



PREŠOVSKÝ
SAMOSPRÁVNÝ
KRAJ

Modernizácia materiálo-technického zabezpečenia existujúcich ambulancií všeobecnej a špecializovanej ambulantnej starostlivosti

- Termín vyhlásenia výzvy: zatiaľ nie je určený z dôvodu prebiehajúcej administratívnej kontroly výzvy a aktualizácie príručky pre VÚC zo strany MZ SR.
- Termín uzatvorenia výzvy: zatiaľ nebol určený.
- Celkové náklady projektu: 4 856 470,59 eur.
- Oprávnený žiadateľ: všeobecná ambulancia, primárna gynekologická ambulancia a špecializovaná ambulancia uvedená v [zozname](#).
- Oprávnené výdavky: prístrojové vybavenie uvedené v [zozname](#) materiálo-technického zabezpečenia.
- Výška finančného príspevku: definovaná pre každú ambulanciu osobitne.



**PREŠOVSKÝ
SAMOSPRÁVNÝ
KRAJ**

Zoznam oprávnených odborností	Maximálna výška príspevku
Algeziologická ambulancia	30 000 €
Ambulancia detskej psychiatrie	30 000 €
Ambulancia diabetológie a porúch látkovej premeny a výživy	30 000 €
Ambulancia fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie	30 000 €
Ambulancia klinickej imunológie a alergológie	30 000 €
Ambulancia klinickej logopédie	30 000 €
Ambulancia klinickej onkológie	30 000 €
Ambulancia lekárskej genetiky	30 000 €
Ambulancia liečebnej pedagogiky	30 000 €
Ambulancia medicíny závislostí	30 000 €
Ambulancia paliatívnej medicíny	30 000 €
Ambulancia pediatickej hematológie a onkológie	30 000 €
Ambulancia úrazovej chirurgie	30 000 €
Dermatovenerologická ambulancia	30 000 €
Geriatrická ambulancia	30 000 €
Hematologická a transfúziologická ambulancia	30 000 €
Chirurgická ambulancia	30 000 €
Infektologická ambulancia	30 000 €
Ortopedická ambulancia	30 000 €
Psychiatrická ambulancia	30 000 €
Všeobecná ambulancia pre deti a dorast	30 000 €
Všeobecná ambulancia pre dospelých	30 000 €
Ambulancia čelustnej ortopédie	50 000 €



**PREŠOVSKÝ
SAMOSPRÁVNÝ
KRAJ**

Zoznam oprávnených odborností	Maximálna výška príspevku
Ambulancia klinickej psychológie	50 000 €
Ambulancia pediatickej endokrinológie a diabetológie, porúch látkovej premeny a výživy	50 000 €
Ambulancia pediatickej gynekológie	50 000 €
Ambulancia pediatickej pneumológie a ftizeológie	50 000 €
Ambulancia plastickej chirurgie	50 000 €
Ambulancia vnútorného lekárstva	50 000 €
Nefrologická ambulancia	50 000 €
Oftalmologická ambulancia vrátane ambulancie pediatickej oftalmológie	50 000 €
Otorinolaryngologická ambulancia	50 000 €
Primárna gynekologicko-pôrodná ambulancia	50 000 €
Reumatologická ambulancia	50 000 €
Ambulancia pediatickej nefrológie	75 000 €
Ambulancia pediatickej neurológie	75 000 €
Angiologická ambulancia	75 000 €
Endokrinologická ambulancia	75 000 €
Neurologická ambulancia	75 000 €
Ambulancia pediatickej kardiológie	100 000 €
Pneumologicko-ftizeologická ambulancia	100 000 €
Urologická ambulancia	100 000 €
Ambulancia pediatickej gastroenterológie, hepatológie a výživy	150 000 €
Gastroenterologická ambulancia	150 000 €
Kardiologická ambulancia	150 000 €



PREŠOVSKÝ
SAMOSPRÁVNÝ
KRAJ

Základné/vylučujúce kritériá

1. Vydané právoplatné povolenie na prevádzku ambulancie v zozname oprávnených odborností.
2. Verejne dostupná ambulancia.
3. Platná zmluva o poskytovaní a úhrade zdravotnej starostlivosti najmenej s dvomi zdravotnými poisťovňami ku dňu podania žiadosti.
4. Schválené ordinačné hodiny ambulancie vo výške najmenej 20 hodín týždenne pre špecializované ambulancie.
5. Schválené ordinačné hodiny ambulancie vo výške najmenej 35 hodín týždenne pre všeobecné ambulancie.
6. Prevádzkovanie všeobecnej/špecializovanej ambulancie:
 - najmenej 5 rokov ku dňu podania žiadosti alebo
 - b) menej 5 rokov, pričom žiadateľ, ktorý prevádzkuje ambulanciu kratšie ako 5 rokov je oprávnený sa uchádzať výlučne o prístroje uvedené v zozname, ktoré netvoria súčasné vybavenie jeho ambulancie.

Ak poskytovateľ zdravotnej starostlivosti (PZS) poskytuje zdravotnú starostlivosť ako fyzická osoba alebo ako právnická osoba vo viacerých ambulanciách, platia nasledovné podmienky pre splnenie kritéria rozsahu ordinačných hodín:

- V prípade ambulancií rovnakého odborného zamerania, ktoré sa nachádzajú na viacerých miestach prevádzkovania, pričom odborný zástupca poskytovateľa zároveň osobne vykonáva v ambulanciách zdravotnícke povolanie sa kritérium rozsahu ordinačných hodín považuje za splnené, ak súčet ordinačných hodín jednotlivých ambulancií (bez ich vzájomného prekryvania) je najmenej
 - 20 hodín týždenne v prípade špecializovaných ambulancií,
 - 35 hodín týždenne v prípade všeobecných ambulancií.
- V prípade ambulancií s rôznym odborným zameraním, ktoré sa nachádzajú na jednom alebo viacerých miestach prevádzkovania, pričom odborný zástupca poskytovateľa zároveň osobne vykonáva v ambulanciách zdravotnícke povolanie sa kritérium rozsahu ordinačných hodín považuje za splnené, ak súčet ordinačných hodín jednotlivých ambulancií (bez ich vzájomného prekryvania) je najmenej:
 - 20 hodín týždenne v prípade špecializovaných ambulancií,
 - 35 hodín týždenne v prípade všeobecných ambulancií,
 - 35 hodín týždenne v prípade kombinácie všeobecnej a špecializovanej ambulancie.
- V takomto prípade sa splnenie kritéria rozsahu ordinačných hodín vzťahuje na ambulanciu s prevažujúcim rozsahom ordinačných hodín.



PREŠOVSKÝ
SAMOSPRÁVNÝ
KRAJ

Posudzovanie žiadosti

- Ak poskytovateľ zdravotnej starostlivosti spĺňa základné/vylučujúce kritériá, neznamená to automatický nárok na finančný príspevok.
- Znamená to, že sa stáva oprávneným žiadateľom a jeho žiadosť bude ďalej posudzovaná podľa regionálnych kritérií.
- Samosprávny kraj má na vyhodnotenie žiadostí 60 pracovných dní od uzatvorenia vyzvania.



PREŠOVSKÝ
SAMOSPRÁVNÝ
KRAJ

Podanie žiadosti

- Žiadosť o poskytnutie príspevku spolu s prílohami je k dispozícii na [webovej stránke Ministerstva zdravotníctva](#) v zložke „Príručka pre užívateľa finančných prostriedkov z príspevku na modernizáciu materiálno-technického zabezpečenia existujúcich ambulancií všeobecnej a špecializovanej ambulantnej starostlivosti (verzia 1.1) pre výzvu PSK-MZ-007-2024-DV-EFRR“.
 - Žiadosti spolu s prílohami bude možné podať:
 - v elektronickej podobe prostredníctvom elektronickej schránky poskytovateľa zriadenej v rámci Ústredného portálu verejnej správy www.slovensko.sk, podpísaný kvalifikovaným elektronickým podpisom alebo kvalifikovaným elektronickým podpisom s mandátnym certifikátom;
 - listinne.
- Listinná forma musí byť predložená v pevnom, uzavretom a nepriehľadnom základnom obale (napr. v papierovej krabici alebo pevnej obálke). Na základnom obale je potrebné uviesť nasledovné údaje:
- označenie kódu príslušného vyzvania - 401405F454001,
 - celý názov (meno) a adresa užívateľa,
 - IČO užívateľa,
 - nápisy „Žiadosť o poskytnutie FPzP“ a „NEOTVÁRAŤ“.
 - Osobné doručenie žiadostí na podateľni PSK bude možné v dňoch pondelok – piatok od 8:00 hod do 13:30 hod.



PREŠOVSKÝ
SAMOSPRÁVNÝ
KRAJ

Podanie žiadosti - vysvetlivky

- Vysvetlivky ako vyplniť žiadosť sú na konci formulára žiadosti.

Príloha č. 1 Žiadosť o poskytnutie finančných prostriedkov z príspevku	
Vysvetlivky – vzor ako vyplniť ŽoFPzP: Identifikátor žiadosti užívateľa: VÚCxx_000_000 - pri každej doručenej žiadosti o poskytnutie finančných prostriedkov z príspevku prideliť VÚC jedinečný kód užívateľa vo formáte „VÚCxx_000“, kde xx je skratka príslušného vyššieho územného celku (TT, TN, NR, BB, ZA, KE, BO) a 000 je poradové číslo žiadosti pridelené podľa časového poradia jej doručenia. V prípade, ak má poskytovateľ zdravotnej starostlivosti viacero ambulancií, pri ich identifikácii sa používa rozšírený formát „VÚCxx_000_000“ pričom posledné trojčíslicie označuje poradové číslo ambulancie u daného poskytovateľa. Prijaté dňa: VÚC si vyberie z možnosti dátumu rozbalením výberového tlačidla. Registrowané dňa: VÚC si vyberie z možnosti dátumu rozbalením výberového tlačidla. Meno/názov užívateľa: užívateľ uvedie svoje meno resp. názov poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Adresa užívateľa: užívateľ uvedie adresu/sídlo poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Právna forma: užívateľ uvedie právnu formu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. IČO: užívateľ uvedie IČO poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktoré má pridelené štatistickým úradom alebo iným úradom, v prípade výnimky je potrebné uviesť do kolónky výnimka a doložiť kópiu výnimky (8 číslíc). DIČ: užívateľ uvedie DIČ poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktoré má pridelené Správcom daní (10 číslíc). Uplatnenie si DPH koeficientom: Užívateľ uvedie či si uplatňuje DPH koeficientom, rozbalí si možnosti a vyberie odpoveď „áno“, „nie“, „netýka“. IČ DPH: užívateľ uvedie IČ DPH poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ak má pridelené (12 znakov). Štatutárny orgán: užívateľ uvedie meno, priezvisko, titul štatutárneho orgánu. E-mail: užívateľ uvedie email štatutárneho orgánu pre komunikáciu s VÚC. Tel. číslo: užívateľ uvedie telefónne číslo (pevná linka; mobil) pre komunikáciu s VÚC. Kontaktná osoba pre komunikáciu: užívateľ uvedie kontaktnú osobu, ktorá je poverená komunikáciou medzi užívateľom a VÚC, ak je štatutárny orgán totožný s kontaktnou osobou, uvedie sa meno a priezvisko štatutárneho orgánu a do kolónky email a tel. číslo ostáva prázdna. E-mail: užívateľ uvedie email, iba v prípade ak je iný ako má štatutárny orgán. Tel. číslo: užívateľ uvedie email, iba v prípade ak je iný ako má štatutárny orgán. Región (NUTSII) (MRR): užívateľ uvedie región podľa normalizovanej klasifikácie územných jednotiek NUTS II na Slovensku. Kód „P“ užívateľa: užívateľ uvedie svoj kód „P“ poskytovateľa zdravotnej starostlivosti Názov odbornej ambulancie: užívateľ uvedie meno/názov odbornej ambulancie	Príloha č. 1 Žiadosť o poskytnutie finančných prostriedkov z príspevku Adresa ambulancie miesta realizácie aktivít projektu: užívateľ uvedie ulicu, popisné číslo, PSČ, mesto/obec – t. j. miesto realizácie Poznámka: užívateľ zkopíruje svoj vybraný riadky podľa počtu ambulancií v prípade záujmu podporenia viacerých odborných ambulancií; napr.: 1 poskytovateľ má záujem podporiť 10 ambulancií, tak si nakopíruje 10x3 riadky, každá ambulancia musí byť vpišaná osobitne. Názov projektu: Užívateľ uvedie názov projektu, napr. Modernizácia materiálo-technického zabezpečenia v.....ambulancii Bankové spojenie: užívateľ uvedie „Názov banky“ v ktorej je vedený účet, v prípade používania prevodov medzi VÚC, užívateľom a dodávateľom pri schválenom a zapsanom projekte. IBAN: užívateľ uvedie „IBAN účtu“ ktorý bude používať v prípade prevodov medzi VÚC, užívateľom a dodávateľom pri schválenom a zapsanom projekte, mal by to byť samostatný účet alebo podúčet. BIC kód: užívateľ uvedie „BIC kód“ BIC je bankový identifikačný kód, ktorý jednoznačne identifikuje banku. Je dôležitý pre zjednodušenie medzinárodného platobného styku. (SWIFT). Systém financovania: „Refundácia“ Interval: užívateľ uvedie termín realizácie aktivít projektu od-do (maximálne 12 mesiacov), zvolí si dátum po rozbalení výberového tlačidla. Žiadaná suma: celkové oprávnené výdavky: užívateľ uvedie celkovú sumu aj spolu s DPH, ktorú si žiada za projekt, suma je uvedená v 100% požadovaná výška fin. prostriedkov: užívateľ uvedie sumu vypočítanú z celkových oprávnených výdavkov a to vo výške 92%, vlastné zdroje: užívateľ uvedie sumu, ktorú je povinný spolufinancovať a to vo výške 8% z celkových oprávnených výdavkov – Príklad: COV: 62 000,00 € (100%) = 57 040,00 € (92%) + 4 960,00 € (8%) Poznámka: v prípade záujmu podporenia viacerých ambulancií užívateľ nakopíruje tabuľku podľa potrebného počtu: užívateľ vyplní tabuľku za každú ambulanciu samostatne (do tabuľiek uvedie kód „P“ užívateľa) a zároveň vyplní súhrnnú tabuľku za všetky ambulancie spolu. Napr.: 1 poskytovateľ má záujem podporiť 10 ambulancií, tak si nakopíruje tabuľku 11-krát, každá ambulancia bude mať osobitný súhrn, plus užívateľ uvedie súhrn za všetky ambulancie spolu. Názov aktivity: užívateľ neuvádza názov aktivity, je pevne uvedený. Popis realizovanej aktivity: užívateľ uvedie, akým spôsobom použije finančné prostriedky z príspevku od poskytovateľa finančných prostriedkov z príspevku (VÚC), účel využitia obstaraného MTZ, ďalej uvedie, čo dosiahne obstaraním MTZ. Iné: užívateľ uvedie, aký cieľ bude dosiahnutý realizáciou tejto aktivity, ktorý musí byť v súlade s vyzvaním. Názov merateľného ukazovateľa: užívateľ uvedie názov merateľného ukazovateľa uvedeného vo vyzvaní.



PREŠOVSKÝ
SAMOSPRÁVNÝ
KRAJ

Podanie žiadosti – základné a bankové údaje, časový harmonogram

Spolufinancovaný Európskou úniou PROGRAM SLOVENSKO MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA SLOVENSKEJ REPUBLIKY PREŠOVSKÝ SAMOSPRÁVNÝ KRAJ

Príloha č. 1 Žiadosť o poskytnutie finančných prostriedkov z príspevku

Pečiatka VÚC

Kód ITMS21+ VÚC ¹ :	
Identifikátor žiadosti užívateľa:	
Prijaté dňa:	
Registrované dňa:	

Žiadosť o finančné prostriedky z príspevku

1. Základné údaje o užívateľovi²

Meno/názov užívateľa:	Meno/názov poskytovateľa zdravotnej starostlivosti
Adresa/sídlo užívateľa:	Ulica, popisné číslo, PSČ, mesto/obec
Právna forma:	
IČO:	
DIČ:	
IČ DPH:	
Uplatnenie si DPH koeficientom:	Vyberte položku.
Štatutárny orgán:	Meno, priezvisko a titul
E-mail:	
Tel. číslo:	
Kontaktná osoba pre komunikáciu:	Meno, priezvisko a titul
Adresa pre korešpondenciu:	Ulica, popisné číslo, PSČ, mesto/obec
E-mail:	
Tel. číslo:	
Región (NUTSII) (MRR)	Východné Slovensko, Prešovský kraj
Kód „P“ užívateľa:	12-miestny kód ambulancie
Názov odbornej ambulancie:	Meno/názov odbornej ambulancie (užívateľ skopíruje sivo vyfarbené riadky podľa počtu ambulancií v prípade záujmu podporenia viacerých odborných ambulancií; napr.: 1 poskytovateľ má záujem podporiť 10 ambulancií, tak si nakopíruje 10x3 riadky, každá ambulancia musí byť vpísaná osobitne)
Adresa ambulancie – miesto realizácie aktivít projektu:	Ulica, popisné číslo, PSČ, mesto/obec – miesto realizácie
Názov projektu:	

2. Bankové údaje pre poskytnutie pomoci

Bankové spojenie:	
IBAN:	
BIC kód:	
Systém financovania:	Poskytnutie zálohovej platby, refundácia

3. Časový harmonogram aktivít:

Interval:	Od	Do
-----------	----	----

- Hornú časť vyplní samosprávny kraj, nie PZS.
- PZS vyplní základné údaje, región nemusí vyplňať - už je predpísaný.
- Sivé políčka – Kód „P“ užívateľa, Názov odbornej ambulancie, Adresa ambulancie – miesto realizácie aktivít projektu možno kopírovať podľa počtu ambulancií, na ktoré PZS podáva žiadosť (viď strany 15, 16)
- 3. Časový harmonogram aktivít
 - Časová oprávnenosť realizácie projektu sa začína dňom účinnosti zmluvy o poskytnutí finančných prostriedkov, t. j. dňom nasledujúcim po jej zverejnení v Centrálnom registri zmlúv (CRZ), a trvá maximálne 12 mesiacov.
 - Užívateľ v žiadosti uvedie plánovaný termín realizácie aktivít projektu, pričom ich začiatok musí byť po uzatvorení vyzvania (termín ešte nie je stanovený). Dôvodom je, že do tohto dátumu bude vyhlásené vyzvanie a následne bude prebiehať kontrola a vyhodnocovanie žiadostí. Koniec realizácie aktivít nesmie presiahnuť 12 mesiacov od dátumu začiatku realizácie.



PREŠOVSKÝ
SAMOSPRÁVNÝ
KRAJ

Podanie žiadosti – celkové oprávnené výdavky

- Celkové oprávnené výdavky = Rozpočet projektu, pokiaľ je výška žiadaného príspevku v stanovenom limite pre jednotlivé odborné zamerania.

4. Celkové oprávnené výdavky: Pxxxxxxxxxxx		
Žiadaná suma	Celkové oprávnené výdavky:	32 608,7 Eur <i>uviesť 100 % oprávnených výdavkov</i>
	požadovaná výška fin. prostriedkov:	30 000 Eur <i>uviesť 92 % z celkových oprávnených výdavkov</i>
	vlastné zdroje:	2 608,7 Eur <i>uviesť 8 % z celkových oprávnených výdavkov</i>

7. Rozpočet projektu				
P. č.	Názov výdavku	Počet kusov	Kód „P“ užívateľa:	Poznámka
1.	<i>Sterilizátor</i>	1	Pxxxxxxxxxxx	
2.	<i>Bodová lampa</i>	1	Pxxxxxxxxxxx	
3.	<i>Centrifúga</i>	1	Pxxxxxxxxxxx	
4.	<i>Chladnička s mrazničkou s kalibrovaným teplomerom</i>	1	Pxxxxxxxxxxx	
5.	<i>POCT prístroj</i>	1	Pxxxxxxxxxxx	
Spolu			32 608,7 Eur	

- V prípade, ak je výška požadovaného príspevku vyššia ako limit stanovený pre dané odborné zameranie, bude žiadosť vyplnená inak. Príklad je uvedený na ďalšej strane.



PREŠOVSKÝ
SAMOSPRÁVNÝ
KRAJ

Podanie žiadosti – celkové oprávnené výdavky

- Uvádzame aj príklad, ak bude cena požadovaného materiálo-technického zabezpečenia vyššia ako výška príspevku.
- V tom prípade Celkové oprávnené výdavky $\neq$ Rozpočet projektu
- Príklad pre ambulanciu s limitom 30 000 €:

4. Celkové oprávnené výdavky: Pxxxxxxxxxxx		
Žiadaná suma	Celkové oprávnené výdavky:	32 608,7 Eur <i>uviesť 100 % oprávnených výdavkov</i>
	požadovaná výška fin. prostriedkov:	30 000 Eur <i>uviesť 92 % z celkových oprávnených výdavkov</i>
	vlastné zdroje:	2 608,7 Eur <i>uviesť 8 % z celkových oprávnených výdavkov</i>

7. Rozpočet projektu				
P. č.	Názov výdavku	Počet kusov	Kód „P“ užívateľa:	Poznámka
1.	USG prístroj	1	Pxxxxxxxxxxx	x
2.				
3.				
4.				
5.				
	Spolu			40 000,00 Eur

- Neoprávnené výdavky hradí poskytovateľ zdravotnej starostlivosti (PZS).

Cena prístroja	40 000,00 €
Limit pre dané odborné zameranie	30 000,00 €
Celkové oprávnené výdavky	32 608,70 €
Požadovaná výška fin. prostriedkov	30 000,00 €
Vlastné zdroje	2 608,70 €
Neoprávnené výdavky	7 391,30 €



PREŠOVSKÝ
SAMOSPRÁVNÝ
KRAJ

Podanie žiadosti – celkové oprávnené výdavky

- Pre presnejšie vysvetlenie uvádzame príklad výpočtu oprávnených výdavkov vychádzajúci z maximálnych výšok schválených príspevkov:

Príklady celkových oprávnených výdavkov podľa schválených výšok finančných prostriedkov						
Celkové oprávnené výdavky:	100%	32 608,70 €	54 347,83 €	81 521,74 €	108 695,70 €	163 043,50 €
Požadovaná výška fin. prostriedkov:	92%	30 000,00 €	50 000,00 €	75 000,00 €	100 000,00 €	150 000,00 €
Vlastné zdroje:	8%	2 608,70 €	4 347,83 €	6 521,74 €	8 695,70 €	13 043,50 €

- Zároveň je možné požiadať aj o inú výšku príspevku. Údaje uvedené v tabuľke majú výlučne ilustračný charakter a slúžia na názorné vysvetlenie spôsobu výpočtu položiek – celkové oprávnené výdavky, požadovaná výška finančných prostriedkov a výška vlastných zdrojov.



PREŠOVSKÝ
SAMOSPRÁVNÝ
KRAJ

Podanie žiadosti – merateľné ukazovatele

- Výpočet prvého merateľného ukazovateľa „*Kapacita*“ je nasledovný: úväzok lekára **x** počet ošetrovaných pacientov denne (určená východisková hodnota 6) **x** počet pracovných dní v roku začatia realizácie projektu (v roku 2026 je to 254 dní).
- Úväzok lekára sa počíta z ordinačných hodín ambulancie, na ktorú žiada príspevok.
- Plný úväzok pre **všetky** ambulancie je stanovený na 40 hodín týždenne.
- Napríklad: lekár má plný úväzok - 40 ordinačných hodín týždenne: $1 \times 6 \times 254 = 1524$, lekár má polovičný úväzok – 20 ordinačných hodín týždenne: $0,5 \times 6 \times 254 = 762$.
- V prípade ak PZS prevádzkuje viacero ambulancií a žiada na nich príspevok, tak výpočet merateľného ukazovateľa výstupu bude súčet kapacít jednotlivých ambulancií: napr. ak PZS prevádzkuje dve ambulancie a v jednej má 0,5 úväzok, a v druhej má 0,6 úväzok tak hodnota merateľného ukazovateľa bude $762 + 914 = 1676$.
- Hodnota druhého merateľného ukazovateľa „*Používatelia*“ musí byť minimálne rovnaká ako prvého ukazovateľa alebo viac. Takže ak v prvom merateľnom ukazovateli vyšiel výsledok 1676, tak v druhom merateľnom ukazovateli musí byť aspoň 1676 alebo viac.

6. Príspevok k naplneniu merateľných ukazovateľov	
Názov merateľného ukazovateľa:	Kapacita nových alebo modernizovaných zariadení zdravotnej starostlivosti
Plnenie merateľného ukazovateľa:	Uviesť hodnotu osoby/rok
Názov merateľného ukazovateľa:	Používatelia nových alebo modernizovaných zariadení zdravotnej starostlivosti za rok
Plnenie merateľného ukazovateľa:	Uviesť hodnotu používateľa/rok



PREŠOVSKÝ
SAMOSPRÁVNÝ
KRAJ

Merateľný ukazovateľ č. 1 – „Kapacita“

Počet ordinačných hodín	Úväzok	Počet pacientov na deň (určená hodnota 6)	Počet pracovných dní v roku	Merateľný ukazovateľ č. 1 "Kapacita"
1	0,03	6	254	38
2	0,05	6	254	76
3	0,08	6	254	114
4	0,1	6	254	152
5	0,13	6	254	191
6	0,15	6	254	229
7	0,18	6	254	267
8	0,2	6	254	305
9	0,23	6	254	343
10	0,25	6	254	381
11	0,28	6	254	419
12	0,3	6	254	457
13	0,33	6	254	495
14	0,35	6	254	533
15	0,38	6	254	572
16	0,4	6	254	610
17	0,43	6	254	648
18	0,45	6	254	686
19	0,48	6	254	724
20	0,5	6	254	762
21	0,53	6	254	800
22	0,55	6	254	838
23	0,58	6	254	876
24	0,6	6	254	914
25	0,63	6	254	953



PREŠOVSKÝ
SAMOSPRÁVNÝ
KRAJ

Merateľný ukazovateľ č. 1 – „Kapacita“

Počet ordinačných hodín	Úväzok	Počet pacientov na deň (určená hodnota 6)	Počet pracovných dní v roku	Merateľný ukazovateľ č. 1 "Kapacita"
26	0,65	6	254	991
27	0,675	6	254	1029
28	0,7	6	254	1067
29	0,725	6	254	1105
30	0,75	6	254	1143
31	0,775	6	254	1181
32	0,8	6	254	1219
33	0,825	6	254	1257
34	0,85	6	254	1295
35	0,875	6	254	1334
36	0,9	6	254	1372
37	0,925	6	254	1410
38	0,95	6	254	1448
39	0,975	6	254	1486
40	1	6	254	1524
41	1,025	6	254	1562
42	1,05	6	254	1600
43	1,075	6	254	1638
44	1,1	6	254	1676
45	1,125	6	254	1715
46	1,15	6	254	1753
47	1,175	6	254	1791
48	1,2	6	254	1829
49	1,225	6	254	1867
50	1,25	6	254	1905



PREŠOVSKÝ
SAMOSPRÁVNÝ
KRAJ

Podanie žiadosti - rozpočet

- V žiadosti je potrebné uviesť názov položky podľa zoznamu oprávneného vybavenia.
- Napríklad:

Príloha č. 3.2 vyzvania

Final verzia: Zoznam oprávneného vybavenia na jednotlivé odborné zamerania ambulancií

Účel: príloha k výzve č. PSK-MZ-007-2024-DV-EFRR - Modernizácia materiálno-technického vybavenia existujúcich ambulancií v šeo

Financovanie: Program Slovensko - SK - EFRR/KF/FST/ESF+ (alokácia 24 000 000 EUR)

verzia: v28 final, 27.01.2026_JJ

Zoznam oprávnených odborností	Zoznam oprávneného vybavenia
všeobecný zoznam pre všetky oprávnené odbornosti	Inteligentné digitálne úložisko/cloudové riešenie Sterilizátor Zariadenie na permanentné čistenie a filtrovanie vzduchu v ambulancii Software na automatický prepis hovoreného slova Chladnička s kalibrovaným teplomerom na liečivá a vakciny Kalibrovaný teplomer s automatickým záznamníkom do chladničky Lekársky teplomer Externý automatický defibrilátor Tlakomer (vrátane setu manžiet) Digitálna váha s výškomerom Polohovacie elektrické vyšetrovacie lôžko Vyšetrovacie svetlo / bodová lampa Mobilná resuscitačná súprava Digitálny informačný panel do čakárne - 3x Skartovací prístroj Sieťové prvky na internetové pripojenie
Algeziologická ambulancia	Základný stôl a operačná lampa
Algeziologická ambulancia	Dvojkomorová manžeta s manometrami
Algeziologická ambulancia	Infúzna (perfúzna) pumpa
Algeziologická ambulancia	12- zvodový EKG prístroj s možnosťou monitorovania
Algeziologická ambulancia	Chirurgická súprava nástrojov
Algeziologická ambulancia	Spojňový set a pumpa
Algeziologická ambulancia	Bodová lampa
Algeziologická ambulancia	Centrifúga
Algeziologická ambulancia	Prístroj na kryobliáciu nervov
Algeziologická ambulancia	Jednosmerná transkraniálna elektrická stimulácia (tDCS)
Algeziologická ambulancia	Transkutánná elektrická neurostimulácia (TENS)
Algeziologická ambulancia	Generátor ozónu
Algeziologická ambulancia	Odberové kreslo
Algeziologická ambulancia	Masérsky stôl
Algeziologická ambulancia	Prístroj na aplikáciu fototerapie
Algeziologická ambulancia	Chladnička s mrazničkou s kalibrovaným teplomerom
Algeziologická ambulancia	POCT prístroj

7. Rozpočet projektu				
P. č.	Názov výdavku	Počet kusov	Kód „P“ užívateľa:	Poznámka
1.	Sterilizátor	1	Pxxxxxxxxxxxx	
2.	Bodová lampa	1	Pxxxxxxxxxxxx	
3.	Centrifúga	1	Pxxxxxxxxxxxx	
4.	Chladnička s mrazničkou s kalibrovaným teplomerom	1	Pxxxxxxxxxxxx	
5.	POCT prístroj	1	Pxxxxxxxxxxxx	
Spolu			32 608,7 Eur	

- V rámci rozpočtu projektu sa uvádza súhrnná suma za všetky prístroje. Nie je potrebné dokladovať prieskum trhu ani uvádzať jednotkové ceny jednotlivých prístrojov. Postačuje uviesť celkovú požadovanú sumu.



PREŠOVSKÝ
SAMOSPRÁVNÝ
KRAJ

Podanie žiadosti na viacero ambulancií

- V prípade, že má PZS viac ambulancií a chce požiadať o príspevok na viacero z nich, musí v žiadosti vyplniť všetky **sivé** políčka samostatne za každú ambulanciu.
- Vybrané tabuľky je potrebné nakopírovať podľa počtu ambulancií, na ktoré poskytovateľ podáva žiadosť.
- Ide o časti:

1. Základné údaje o užívateľovi

- Kód „P“ užívateľa
- Názov odbornej ambulancie,
- Adresa ambulancie – miesto realizácie aktivít projektu

Žiadosť o finančné prostriedky z príspevku	
1. Základné údaje o užívateľovi?	
Meno/názov užívateľa:	Meno/názov poskytovateľa zdravotnej starostlivosti
Adresa/sídlo užívateľa:	Ulica, popisné číslo, PSČ, mesto/obec
Právna forma:	
IČO:	
DIČ:	
IČ DPH:	
Uplatnenie si DPH koeficientom:	Vyberte položku.
Štatutárny orgán:	Meno, priezvisko a titul
E-mail:	
Tel. číslo:	
Kontaktná osoba pre komunikáciu:	Meno, priezvisko a titul
Adresa pre korešpondenciu:	Ulica, popisné číslo, PSČ, mesto/obec
E-mail:	
Tel. číslo:	
Región (NUTSII) (MRR)	Východné Slovensko, Prešovský kraj
Kód „P“ užívateľa:	12-miestny kód ambulancie
Názov odbornej ambulancie:	Meno/názov odbornej ambulancie (užívateľ skopíruje sivo vyfarbené riadky podľa počtu ambulancií v prípade záujmu podporenia viacerých odborných ambulancií; napr.: 1 poskytovateľ má záujem podporiť 10 ambulancií, tak si nakopíruje 10x3 riadky, každá ambulancia musí byť vpísaná osobitne)
Adresa ambulancie – miesto realizácie aktivít projektu:	Ulica, popisné číslo, PSČ, mesto/obec – miesto realizácie
Názov projektu:	

- PZS skopíruje sivo vyfarbené riadky podľa počtu ambulancií, na ktoré chce žiadať príspevok; napr.: 1 poskytovateľ má záujem podporiť 10 ambulancií, tak si nakopíruje 10x3 sivé riadky, každá ambulancia musí byť vpísaná osobitne.



Podanie žiadosti na viacero ambulancií

4. Celkové oprávnené výdavky: (Kód „P“ užívateľa)		
Žiadaná suma	Celkové oprávnené výdavky:	uviesť 100 % oprávnených výdavkov
	požadovaná výška fin. prostriedkov:	uviesť 92 % z celkových oprávnených výdavkov
	vlastné zdroje:	uviesť 8 % z celkových oprávnených výdavkov

4. Celkové oprávnené výdavky

- PZS nakopíruje tabuľku podľa potrebného počtu. Do tabuliek uvedie kód „P“ užívateľa a zároveň vyplní sumárnu tabuľku za všetky ambulancie spolu. Napr.: 1 poskytovateľ má záujem podporiť 10 ambulancií, tak si nakopíruje tabuľku 11-krát, každá ambulancia bude mať osobitný sumár, plus užívateľ uvedie sumár za všetky ambulancie spolu.

5. Príspevok k realizácii oprávnených aktivít:	
Názov aktivity:	„Obnova a modernizácia materiálo-technického vybavenia pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti vo všeobecných a špecializovaných ambulanciách.“
Popis realizovanej aktivity	Užívateľ uvedie, akým spôsobom použije finančné prostriedky z príspevku od prijímateľa nenávratného príspevku (t.j. VÚC). Účel využitia obstaraného MTZ. Uvedie, čo dosiahne obstaraním MTZ.
Iné	Aký cieľ bude dosiahnutý realizáciou tejto aktivity.

6. Príspevok k naplneniu merateľných ukazovateľov

- PZS skopíruje sivo vyfarbené riadky podľa počtu ambulancií, na ktoré chce žiadať príspevok; napr.: 1 poskytovateľ má záujem podporiť 10 ambulancií, tak si nakopíruje 10x4 sivé riadky, každá ambulancia musí byť vpísaná osobitne.

6. Príspevok k naplneniu merateľných ukazovateľov	
Názov merateľného ukazovateľa:	Kapacita nových alebo modernizovaných zariadení zdravotnej starostlivosti
Plnenie merateľného ukazovateľa:	Uviesť hodnotu osoby/rok
Názov merateľného ukazovateľa:	Používatelia nových alebo modernizovaných zariadení zdravotnej starostlivosti za rok
Plnenie merateľného ukazovateľa:	Uviesť hodnotu používateľa/rok

7. Rozpočet projektu				
P. č.	Názov výdavku	Počet kusov	Kód „P“ užívateľa:	Poznámka
1.	Xxxxxxx xxxxxxxx	x	x	x
2.				
3.				
4.				
5.				
Spolu		Xxx xxx,xx Eur		

7. Rozpočet projektu

- PZS nakopíruje tabuľku podľa potrebného počtu a vyplní tabuľku za každú ambulanciu samostatne. Napr.: 1 poskytovateľ má záujem podporiť 10 ambulancií, tak si nakopíruje tabuľku 10-krát, každá ambulancia bude mať osobitný rozpočet. Na konci uvedie sumu spolu za všetky ambulancie.

8. Zoznam príloh	
1.	Podpisový vzor + Splnomocnenie (predpísaný vzor) – ak relevantné.
2.	Doklad z banky o zriadení/vedení bankového účtu užívateľa, na ktorý majú byť poukázané finančné prostriedky z príspevku a z ktorého budú hradené finančné prostriedky z príspevku dodávateľom (zmluva o založení účtu, potvrdenie o vedení účtu – kópia dokladov).
3.	Doklad o zápise užívateľa v registri partnerov verejného sektora – ak relevantné.
4.	Výpis z registra trestov štatutára/splnomocnenej osoby, príp. žiadosť s údajmi na jeho vyžiadanie.



PREŠOVSKÝ
SAMOSPRÁVNÝ
KRAJ

Podanie žiadosti - inventarizácia

- Inventarizácia prístrojového vybavenia sa týka iba:
 - ambulancií prevádzkovaných menej ako päť rokov ku dňu podania žiadosti,
 - ambulancií, ktorých materiálno-technické vybavenie je financované z iných verejných zdrojov (napr. POO, CIZS, RCIS a pod.)
 - Inventarizácia prístrojového vybavenia neobsahuje majetok poskytovateľa typu: nehnuteľnosti, autá, atď., obsahuje výlučne prístrojové vybavenie ambulancie.
 - [Vzorový formulár](#)
 - Napríklad:

Inventarizácia prístrojového vybavenia			
Názov poskytovateľa zdravotnej starostlivosti:	XXXXXXXX XXXX		
IČO:	123456		
Druh zdravotníckeho zariadenia	primárna gynekologicko-pôrodnica ambulancia		
Názov prístrojového vybavenia	Model/Typ prístroja	Značka	Výrobné číslo
USG prístroj	USG prístroj Voluson S8t BT18	GE Healthcare	123456789