPP	A	0

Postup výpočtu:

1. Suma poistného na ročné prerozdelenie.

$$A = \sum_{j=1}^n A(j)$$

kde

n počet zdravotných poisťovní,
j j-ta zdravotná poisťovňa, (j = 1, ..., n)
A(j) 85,5 % základu povinného poistného pre j-tu zdravotnú poisťovňu,

2. Počet poistencov za rok.

B(j) počet poistencov j-tej zdravotnej poisťovne,

3. Počet prepočítaných poistencov j-tej zdravotnej poisťovne.

$$PPP(j) = \sum_{i=1}^m (PM(i,j) \times IRM(i) + PŽ(i,j) \times IRŽ(i))$$

kde

i i-ta veková kategória (i=1, ..., m),
m počet vekových kategórií,
PM(i,j) počet mužov i-tej vekovej kategórie u j-tej zdravotnej poisťovne,
PŽ(i,j) počet žien i-tej vekovej kategórie u j-tej zdravotnej poisťovne,
IRM(i) index rizika mužov v i-tej vekovej skupine,
IRŽ(i) index rizika žien v i-tej vekovej skupine,

4. Celkový počet prepočítaných poistencov za rok.

$$PPP = \sum_{j=1}^n PPP(j)$$

5. Štandardizovaný príjem na jedného prepočítaného poistenca v danom roku.

$$D = \frac{A}{PPP}$$

6. Suma, na ktorú má j-tá zdravotná poisťovňa nárok po ročnom prerozdelení.

$$P(j) = PPP(j) \times D$$

7. Konečná suma záväzku alebo pohľadávky z ročného prerozdelenia pre j-tu zdravotnú poisťovňu.

$$F(j) = A(j) - P(j)$$

	ZP (1)			ZP (n)	Pohľadávky spolu	Podiel na celkových pohľadávkach(%)
ZP (1)	x				Po (1)	PPO (1)
		x				
			x			
ZP (n)				x	Po (n)	PPO(n)
Závazky spolu	Z (1)			Z (n)		
Podiel na celkových záväzkoch (%)						

Vysvetlivky:

ZP zdravotná poisťovňa
Z závazky
Po pohľadávky
PPO podiel na celkových pohľadávkach

1. V riadku záväzkov a do stĺpca pohľadávok je uvedená konečná suma záväzku, alebo pohľadávky $F(j)$, ktorá vznikla j -tej zdravotnej poisťovni po ročnom prerozdeľovaní. Súčet všetkých pohľadávok sa rovná súčtu všetkých záväzkov. Pokiaľ zdravotná poisťovňa nemá záväzkov, v príslušnom riadku sa vyplní vo všetkých políčkach 0 a obdobne sa postupuje aj pri pohľadávkach.
2. Vypočíta sa percentuálny podiel záväzku, alebo pohľadávky j -tej zdravotnej poisťovne na celkových záväzkoch, resp. pohľadávkach.
3. Voľné políčka sa vyplnia podľa nasledujúceho vzorca: $Z(j) * PPO(j)$, kde $j = 1, \dots, n$

Vypracoval :

podpis štatutárneho orgánu

odtlačok pečiatky