

## Zmluva č. 61OPLK000311

### Čl. 1 Zmluvné strany

#### 1. Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

so sídlom: Panónska cesta 2, 851 04 Bratislava - mestská časť Petržalka

Štatutárny orgán: Ing. Richard Strapko, predseda predstavenstva

MUDr. Beata Havelková, MPH, MBA, podpredsedníčka predstavenstva

IČO: 35 937 874

IČ DPH: SK2022027040

Zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel Sa,

vložka číslo: 3602/B

Osoba oprávnená konať vo veci zmluvy: JUDr. Milan Hronec

regionálny riaditeľ oddelenia nákupu zdravotnej starostlivosti Bratislava

adresa: Ondavská 3, 825 21 Bratislava 25

Bankové sp

Číslo účtu:

(ďalej len „poisťovňa“)

a

#### 2. Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave

so sídlom: Limbová 12, 833 03 Bratislava

Zastúpený: prof.MUDr.Peter Šimko,CSc.

Identifikátor poskytovateľa: P43079

IČO: 00165361

Bankové spojenie

Číslo účtu:

(ďalej len „poskytovateľ“)

uzatvárajú

v súlade s § 7 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 581/2004 Z.z.“), na základe splnenia kritérií týkajúcich sa personálneho a materiálno-technického vybavenia a indikátorov kvality, v súlade so zákonom č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 576/2004 Z.z.“), zákonom č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 577/2004 Z.z.“), zákonom č.578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 578/2004 Z.z.“), zákonom č. 579/2004 Z. z. o záchranej zdravotnej službe v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 579/2004 Z.z.“), zákonom č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení v znení neskorších predpisov, zákonom č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 362/2011 Z.z.“), zákonom č. 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 363/2011 Z.z.“), zákonom č. 513/1991 Zb. Obchodný zákonník v znení neskorších predpisov (ďalej len „obchodný zákonník“), zákonom NR SR č. 18/1996

Z. z. o cenách v znení neskorších predpisov, s nariadením Európskeho parlamentu a Rady č. 883/2004 a Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 987/2009

túto zmluvu o poskytovaní a úhrade zdravotnej starostlivosti, lekárenskej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti (ďalej len „Zmluva“).

## Čl. 2 Predmet zmluvy

1. Predmetom tejto Zmluvy je zabezpečovanie poskytovania a úhrada zdravotnej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti (ďalej len „zdravotná starostlivosť“), v cenách, rozsahu a za podmienok stanovených v tejto Zmluve a Všeobecných zmluvných podmienkach (ďalej len „VZP“).
2. Poskytovateľ poskytuje zdravotnú starostlivosť poistencom poisťovne, poistencom členských štátov Európskej únie, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu, Švajčiarska a Srbska, cudzincom zo štátov, s ktorými má Slovenská republika uzatvorené dohody o poskytnutí zdravotnej starostlivosti.
3. Predmetom tejto Zmluvy je aj dohoda o úhrade liekov a zdravotných výkonov poskytnutých zariadením spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, ktoré lekár poskytovateľa predpísal alebo indikoval pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti počas doplnkových ordinačných hodín alebo počas poskytovania domácej starostlivosti v znení súvisiacich predpisov.

## Čl. 3 Základné práva a povinnosti zmluvných strán

1. **Poisťovňa sa zaväzuje** v súlade s touto Zmluvou, VZP a príslušnými právnymi predpismi uhradiť poskytovateľovi zdravotnú starostlivosť uhrádzanú na základe verejného zdravotného poistenia v cene a rozsahu dohodnutom v tejto Zmluve, poskytnutú jej poistencom a poistencom členských štátov Európskej únie, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu, Švajčiarska a Srbska, cudzincom zo štátov, s ktorými má Slovenská republika uzatvorené dvojstranné medzinárodné dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a bezdomovcom.
2. **Poskytovateľ sa zaväzuje najmä:**
  - a) poskytovať poistencom poisťovne a ostatným osobám podľa Čl. 3 bod 1 zdravotnú starostlivosť v súlade s touto Zmluvou a VZP,
  - b) spĺňať kritériá na uzatvorenie zmluvy, pokiaľ sa tieto na poskytovateľa vzťahujú. Kritériá na uzatvorenie zmluvy tvoria Prílohu č. 3a, 3b a č. 4 Zmluvy,
  - c) dodržiavať ordinačné hodiny schválené príslušným samosprávnym krajom,
  - d) poskytovať poistencom poisťovne a ostatným osobám podľa Čl. 3 bod 1 zdravotnú starostlivosť lekárom alebo iným kompetentným zdravotníckym pracovníkom minimálne počas ordinačného času určeného na poskytovanie zdravotnej starostlivosti,
  - e) oznámiť poisťovní zmenu ordinačných hodín poskytovateľa v lehote 7 dní odo dňa schválenia zmeny ordinačných hodín príslušným samosprávnym krajom,
  - f) zodpovedá za dodržanie účelnosti, efektívnosti a odbornej správnosti diagnostických a terapeutických postupov,
  - g) v prípade, že poistenec predpísaný humánnym liekom alebo zdravotnícku pomôcku dlhodobo užíva a nie je potrebná zmena dávkovania a/alebo liekovej formy lieku, predpisujúci lekár v rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti preferuje predpísanie humánneho lieku spôsobom uvedeným v § 119 odseku 5 zákona č. 362/2011 Z. z. alebo zdravotnícku pomôcku elektronickej,

vytvorením preskripčného záznamu s poznámkou „REPETATUR“ podpísaný elektronickým podpisom v elektronickej zdravotnej knižke poistenca.

#### **ČI. 4**

#### **Cena a podmienky úhrady**

1. Zmluvné strany sa dohodli na úhrade za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v cenách a za podmienok, ktoré sú uvedené v Prílohe č. 1a až 1e tejto Zmluvy.

#### **ČI. 5**

#### **Rozsah zdravotnej starostlivosti**

1. Zmluvné strany sa dohodli na rozsahu zdravotnej starostlivosti, ktorý je definovaný v členení a štruktúre uvedenej v Prílohe č. 2a až 2e tejto Zmluvy.

#### **ČI. 6**

#### **Osobitné ustanovenia**

1. Zmluvné strany sú povinné zachovávať mlčanlivosť o skutočnostiach týkajúcich sa poskytovania zdravotnej starostlivosti na základe tejto Zmluvy. Táto povinnosť trvá aj po ukončení platnosti Zmluvy.
2. Zmluvné strany sú povinné navzájom sa písomne informovať o každej zmene súvisiacej so zmluvným vzťahom do 7 dní odo dňa, kedy nastala zmena súvisiaca so zmluvným vzťahom a zmenu doložiť príslušnými dokladmi. Nárok na náhradu škody, ktorá vznikla neplnením uvedenej povinnosti druhej strane týmto nie je dotknutý.
3. Poisťovňa vykoná doúčtovanie výkonov zdravotnej starostlivosti za kalendárny štvrťrok do výšky súčtu mesačných zmluvných rozsahov samostatne podľa jednotlivých typov zdravotnej starostlivosti spolu so zúčtovaním poskytnutej zdravotnej starostlivosti za posledný mesiac príslušného štvrťroka. Poisťovňa vykoná doúčtovanie výkonov zdravotnej starostlivosti za celý kalendárny rok do výšky súčtu mesačných zmluvných rozsahov samostatne podľa jednotlivých typov zdravotnej starostlivosti do 31.3. nasledujúceho kalendárneho roka.
4. Zmluvné strany sa zaviazali riešiť rozpory, ktoré sa týkajú plnenia záväzkov a povinností vyplývajúcich zo Zmluvy dohodou. Výzva na dohodovacie konanie musí byť písomná. Pokiaľ nedôjde k takejto dohode, môže sa ktorákoľvek zo zmluvných strán domáhať svojich práv súdnou cestou.
5. Osobitné protikorupčné ustanovenia:
  - 5.1. Zmluvné strany sa nesmú dopustiť, nesmú schváliť, ani povoliť žiadne konanie v súvislosti s dojednávaním, uzatváraním alebo plnením tejto zmluvy, ktoré by spôsobilo, že by zmluvné strany alebo osoby ovládané zmluvnými stranami porušili akékoľvek platné protikorupčné všeobecne záväzné právne predpisy. Táto povinnosť sa vzťahuje najmä na neoprávnené plnenia, vrátane urýchľovacích platieb (facilitation payments) verejným činiteľom, zástupcom alebo zamestnancom orgánov verejnej správy alebo blízkym osobám verejných činiteľov, zástupcov alebo zamestnancov orgánov verejnej správy.
  - 5.2. Každá zmluvná strana sa zaväzuje, že neponúkne, neposkytne, ani sa nezaviazne poskytnúť žiadnemu zamestnancovi, zástupcovi alebo tretej strane konajúcej v mene druhej zmluvnej strany, a rovnako neprijme, ani sa nezaviazne prijať od žiadneho zamestnanca, zástupcu alebo tretej strany konajúcej v mene druhej zmluvnej strany žiadny neprimeraný dar, ani inú výhodu, či už peňažnú alebo inú, v súvislosti s dojednávaním, uzatváraním alebo plnením tejto zmluvy.

- 5.3. Každá zmluvná strana sa zaväzuje bezodkladne informovať druhú zmluvnú stranu, pokiaľ si bude vedomá alebo bude mať konkrétne podozrenie na korupciu pri dojednávani, uzatváraní alebo pri plnení tejto zmluvy.
- 5.4. V prípade, že akýkoľvek neprímeraný dar alebo výhoda v súvislosti s dojednávaním, uzatváraním alebo plnením tejto zmluvy je preukázateľne poskytnutý ktorejkoľvek zmluvnej strane alebo zástupcovi ktorejkoľvek zmluvnej strany v rozpore s týmto článkom zmluvy, môže zmluvná strana od tejto zmluvy odstúpiť.

## Čl. 7 Záverečné ustanovenia

1. Zmluva sa uzatvára **na dobu neurčitú**, prílohy k zmluve sú uzatvorené tak, ako je uvedené v bode 10 tohto článku.
2. Zmluva zaniká:
  - 2.1. uplynutím výpovednej lehoty,
  - 2.2. okamžitým skončením zmluvného vzťahu v zmysle bodu 7 tohto článku,
  - 2.3. písomnou dohodou zmluvných strán,
  - 2.4. márnym uplynutím dohodovacieho konania podľa bodu 6 tohto článku.
3. Každá zmluvná strana je oprávnená vypovedať Zmluvu iba z dôvodov uvedených v zákone č. 581/2004 Z. z., pokiaľ nie je dohodnuté inak.
4. Výpovedná lehota je dvojmesačná a začína plynúť prvým dňom mesiaca nasledujúceho po mesiaci, v ktorom bola výpoveď doručená.
5. V prípade, že do skončenia účinnosti príloh k zmluve podľa bodu 10 tohto článku medzi zmluvnými stranami nedôjde k dohode o predĺžení ich platnosti alebo k dohode o ich zmene, dochádza medzi zmluvnými stranami k trojmesačnému dohodovaciemu konaniu. Platnosť príloh sa automaticky predlžuje do skončenia dohodovacieho konania, pričom platia podmienky v prílohách naposledy dojednané.
6. V prípade, že do skončenia dohodovacieho konania nedôjde medzi zmluvnými stranami k dohode o predĺžení platnosti, alebo k dohode o uzatvorení novej zmluvy, ktorejkoľvek z príloh týkajúcich sa ceny a podmienok úhrady zdravotnej starostlivosti pre daný typ zdravotnej starostlivosti (ďalej ako „typ ZS“), dochádza k zániku zmluvy, ak sa zmluvné strany nedohodli písomne inak.
7. K okamžitému skončeniu zmluvného vzťahu dôjde v prípadoch zrušenia povolenia poisťovne na vykonávanie verejného zdravotného poistenia, zrušenia povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia alebo zánikom platnosti povolenia poskytovateľa. V prípade ak bude rozhodnutie zrušené iba z dôvodu zmeny miesta prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia a nové miesto prevádzkovania bude v tom istom okrese, ako miesto prevádzkovania uvedené v zrušenom rozhodnutí, poisťovňa predloží poskytovateľovi dodatok k zmluve alebo zmluvu v nezmenenom rozsahu. Mesto Bratislava a mesto Košice sa na účely predchádzajúcej vety považujú za okres. V prípade, že povolenie na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia bude zrušené z dôvodu jeho odborného zamerania alebo zmeny odborného zástupcu, môžu sa zmluvné strany dohodnúť na zmene zmluvy podľa bodu 8 tohto článku. Ak nový odborný zástupca spĺňa všetky náležitosti v rovnakom rozsahu ako pôvodný odborný zástupca, poisťovňa predloží poskytovateľovi dodatok k zmluve alebo zmluvu v nezmenenom rozsahu. Ak k dohode medzi zmluvnými stranami podľa dvoch predchádzajúcich viet nedôjde, zmluvný vzťah medzi poskytovateľom a poisťovňou končí dňom nadobudnutia právoplatnosti rozhodnutia o zrušení povolenia poskytovateľa. Povinnosť poisťovne uzatvoriť s poskytovateľom Zmluvu po vydaní nového povolenia, je v rozsahu podľa § 7 zákona č. 581/2004 Z. z.
8. Akékoľvek zmeny a doplnky k tejto Zmluve a VZP možno vykonať iba po vzájomnej dohode zmluvných strán, a to formou písomných číslovaných dodatkov. Uvedené sa nevzťahuje na identifikačné údaje zmluvných strán uvedené v Čl. 1 tejto zmluvy.

9. Neoddeliteľnou súčasťou tejto Zmluvy sú:
- Príloha č. 1a - Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti v type ZS 101,
  - Príloha č. 1b - Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti v type ZS 200
  - Príloha č. 1c - Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti v type ZS 400,
  - Príloha č. 1d - Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti v type ZS 105,
  - Príloha č. 1e - Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti v type ZS 205
  - Príloha č. 2a – Rozsah zdravotnej starostlivosti v type ZS 101,
  - Príloha č. 2b – Rozsah zdravotnej starostlivosti v type ZS 200,
  - Príloha č. 2c – Rozsah zdravotnej starostlivosti v type ZS 400,
  - Príloha č. 2d – Rozsah zdravotnej starostlivosti v type ZS 105,
  - Príloha č. 2e – Rozsah zdravotnej starostlivosti v type ZS 205,
  - Príloha č. 3a – Kritériá na uzatváranie zmlúv v type ZS 101, 105, 205, 400
  - Príloha č. 3b – Kritériá na uzatváranie zmlúv v type 200
  - Príloha č. 4 – Kritériá na uzatváranie zmlúv pre odbor klinická biochémia, laboratórna medicína, klinická imunológia a alergológia a lekárska genetika
  - VZP od 1.1.2021 a VZP platné pre poskytovateľov zubno-lekárskej starostlivosti účinné od 1.5.2022
10. **Platnosť** príloh k zmluve je dohodnutá a uvedená v nasledovnej tabuľke:

Príloha k zmluve	Číslo prílohy	Typ ZS	Platnosť prílohy
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1a	101	30.4.2023
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1b	103	
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1c	200	
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1d	400	
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1e	305	
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2a	101	30.4.2023
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2b	103	
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2c	200	
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2d	400	
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2e	305	
Kritériá na uzatváranie zmlúv	3a	101, 105, 205, 400	doba neurčitá
Kritériá na uzatváranie zmlúv	3b	103, 200	
Kritériá na uzatváranie zmlúv	4	400 -lab	doba neurčitá

11. Súčasťou tejto Zmluvy sú „VZP od 1.1.2021“ a VZP platné pre poskytovateľov zubno-lekárskej starostlivosti od 1.5.2022, ktoré upravujú niektoré práva a povinnosti zmluvných strán. VZP sú zverejnené na webovej stránke poisťovne [www.vszp.sk](http://www.vszp.sk).
12. Odchýlne dojednania Zmluvy majú prednosť pred znením VZP.
13. Táto Zmluva je vyhotovená v dvoch rovnopisoch, z ktorých každý sa považuje za originál. Každá zo zmluvných strán obdrží jeden rovnopis Zmluvy.
14. Vzťahy neupravené touto Zmluvou sa riadia všeobecne záväznými právnymi predpismi.
15. Zmluvné strany vyhlasujú, že si Zmluvu a VZP prečítali, ich obsahu porozumeli. Zmluvné strany uzatvárajú Zmluvu slobodne, vážne a bez nátlaku a na znak súhlasu s jej obsahom ju podpisujú.

16. Zmluvné strany sa dohodli, že zmluva č. 61OPLK000311 zo dňa 28.6.2011 zaniká dňom 30.4.2022.
17. Zmluvné strany sa dohodli, že s účinnosťou **od 1.7.2022** sa číslo tejto zmluvy nahrádza nasledovným označením: „**č. 61OPLK001822**“.
18. Táto Zmluva nadobúda platnosť dňom podpisu obidvoma zmluvnými stranami a účinnosť dňom nasledujúcim po jej zverejnení na webovom sídle poisťovne v zmysle § 47a zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov.
19. Zmluvné strany sa dohodli, že za účelom zachovania kontinuity poskytovania a úhrady zdravotnej starostlivosti bude zdravotná starostlivosť poskytnutá poskytovateľom v čase od 1.5.2022 do nadobudnutia účinnosti tejto zmluvy, hradená v súlade s touto zmluvou.

V Bratislave dňa 26.5.2022

Za poskytovateľa:

Za poisťovňu:

.....  
prof.MUDr.Peter Šimko,CSc.  
Slovenská zdravotnícka univerzita  
v Bratislave

.....  
JUDr. Milan Hronec  
regionálny riaditeľ oddelenia nákupu  
zdravotnej starostlivosti  
Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

**Príloha č. 1a  
k Zmluve č. 61OPLK000311**

**Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti**

**Časť A. Ambulantná zdravotná starostlivosť**

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

**1. Kapitácia**

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

Pri zmene poskytovateľa z dôvodu odstúpenia od dohody je poskytovateľ povinný preukázateľne odovzdať zdravotnú dokumentáciu alebo jej rovnopis do 7 dní od jej vyžiadania novému poskytovateľovi, s ktorým poistenec uzatvoril dohodu a oznámiť dátum ukončenia dohody poisťovni.

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

Ak poistenec uzatvorí dohodu s ďalším poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo s poskytovateľom špecializovanej ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodnictvo, poisťovňa v zmysle zákona č. 576/2004 Z. z. akceptuje účinnosť novej dohody až po zániku pôvodnej dohody tzn. prvým dňom kalendárneho mesiaca nasledujúcom po mesiaci, v ktorom bolo doručené odstúpenie od dohody. V prípade konfliktu sa kapitácia uhrádza poskytovateľovi, ktorý má ako posledný s poistencom uzavretú platnú Dohodu a súčasne na požiadanie zdravotnej poisťovni doručí preukázateľné odstúpenie poistenca od Dohody s predchádzajúcim poskytovateľom.

Predchádzajúca veta sa nevzťahuje na prípady narodenia dieťaťa, zmeny trvalého a prechodného bydliska poistenca, odchodov a príchodov poistencov z a do EÚ a na prípady taxatívne vymedzené zákonom č. 576/2004 Z. z. Kapitácia je v týchto prípadoch hradená s presnosťou na deň. V prípade, že počas kalendárneho mesiaca dôjde k úmrtiu poistenca, je kapitácia hradená s presnosťou na deň.

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

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

**2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu**

Úhrada za výkony uvedené v tabuľke Cena bodu sa vypočíta ako násobok jednotkovej ceny bodu a počtu bodov daného výkonu. Počet bodov vyplýva z opatrenia Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva platného v čase poskytnutia výkonu. Pokiaľ počet bodov nevyplýva z opatrenia Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva platného v čase poskytnutia výkonu, použije sa počet bodov pre daný výkon uvedený v poslednom opatrení Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva, v ktorom bol počet bodov pre daný výkon stanovený. V prípade zmluvne dohodnutého počtu bodov, použije sa pre výpočet úhrady za daný výkon počet bodov vyplývajúci zo zmluvy.

Výkony uvedené v tabuľke Cena bodu sa vo všeobecnej ambulantnej starostlivosti a špecializovanej ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodnictvo uhrádzajú za kapitovaných poistencov a poistencov EÚ, ktorí majú nárok na úhradu zdravotnej starostlivosti v plnom rozsahu v zmysle platnej legislatívy, ak nie je v tabuľke uvedené inak.

**3. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon**

Výkony uvedené v tabuľke Cena za výkon sa uhrádzajú cenou za výkon. Cena za výkon zahŕňa náklady a úhradu za zdravotnú starostlivosť poskytnutú pri danom výkone, pokiaľ nie je uvedené inak.

**4. Individuálne zložky úhrady**

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

#### 4.1. Individuálna dodatková kapitácia

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

#### 4.2. Hodnotiace parametre

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

HP vyhodnocuje poisťovňa každý kalendárny štvrťrok za obdobie, ktoré tomuto štvrťroku predchádza. Ak nie je hodnotené obdobie inak špecifikované v doplňujúcich informáciách k parametrom, vyhodnocuje sa predchádzajúci kalendárny štvrťrok. Každú zmenu Výsledného plnenia HP oznámi poisťovňa poskytovateľovi a to buď písomne formou listu, alebo elektronicky v ePobočke. Zmenu poisťovňa poskytovateľovi oznámi najneskôr v posledný deň mesiaca, ktorý predchádza mesiacu, od ktorého má byť zmena účinná.

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

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

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

Splnenie parametra Dostupnosť poskytovateľ dokladuje poisťovni vyplnením formulára „Čistý ordinačný čas a zoznam lekárov na ambulancii“, ktorý je zverejnený na webovej stránke poisťovne (ďalej ako: „formulár“). Formulár musí byť v súlade s ordinačnými hodinami, ktoré schválil príslušný samosprávny kraj. Dokladovaním sa rozumie zaslanie formulára príslušnej pobočke poisťovni elektronickou formou. Splnenie parametra Dostupnosť poisťovňa vyhodnotí na základe podkladov doručených poskytovateľom podľa predchádzajúcej vety a to k prvému dňu kalendárneho štvrťroka, v ktorom realizuje vyhodnotenie HP.

### 5. Úhrada zdravotnej starostlivosti v zmysle Verejného prísľubu poisťovne

Poisťovňa v dôsledku Mimoriadnej situácie spôsobenej ochorením COVID-19 umožňuje poskytovateľovi vykazovať aj zdravotné výkony uvedené vo Verejnom prísľube poisťovne a to za podmienok a spôsobom v ňom uvedených. Vzhľadom na jednostranný charakter vydania a aktualizovania Verejného prísľubu sa za prejav súhlasu s Verejným prísľubom zo strany poskytovateľa na účely tejto zmluvy považuje poskytnutie a vykávanie zdravotnej starostlivosti v súlade s Verejným prísľubom v platnom znení.



Čl. II

Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (ceny)

1. Všeobecný lekár pre dospelých (typ ZS 101)

1.1. Kapitácia

Cena kapitácie	
Veková skupina	Cena
do 19 rokov vrátane	3,52 €
od 20 do 28 rokov vrátane	2,80 €
od 29 do 39 rokov vrátane	2,60 €
od 40 do 44 rokov vrátane	2,64 €
od 45 do 49 rokov vrátane	2,69 €
od 50 do 54 rokov vrátane	3,12 €
od 55 do 59 rokov vrátane	3,24 €
od 60 do 64 rokov vrátane	3,62 €
od 65 do 69 rokov vrátane	4,32 €
od 70 do 74 rokov vrátane	4,47 €
od 75 do 79 rokov vrátane	4,62 €
od 80 do 84 rokov vrátane	5,06 €
od 85 rokov a viac	5,15 €

1.2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu

Cena bodu			
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Počet bodov	Cena bodu v €
10	<p><b>Rozbor a plánovanie cielených terapeutických postupov na ovplyvnenie chronických ochorení v rámci komplexného manažmentu poistenca.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z..</li> <li>Nastavenie alebo úprava liečby pri diagnóze artériovej hypertenzie alebo dyslipidémie v kombinácii výkonu č. H0003 alebo č. H0004 alebo č. H0005 v zmysle odborného usmernenia MZ SR na poskytovanie zdravotnej starostlivosti dospelým poistencom s artériovou hypertenziou alebo dyslipidémiou.</li> <li>Poskytovateľ vykazuje výkon č. 10 pri prevzatí poistenca s chronickým ochorením a po podpísaní dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v kombinácii s výkonom č. 60.</li> <li>Výkon bude akceptovaný výlučne v kombinácii s výkonom č. 60 alebo č. H0003 alebo č. H0004 alebo č. H0005.</li> <li>Úprava alebo zmena terapeutického postupu musí byť zaznamenaná v zdravotnej dokumentácii vrátane zmeny dávkovania zdôvodnenia úpravy medikamentózneho liečby.</li> <li>Akákoľvek úprava terapeutického postupu musí byť v súlade s platnou legislatívou a účelnou farmakoterapiou.</li> </ul>	180	0,021995
11a	<p><b>Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor)</b></p> <p>Charakteristika zdravotného výkonu:</p> <p>Konzultácia s poistencom prostredníctvom preukázateľnej elektronickej komunikácie (webová aplikácia, videohovor) v online prostredí, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie, realizáciu fotografií pacienta/vyšetrovaného orgánu na pridanie do zdravotnej dokumentácie.</p>	210	0,026

	<p>Konzultácia s poistencom obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cieleňú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom alebo k psychickej poruche,</li> <li>• zhodnotenie výsledkov, ak ich má poskytovateľ k dispozícii,</li> <li>• vypísanie receptov, prípadne vypísanie žiadaniek na ďalšie vyšetrenie,</li> <li>• poučenie poistenca,</li> <li>• diagnostický záver,</li> <li>• určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.</li> </ul> <p>Vykazovanie zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• výkon sa vykazuje ako komplexná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia,</li> <li>• súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je preukázateľný časový údaj z online prostredia,</li> <li>• vyhotovenie záznamu v eZdravie,</li> <li>• diagnostický záver, ak je potrebné, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly,</li> <li>• prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti,</li> <li>• výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi,</li> <li>• ak je po konzultácii potrebná aj kontrola v ambulancii, vykazujú sa len výkony, ktoré sa vykonali ambulantne, a výkon sa nevykazuje,</li> <li>• výkon sa vykazuje samostatne, najviac 1x za deň na jedného poistenca.</li> </ul>		
1b	<p><b>Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty, telefonicky alebo SMS</b></p> <p>Konzultácia s poistencom prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cieleňú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom alebo k psychickej poruche popis subjektívnych ťažkostí,</li> <li>• diagnostický záver,</li> <li>• v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplynuli z konzultácie ohľadom zdravotného stavu,</li> <li>• v prípade potreby záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti,</li> <li>• poskytnutie informácií poistencovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane nefarmakologickej a farmakologickej terapie.</li> </ul> <p>Vykazovanie zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia poistenca,</li> <li>• súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj z online prostredia, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti,</li> <li>• vyhotovenie záznamu v eZdravie,</li> <li>• výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi,</li> <li>• výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie poistenca,</li> </ul> <p>Povolená frekvencia akceptovania zdravotného výkonu:</p> <p>1-krát za deň a maximálne 3-krát za kalendárny mesiac na jedného poistenca.</p>	160	0,026
70	<p><b>Opätovné lekárske vystavenie receptov alebo poukazov na základe požiadavky poistenca prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefónu</b></p>	40	0,026

	<p>Charakteristika zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vystavenie receptov alebo poukazov elektronickou formou na lieky/zdravotnícke pomôcky/dietetické potraviny, ktoré poistenec užíva minimálne jeden mesiac, a nebola realizovaná zmena dávkovania lieku lebo liekovej formy lieku</li> </ul> <p>Vykazovanie zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia poistenca,</li> <li>súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je preukázateľný časový údaj z online prostredia,</li> <li>vyhotovenie záznamu v eZdravie,</li> <li>údaj, kedy bol recept/lekársky poukaz vypísaný,</li> <li>údaj o predpise lieku/zdravotníckej pomôcky/dietetickej potraviny poistencovi prostredníctvom elektronických služieb,</li> <li>výkon sa vzťahuje na jedného poistenca bez ohľadu na počet liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín, ktoré boli poistencovi predpísané formou receptu/lekárskeho poukazu alebo formou jednorazového elektronického predpisu (t. j. za týchto podmienok sa výkon vykazuje najviac v počte 1x za deň na jedného poistenca),</li> <li>v prípade ak ide o elektronický predpis liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín typu opakovaný recept (preskripčný záznam s poznámkou „REPETATUR“) vykazuje sa samostatne za každý vystavený recept alebo poukaz,</li> <li>výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi.</li> </ul> <p>Povolená frekvencia akceptovania zdravotného výkonu:</p> <p>2-krát za kalendárny mesiac na jedného poistenca.</p>		
60	<p><b>Komplexné vyšetrenie poistenca pri prevzatí dospelaj osoby do zdravotnej starostlivosti ako prvotné komplexné vyšetrenie s vystavením zdravotného záznamu.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z.,</li> <li>Poskytovateľ poskytne poistencovi komplexné vyšetrenie (kompletná anamnéza, fyzikálne vyšetrenie, založenie zdravotnej dokumentácie a stanovenie diagnostického záveru a diagnostického a liečebného plánu) v termíne do 60 dní od podpísania dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.</li> <li>Vykázaný výkon č. 60 musí byť súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca.</li> <li>Kontrola povinného očkovania poistenca.</li> <li>Kontrola poslednej preventívnej prehliadky poistenca.</li> <li>Informovaný súhlas poistenca s poskytnutím zdravotnej starostlivosti v súvislosti výkonom č. 60.</li> </ul>	350	0,021995
160	<b>Preventívne výkony</b>	390	<b>0,0650</b>
5702	<p><b>Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardný 12-zvodový záznam EKG</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z.,</li> <li>Zaznamenanie popisu a vyhodnotenia záznamu vrátane popisu štandardného 12-zvodového záznamu EKG v zdravotnej dokumentácii poistenca u všeobecného lekára pre dospelých.</li> <li>Vykazovanie jedenkrát pri súčasnom vykázaní výkonu č. 60 alebo č. 60b alebo výkonu č. H0003 alebo č. H0004 alebo č. H0005 v zmysle príslušných odborných usmernení MZ SR alebo pri podozrení na akútny koronárny syndróm alebo iné akútne ochorenie kardiovaskulárneho systému</li> </ul>	550	<b>0,008610</b>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vykazovanie u poistenca, ktorý má s poskytovateľom uzatvorenú Dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti alebo, za ktorého je hrazená kapitáčná platba u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v zmysle tejto zmluvy, pri neodkladnej zdravotnej starostlivosti a pri súčasnom vykonaní EKG a popísaní EKG záznamu. Záznam a popis musí byť súčasťou zdravotnej dokumentácie.</li> </ul>		
5702P	<b>Výšetrenia EKG pri preventívnej prehliadke poistencov 40 ročných a starších</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Len spolu s výkonom 160.</li> <li>Vykazovanie u poistenca, ktorý má s poskytovateľom uzatvorenú Dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti alebo, za ktorého je hrazená kapitáčná platba u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v zmysle tejto zmluvy pri súčasnom vykonaní a popísaní štandardného 12-zvodového EKG záznamu. Záznam a popis musí byť súčasťou zdravotnej dokumentácie.</li> </ul>	550	0,008105
5715	<b>24-hodinové prístrojové monitorovanie tlaku krvi - naloženie a zosnímanie (Holterov monitoring)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Zaznamenanie výsledku a vyhodnotenia výsledku v zdravotnej dokumentácii poistenca u poskytovateľa.</li> <li>Výkon je vykázaný v prípade starostlivosti o dospelého poistenca s arteriálnou hypertenziou v zmysle odborného usmernenia MZ SR.</li> <li>Vykazovanie výkonov u poistenca, za ktorého je hrazená kapitáčná platba v zmysle tejto zmluvy.</li> </ul>	750	<b>0,021999</b>
5716	<b>Počítačové vyhodnotenie 24 hodinového prístrojového monitorovania tlaku krvi (Holterov monitoring) a vyhodnotenie nálezu lekárom.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Zaznamenanie výsledku a vyhodnotenia výsledku v zdravotnej dokumentácii poistenca u poskytovateľa.</li> <li>Výkon je vykázaný v prípade starostlivosti o dospelého poistenca s arteriálnou hypertenziou v zmysle odborného usmernenia MZ SR.</li> <li>Vykazovanie výkonov u poistenca, za ktorého je hrazená kapitáčná platba v zmysle tejto zmluvy.</li> </ul>	240	0,016597
252b, 252c	<b>Očkovanie</b>	70	<b>0,08000</b>
25	<b>Návšteva u kapitovaných poistencov v pracovnom čase</b>	285	<b>0,03000</b>
26	<b>Návšteva u kapitovaných poistencov mimo pracovného času</b>	500	<b>0,03000</b>
-	<b>Výkony z I. časti Zoznamu výkonov pre poistencov EÚ, bezdomovcov, cudzincov a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z.</b>	-	<b>0,03000</b>
-	<b>Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) pre poistencov EÚ, bezdomovcov, cudzincov a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. a nekapitovaných poistencov</b>	-	0,007303
-	<b>Neodkladná zdravotná starostlivosť poskytnutá poistencom poisťovne, s ktorými poskytovateľ nemá uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti</b>	-	<b>0,03000</b>
<p><i>Poisťovňa uhradí zdravotné výkony s kódom: 11a, 1b, 70 len za predpokladu, že relevantnú medicínsku radu alebo konzultáciu je možné poskytnúť poistencovi alebo jeho zákonnému zástupcovi telefonickou formou alebo formou videohovoru alebo inou elektronickou formou s ohľadom na zdravotný stav poistenca pri zachovaní správnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. a to pri súčasnom zohľadnení špecifík dištančného spôsobu poskytovania zdravotnej starostlivosti v súvislosti s epidemickým rizikom priameho kontaktu s poistencom vrátane mimoriadnej situácie. Telefonický rozhovor alebo videohovor alebo iná elektronická komunikácia medzi poistencom a zdravotníckym pracovníkom s diagnostikou alebo terapiou poistenca. Zdravotné výkony musia byť zaznamenané v zdravotnej dokumentácii a eZdravie a nie je ich možné vzájomne kombinovať a ani kombinovať s inými výkonmi.</i></p>			

### 1.3. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

Cena za výkon		
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Cena za výkon v €
4571a	<p><b>Vyšetrenie C – reaktívneho proteínu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Výkon indikuje a vykonáva PZS</li> <li>• Výkon môže byť vykázaný poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, s ktorým ma poistenec uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti</li> <li>• Výkon môže byť vykázaný s frekvenciou maximálne 1x denne na URČ</li> <li>• Cena zahŕňa náklady na odobratie biologického materiálu a vyhodnotenie výsledku CRP vyšetrenia,</li> <li>• platný doklad o zakúpení, resp. prenájme prístrojového vybavenia,</li> <li>• prehlásenie o zhode k prístroju,</li> <li>• zaznamenanie výsledku a vyhodnotenia výsledku v zdravotnej dokumentácii poistenca.</li> </ul>	5,00
60b	<p><b>Komplexné predoperačné vyšetrenie vrátane odberu biologického materiálu, zhodnotenia laboratórnych a prístrojových vyšetrení.</b> Výkon možno vykazovať iba raz v rámci jednej operácie, alebo aj opakovane z dôvodu zrušenia operácie alebo z dôvodu uplynutia platnosti predoperačného vyšetrenia podľa klasifikácie ASA a súčasne pri dodržaní odborného usmernenia MZ SR. Výkon sa vykazuje samostatne s diagnózou, pre ktorú je poistenec plánovaný na operáciu.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• V prípade odoslania poistenca k špecialistovi, najmä kód odbornosti 001 (vnútorné lekárstvo), za účelom vykonania predoperačného vyšetrenia alebo EKG, zdravotná poisťovňa poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súvislosti s predoperačným vyšetrením uhrádza iba cenou kapitácie.</li> </ul>	16,00
62a	<p><b>Cielené vyšetrenie poistenca s respiračným syndrómom pri pandémii COVID-19</b></p> <p>Ide o cieľné vyšetrenie dvoch alebo viacerých orgánových systémov (cieľná anamnéza, resp. anamnéza od poslednej kontroly), opis subjektívnych ťažkostí, objektívny nález, záznam nálezu, záver, vypracovanie plánu do nasledujúcej kontroly.</p> <p>Výkon poisťovňa akceptuje za nasledovných podmienok:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poistenec má COVID pozitívny výsledok nie starší ako 14 dní, PCR metódou alebo pri kontakte s osobou s potvrdenou infekciou COVID metódou PCR nie staršou ako 14 dní</li> <li>• Poistenec má príznaky akútneho respiračného syndrómu s/bez dokázanej pozitivity na COVID-19.</li> <li>• Výkon sa nevykazuje v kombináciu s iným výkonom.</li> <li>• Maximálne 1 - krát týždenne na jedno rodné číslo.</li> <li>• Výkon môžu vykázať nasledovné odbornosti: všeobecný lekár, pediater, internista, pneumoftizeológ, pediatrický pneumoftizeológ, infektológ, otorinolaryngológ, imunoalergológ.</li> </ul>	20,00
H0003	<p><b>Iniciálne vyšetrenie poistenca s chronickým ochorením.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• diferenciálna diagnostika artériovej hypertenzie, dyslipidémie alebo obezity v zmysle príslušných odborných usmernení MZ SR na poskytovanie ambulantnej starostlivosti dospelým poistencom s artériovou hypertenziou, dyslipidémiou alebo obezitou.</li> <li>• Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z..</li> <li>• Ak ide o poistenca, ktorý má len izolovanú obezitu (t. j. nemá artériovú hypertenziu alebo dyslipidémiu), podmienkou úhrady je aj:  BMI: 30 – 34,99 (obezita I. stupňa) alebo 35 – 39,99 (obezita II. stupňa) alebo nad 40 (obezita III. stupňa)</li> </ul>	12,00

	<p>a súčasne prítomný marker vysokého rizika vzniku metabolických a obehových komplikácií spojených s obezitou na základe distribúcie tuku - obvod pásu v cm: muži nad 102 cm, ženy nad 88 cm</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vykázanie výkonu jedenkrát za kalendárny rok pre každú diagnózu po stanovení diagnostického záveru a diagnostického a liečebného plánu zdravotnej poisťovni nad rámec kapitácie výkon H0003 s príslušnou korektnou diagnózou zistenou pri vyšetrení.</li> <li>• Za iniciálne vyšetrenie sa považuje stav, keď poistenec v bezprostredne predchádzajúcich 24 mesiacoch nebol sledovaný ani liečený pre arteriálnu hypertenziu, dyslipidémiu alebo obezitu.</li> <li>• V cene výkonu je zahrnuté komplexné vyšetrenie poistenca, vyhodnotenie laboratórnych, doplnkových a pomocných vyšetrení, odporúčenie ďalšej diagnostiky a liečby a stanovenie ďalšieho postupu v zmysle príslušných odborných usmernení MZ SR na poskytovanie ambulantnej starostlivosti dospelým poistencom s arteriálnou hypertenziou, dyslipidémiou alebo obezitou.</li> <li>• V prípade hodnotenia laboratórnych alebo zobrazovacích vyšetrení pri iniciálnom vyšetrení poisťovňa akceptuje aj vyšetrenia, ktoré neboli realizované bezprostredne v čase vyšetrenia a dátum ich realizácie nie je starší ako 3 mesiace (90 dní) pred vykonaním vyšetrenia a zároveň výsledok vyšetrení dosahoval fyziologické hodnoty a nie je žiadny medicínsky predpoklad, že výsledky by mohli byť signifikantne zmenené. V tomto prípade je lekár povinný zaznamenať alebo založiť do zdravotnej dokumentácie všetky výsledky tak, aby bolo zrejmé dátum ich realizácie a výsledok jednotlivých parametrov a jeho vyhodnotenie v rámci diferenciálnej diagnostiky alebo liečebného plánu.</li> <li>• V prípade laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení realizovaných iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti alebo realizovaných za účelom iných potrebných vyšetrení, ktorých výsledok bol vo fyziologickom rozmedzí, poisťovňa ich bude akceptovať za podmienky, že neprekročili časový interval odporúčaný v príslušnom odbornom usmernení MZ SR, pokiaľ budú zaznamenané v zdravotnej dokumentácii.</li> <li>• Pokiaľ vyšetrenia a ich výsledky neboli realizované alebo neboli v rozmedzí fyziologických hodnôt, tak je potrebné ich vyšetriť a výsledok zaznamenať do zdravotnej dokumentácie poistenca. V opačnom prípade výkon H0003 nebude akceptovaný.</li> <li>• Pokiaľ je potrebné, vzhľadom k zdravotnému stavu poistenca vykonať ďalšie doplňujúce vyšetrenia potrebné k diagnostike a liečbe poistenca s arteriálnou hypertenziou, dyslipidémiou alebo obezitou nad rámec odborného usmernenia MZSR, ošetrojúci lekár zdôvodní ich vykonanie a výsledky zaznamená do zdravotnej dokumentácie poistenca.</li> </ul>	
H0004	<p><b>Kontrolné vyšetrenie poistenca s chronickým ochorením.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vykázanie výkonu s príslušnou korektnou diagnózou: <b>arteriálna hypertenzia, dyslipidémia a obezita</b> jedenkrát za kalendárny rok pre každú diagnózu. V prípade vyššej frekvencie návštev je ďalšia poskytnutá zdravotná starostlivosť uhrádzaná cenou kapitácie.</li> <li>• Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z..</li> <li>• Ak ide o poistenca, ktorý má len izolovanú obezitu (t.j. nemá arteriálnu hypertenziu alebo dyslipidémiu), podmienkou úhrady je aj: <ul style="list-style-type: none"> <li>BMI: <ul style="list-style-type: none"> <li>30 – 34,99 (obezita I. stupňa) alebo</li> <li>35 – 39,99 (obezita II. stupňa) alebo</li> <li>nad 40 (obezita III. stupňa)</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> <p>a súčasne prítomný marker vysokého rizika vzniku metabolických a obehových komplikácií spojených s obezitou na základe distribúcie tuku - obvod pásu v cm: muži nad 102 cm, ženy nad 88 cm</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Za kontrolné vyšetrenie sa považuje stav, keď poistenec má diagnostikovanú arteriálnu hypertenziu, dyslipidémiu alebo obezitu a je v starostlivosti všeobecného lekára a zároveň nie je pre dané diagnózy dispenzarizovaný alebo liečený u lekára –špecialistu, okrem pomocného alebo konziliárneho vyšetrenia u lekára špecialistu alebo iného PZS za účelom konzultácie alebo vykonania zobrazovacieho vyšetrenia. V prípade konfliktu (neuznania výkonu) zdravotná poisťovňa na základe reklamácie poskytovateľom zdravotnej starostlivosti vyúčtovania preverí text výmenného lístka a požiadavku VLD u poskytovateľa ŠAS.</li> </ul>	12,00

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• V cene výkonu je zahrnuté komplexné vyšetrenie poistenca, vyhodnotenie výsledkov všetkých dostupných vyšetrení, odporúčenie ďalšej liečby a stanovenie ďalšieho postupu v zmysle odborného usmernenia MZ SR na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým poistencom s artériovou hypertenziou, dyslipidémiou alebo obezitou v zmysle príslušného odborného usmernenia MZ SR.</li> <li>• Pokiaľ vyšetrenia a ich výsledky neboli realizované alebo neboli v rozmedzí fyziologických hodnôt, tak je potrebné ich vyšetriť a výsledok zaznamenať do zdravotnej dokumentácie poistenca. V opačnom prípade výkon H0004 nebude akceptovaný.</li> <li>• Pokiaľ je potrebné vykonať ďalšie doplňujúce vyšetrenia potrebné k diagnostike a liečbe poistenca s artériovou hypertenziou alebo liečbou nad rámec OU MZ SR, ošetrojúci lekár ich urobí sám, zdôvodní ich vykonanie a výsledky do zdravotnej dokumentácie poistenca.</li> <li>• V prípade hodnotenia laboratórných alebo zobrazovacích vyšetrení pri iniciálnom vyšetrení poisťovňa akceptuje aj vyšetrenia, ktoré neboli realizované bezprostredne v čase vyšetrenia a dátum ich realizácie nie je starší ako 3 mesiace (90 dní) pred vykonaním vyšetrenia a zároveň výsledok vyšetrení dosahoval fyziologické hodnoty a nie je žiadny medicínsky predpoklad, že výsledky by mohli byť významne zmenené. V tomto prípade je lekár povinný zaznamenať alebo založiť do zdravotnej dokumentácie všetky výsledky tak, aby bolo zrejmé dátum ich realizácie a výsledok jednotlivých parametrov a jeho vyhodnotenie v rámci diferenciálnej diagnostiky alebo liečebného plánu.</li> <li>• V prípade laboratórných a zobrazovacích vyšetrení realizovaných iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti alebo realizovaných za účelom iných potrebných vyšetrení, ktorých výsledok nie starší ako 3 mesiace (90 dní) bol vo fyziologickom rozmedzí, poisťovňa ich bude akceptovať za podmienky, že neprekročili časový interval odporučený v príslušnom odbornom usmernení MZ SR, pokiaľ budú zaznamenané v zdravotnej dokumentácii.</li> </ul>	
H0005	<p><b>Cielené vyšetrenie poistenca s akútnym hypertenzným stavom</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vykázať výkon s diagnózou artériová hypertenzia maximálne 2x za kalendárny rok a súčasne je v starostlivosti všeobecného lekára a zároveň nie je pre danú diagnózu dispenzarizovaný alebo liečený u lekára –špecialistu. V prípade vyššej frekvencie návštev je ďalšia poskytnutá zdravotná starostlivosť uhrádzaná cenou kapitácie.</li> <li>• Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z..</li> <li>• Za ciele vyšetrenie sa považuje ošetrovanie akútneho <b>hypertenzného stavu</b>. V rámci akútneho hypertenzného stavu je potrebné stabilizovať vitálne funkcie poistenca, vykonať opatrenia na zabránenie orgánového poškodenia, v prípade potreby zabezpečiť bezpečný transport do cieľového zdravotníckeho zariadenia.</li> <li>• V cene výkonu je zahrnuté odobratie anamnézy súvisiacej s akútnym hypertenzným stavom, vrátane orientačného neurologického vyšetrenia a medikamentózneho liečby v zmysle odborného usmernenia MZ SR na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým poistencom s artériovou hypertenziou.</li> </ul>	6,00
H0006	<p><b>Stratifikácia kardiovaskulárneho rizika.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stanovenie stratifikácie kardiovaskulárneho rizika systémom SCORE u poistencov nad 40 rokov podľa platného odborného usmernenia MZ SR.</li> <li>• Zdravotná poisťovňa akceptuje výkon jedenkrát ročne k výkonu č. 160 alebo H0003 alebo H0004 s príslušnou diagnózou.</li> <li>• Podmienkou úhrady výkonu H0006 je vykázanie priloženej položky „dosiahnuté skóre“ v dávke 751a platného dátového rozhrania podľa Metodického usmernenia ÚDZS, ktorá je v uvedených vybraných položkách vyplnená nasledovne: v položke č. 13 –PRIPOČITATEĽNÁ POLOŽKA – uvedie dosiahnuté skóre v tvare: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ SKOR01 tj nízke riziko alebo SCORE &lt;1%.</li> <li>▪ SKOR02 ,tj stredné riziko alebo SCORE ≥1% &lt; 5 %</li> <li>▪ SKOR03, tj vysoké riziko alebo SCORE ≥5% a &lt; 10 %</li> <li>▪ SKOR04 tj veľmi vysoké riziko alebo SCORE ≥10% pričom na 5. a 6. mieste položky je vyjadrenie dosiahnutého skóre.</li> </ul> </li> <li>• Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z..</li> <li>• Pri novozistenej fibrilácii predsieni stanovenie rizika CMP podľa príslušného odborného usmernenia MZSR, v tomto prípade sa výkon vyžaduje s dg. I48.9. Podmienkou je vyhotovenie a vyhodnotenie 12-zvodového EKG záznamu s minimálne s 10QRS komplexami.</li> </ul>	5,00

H0007	<p><b>Kvantitatívne prístrojové INR vyšetrenie v ambulancii VLD</b></p> <p>Kontrolné kvantitatívne prístrojové vyšetrenie INR z kapilárnej krvi u poistencov pri dlhodobej (minimálne 2 mesiace) alebo celoživotnej antikoagulačnej liečbe.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• platný doklad o zakúpení, resp. prenájme prístrojového vybavenia;</li> <li>• potvrdenie o zaškolení výrobcom (dovozcom) prístroja;</li> <li>• prehlásenie o zhode k prístroju (jedná sa o registráciu prístroja na ŠÚKL);</li> <li>• potvrdenie o odbornej spôsobilosti poskytovateľa (lekára) - absolvovaní kreditovaného kurzu minimálne 4 kredity v rozsahu legislatívne určených kompetencií v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo;</li> <li>• potvrdenie o technickej (kvalitatívnej) kompatibilite prístroja na ambulatnú diagnostiku, resp. doklad o externej kontrole kvality, ktorý nesmie byť starší ako 12 mesiacov.</li> <li>• Poisťovňa akceptuje a osobitne nad rámec kapitácie uhradza výkon vo frekvencii spravidla raz za 2 mesiace u poistenca (maximálne 8x za kalendárny rok) u poistenca</li> <li>• V cene výkonu je zahrnutý odber kapilárnej krvi, vyhodnotenie výsledku, návrh ďalšieho postupu, záznam o prípadnej zmene liečby, termín kontrolného vyšetrenia a poučenie poistenca.</li> </ul> <p><u>Výkon nebude akceptovaný:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. pri súčasnom odbere venóznej krvi na laboratórne vyšetrenie;</li> <li>2. ak v kontrolovanom intervale (v rozpätí jedného mesiaca) bolo vyšetrenie INR vykázané zmluvným laboratóriom;</li> <li>3. ak poskytovateľ na požiadanie nepredloží doklad o vykonanej externej kontrole kvality prístroja.</li> </ol>	5,20
H0008	<p><b>Stanovenie indexu ABI oscilometrickou metódou vrátane pulznej vlny.</b></p> <p>Meranie a vyhodnotenie indexu ABI oscilometrickou metódou vrátane pulznej vlny na štyroch končatinách pri včasnej diagnóze ischemickej choroby dolných končatin.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• platný doklad o zakúpení, resp. prenájme prístrojového vybavenia;</li> <li>• potvrdenie o zaškolení výrobcom (dovozcom) prístroja;</li> <li>• prehlásenie o zhode k prístroju (jedná sa o registráciu prístroja na ŠÚKL)</li> </ul> <p><u>Výkon bude akceptovaný:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. u symptomatických poistencov s podozrením na ischemickú chorobu dolných končatin (ICHDK). Indikácia k výkonu je zaznamenaná v zdravotnej dokumentácii, vrátane výsledku a ďalšej diferencijálnej diagnostiky a terapeutického plánu.</li> <li>2. u asymptomatických poistencov nad 50 rokov s minimálne jedným rizikovým faktorom (arteriálna hypertenzia, abnormálne EKG, diabetes mellitus, obezita s BMI nad 30, fajčiar, porucha metabolizmu lipidov, pacienti s postihnutím koronárnych alebo cerebrálnych artérií, a pod.);</li> <li>3. u všetkých poistencov nad 60 rokov.</li> </ol> <p>Bod 2 a 3 poisťovňa akceptuje a osobitne nad rámec kapitácie uhradza výkon 1x za 2 roky pri vykázaní preventívnej prehliadky.</p> <p><u>Výkon nebude akceptovaný,</u> ak vyšetrenie výkonu bolo vykonané v špecializovanej ambulancii starostlivosti alebo je poistenec dispenzarizovaný u poskytovateľa špecializovanej ambulancii starostlivosti pri ICHDK.</p>	6,00
250D	<p><b>Delegovaný odber biologického materiálu na základe písomnej žiadosti ŠAS pri návšteve poistenca v ambulancii VLD.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dodržať postup, ktorý ustanovuje Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o postupe objednávaní, vykonávaní a kontroly laboratórných a zobrazovacích vyšetrení zo dňa 10.06.2014 číslo 02032/2014-SZ v platnom znení,</li> <li>- dodržať podmienky zdravotnej indikácie v zmysle účelného, efektívneho a hospodárneho nakladania s prostriedkami verejných zdrojov.</li> </ul>	1,05



159a	<p><b>Preventívne vyšetrenie na krv v stolici s použitím špecifickej imunohistochemickej metódy (iFOB) u poistencov starších ako 40 rokov.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti vtedy, ak ho sám uskutočnil a výkon nebol realizovaný v laboratóriu.</li> <li>- Výkon sa môže vykazovať za celé preventívne vyšetrenie.</li> </ul> <p>Výsledok výkonu TOKS metódou iFOB: pozitívny</p>	12,00
159z	<p><b>Preventívne vyšetrenie na krv v stolici s použitím špecifickej imunohistochemickej metódy (iFOB) u poistencov starších ako 40 rokov.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti vtedy, ak ho sám uskutočnil.</li> <li>- Výkon sa môže vykazovať za celé preventívne vyšetrenie.</li> <li>- Ak sa vyšetrenie vykonalo v laboratóriu, môže ho vykazovať laboratórium.</li> </ul> <p>Výsledok výkonu TOKS metódou iFOB: negatívny</p>	12,00
159x	<p><b>Preventívne vyšetrenie na krv v stolici s použitím špecifickej imunohistochemickej metódy (iFOB) u poistencov starších ako 40 rokov.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti vtedy, ak poistenca poučil o dôležitosti vyšetrenia a zároveň vydal poistencovi diagnostický test.</li> </ul> <p>Výsledok výkonu TOKS metódou iFOB: nevrátený / znehodnotený test</p>	3,02
163	<p><b>Vyšetrenie a včasné rozpoznanie hroziacej straty sebestačnosti u poistencov nad 60 rokov. (MoCA - Montrealsky kognitívny test – varianta „K“ pre Slovenskú republiku)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Podmienkou úhrady je súčasne vyšetrenie poškodenia kognitívnych funkcií podložených zhodnotením orientácie miestom, časom, osobou a zhodnotením procesov pamäte, myslenia a rečovej exprese, ktoré sa overuje štyrmi základnými otázkami. V prípade že aspoň na jednu odpoveď poistenec nesprávne, vykoná sa vyšetrenie pomocou MoCA testu.</li> <li>- Výkon bude akceptovaný u poistenca nad 60 rokov.</li> <li>- Kompletne vyplnený a vyhodnotený MoCA test, podpísaný poistencom musí byť súčasťou zdravotnej dokumentácie.</li> <li>- Kompetentným zdravotníckym pracovníkom na zadanie inštrukcií k vyplneniu MoCA testu poistencom je lekár alebo sestra.</li> <li>- Kompetentným zdravotníckym pracovníkom na vyhodnotenie vyplneného MoCA testu a následného komplexného posúdenia zdravotného stavu poistenca je lekár.</li> <li>- Test sa vykazuje s diagnózou Z03.2 Pozorovanie pre podozrenie na duševné poruchy a poruchy správania, ak je výsledné skóre menej ako 26.</li> <li>- Test sa vykazuje s diagnózou Z01.88 Iné bližšie určené špeciálne vyšetrenia v prípade, ak je výsledné skóre 26 a viac.</li> <li>- V prípade ak je výsledné skóre menej ako 26 vrátane, poskytovateľ vykoná vyšetrenie TSH (v zmysle odborného usmernenia) a orientačné neurologické vyšetrenie. V prípade, že je vyšetrenie indikované, odosiela poistenca na vyšetrenie k endokrinológovi, neurológovi alebo psychiatrovi. U tohto poistenca sa test už v budúcnosti neopakuje.</li> <li>- Pri hodnote 26 a viac je možné test zopakovať najskôr o dva roky.</li> </ul>	6,00
<p>VšZP akceptuje výkon 159a, 159z a 159x v súlade s prílohou č. 2 k zákonu č. 577/2004 Z. z. v znení neskorších. Štandardizovaný test na okultné krvácanie (TOKS) metódou POCT(i FOB) všeobecný lekár pre dospelých indikuje a vykonáva poistencov starších ako 40 rokov.</p>		

### 1.3.1 Prípočítateľné položky k vybraným výkonom

Názov alebo kód prípočítateľnej položky	Výkony, ku ktorým sa prípočítateľná položka môže vykázať	Podmienky úhrady prípočítateľnej položky	Cena prípočítateľnej položky v €
EDU	H0003, H0004	<p>Edukácia pacienta s artériovou hypertenziou, dyslipidémiou alebo obezitou – poučenie o úprave životného štýlu a farmakoterapie sestrou alebo lekárom.</p> <p>Vyказuje sa ako prípočítateľná položka jedenkrát za kalendárny rok pre každú z vybraných diagnóz k výkonom H0003 a H0004.</p> <p>Obsah edukácie určuje dokument, ktorý poisťovňa uverejní na svojom webovom sídle. Podpísaním tohto dokumentu pacient potvrdí poučenie sestrou alebo lekárom a následné pacientom popísaný dokument poskytovateľ založí do zdravotnej dokumentácie pacienta.</p>	2,00
FOB	159a, 159z, 159x	<p>Pozvanie poistenca na vyšetrenie krvi v stolici</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prípočítateľná položka sa vyказuje v zmysle platného MU UDZS o spracovaní a vyказovaní zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou,</li> <li>- poskytovateľ kapitovaného poistenca, ktorý má nárok na preventívnu prehliadku u poskytovateľa, preukázateľne pozval a objedná na vykonanie testu (SMS, mail, list a pod.). Kópia pozvánky formou SMS, mailu alebo listu je súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca,</li> <li>- poistenec je vo veku od 40 do 70 rokov,</li> <li>- vyšetrenie je vykonané detekciou hemoglobínu v stolici (TOKS) špecifickou imunohistochemickou metódou (iFOB)</li> </ul>	2,00

### 1.4. Individuálna zložka úhrady – Individuálna dodatková kapitácia

Základ pre výpočet ceny IDK		
Špecializácia	Veková skupina	Základ
Všeobecný lekár pre dospelých	všetky	1,20 €

## 1.5. Hodnotiace parametre

Zameranie	Parameter	Kritérium splnenia	Váha	Plnenie
Odborné hodnotenie poskytovateľa	Celkové náklady na kapítovaného poistenca	Hodnota parametra je pod hranicou horného pásma definovanou výpočtom v príslušnej referenčnej skupine ambulancií	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
	Komplexná ZS pri vybraných chronických ochoreniach	Hodnota parametra je nad hranicou dolného pásma definovanou výpočtom v príslušnej referenčnej skupine ambulancií.	10%	
	Prevenčia	Preventívne vyšetrenie na krv v stolici - Vyšetrenie na okultné krvácanie bolo vykonané aspoň u 50 % vopred identifikovaných poistencov.	15 %	Reálne plnenie poskytovateľa
		Preventívna prehliadka vykonaná aspoň u ≥ 40% kapítovaných poistencov.	20%	Reálne plnenie poskytovateľa
		Preventívna prehliadka vykonaná v intervale aspoň u 33% a menej ako 40% kapítovaných poistencov.	7%	Reálne plnenie poskytovateľa
Elektronizácia	ePobočka	Poskytovateľ zasiela všetky dávky vrátane faktúr za poskytnutú zdravotnú starostlivosť cez ePobočku.	10%	Reálne plnenie poskytovateľa
	eZdravie	Poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vedie zdravotnú dokumentáciu v súlade s ustanovením § 19 a nasl. Zákona č. 576/2004 Z. z. a súčasne zasiela údaje zo zdravotnej dokumentácie elektronickou formou do elektronickej zdravotnej knižky (EZK) v rozsahu § 5 Zákona č. 153/2013 Z. z.	15%	Fixne splnené do 30.6.2022
Dostupnosť	Ordinačný čas	Stanovenie čistého ordinačného času na aspoň 30 hodín týždenne pre každú ambulanciu.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
		Stanovenie ordinačných hodín do 16:00 hod. aspoň jeden deň v týždni pre každú ambulanciu.		

### 1.5.1. Doplnujúce informácie k Hodnotiacim parametrom

#### Celkové náklady na kapítovaného poistenca

Priemerné celkové náklady na priamo poskytnutú zdravotnú starostlivosť vrátane pomocných, doplnkových vyšetreniach a SVaLZ, preskripcie liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín a indikovanej špecializovanej ambulantnej starostlivosti na jedného kapítovaného poistenca. Počet poistencov sa prepočíta podľa nákladových indexov veku a pohlavia. Do výpočtu nie je zahrnutá preventívna zdravotná starostlivosť a zdravotná starostlivosť podľa definovaných výnimiek. Hodnotené obdobie: dva po sebe nasledujúce štvrtroky.

#### Preventívne vyšetrenie na krv v stolici

Počet vyšetrených poistencov, ktorý zodpovedá počtu poistencov indikovaných na vyšetrenie na základe zmluvných podmienok. Poistovňa sa zaväzuje, že poskytovateľovi najneskôr k prvému dňu hodnoteného obdobia sprístupní zoznam poistencov, u ktorých je v hodnotenom období potrebné vykonať vyšetrenie stolice na prítomnosť krvi. Hodnotené obdobie: kalendárny rok.

#### Komplexná ZS pri vybraných chronických ochoreniach

Podiel poistencov s poskytovanou komplexnou zdravotnou starostlivosťou (výkony H0003, H0004) na počte všetkých kapítovaných poistencov u poskytovateľa s identifikovanými diagnózami pod kódom I10\* a E78\*.

Hodnotené obdobie: štyri po sebe nasledujúce štvrtroky.

#### Prevenčia

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

Hodnotené obdobie: štyri po sebe nasledujúce kalendárne štvrtroky.



**Príloha č. 1b**  
**k Zmluve č. 61OPLK000311**

**Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti**

**Časť A. Ambulantná zdravotná starostlivosť**

**ČI. I**

**Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (všeobecné ustanovenia)**

**1. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu**

Úhrada za výkony uvedené v tabuľke Cena bodu sa vypočíta ako násobok jednotkovej ceny bodu a počtu bodov daného výkonu. Počet bodov vyplýva z opatrenia Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva platného v čase poskytnutia výkonu. Pokiaľ počet bodov nevyplýva z opatrenia Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva platného v čase poskytnutia výkonu, použije sa počet bodov pre daný výkon uvedený v poslednom opatrení Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva, v ktorom bol počet bodov pre daný výkon stanovený. V prípade zmluvne dohodnutého počtu bodov, použije sa pre výpočet úhrady za daný výkon počet bodov vyplývajúci zo zmluvy.

Výkony uvedené v tabuľke Cena bodu sa vo všeobecnej ambulantnej starostlivosti a špecializovanej ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodníctvo uhrádzajú za kapitovaných poistencov a poistencov EÚ, ktorí majú nárok na úhradu zdravotnej starostlivosti v plnom rozsahu v zmysle platnej legislatívy, ak nie je v tabuľke uvedené inak.

**2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon**

Výkony uvedené v tabuľke Cena za výkon sa uhrádzajú cenou za výkon. Cena za výkon zahŕňa náklady a úhradu za zdravotnú starostlivosť poskytnutú pri danom výkone, pokiaľ nie je uvedené inak.

**3. Individuálne zložky úhrady**

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

**3.1. Individuálna pripočítateľná položka**

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

**3.2. Hodnotiace parametre**

HP ovplyvňujú výslednú cenu individuálnej zložky úhrady poskytovateľa uvedenej v bode 3.1. tohto článku. Výsledné percento plnenia HP je súčtom váh jednotlivých splnených parametrov. Kritérium pre splnenie parametra v jednotlivých typoch zdravotnej starostlivosti je uvedené v tabuľke „Hodnotiace parametre“ v článku II tejto prílohy. Pri splnení kritéria je parametru priradená uvedená váha v percentách, pri nesplnení kritéria je váha príslušného parametra 0%. Zoznam a váhy parametrov ako aj doplnujúce informácie pre jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti sú uvedené v článku II tejto prílohy.

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

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

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

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

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

Splnenie parametra Dostupnosť poskytovateľ dokladuje poisťovni vyplnením formulára „Čistý ordinačný čas a zoznam lekárov na ambulancii“, ktorý je zverejnený na webovej stránke poisťovne (ďalej ako: „formulár“). Formulár musí byť v súlade s ordinačnými hodinami, ktoré schválil príslušný samosprávny kraj. Dokladovaním sa rozumie zaslanie formulára príslušnej pobočky poisťovni elektronickou formou. Splnenie parametra Dostupnosť poisťovňa vyhodnotí na základe podkladov doručených poskytovateľom podľa predchádzajúcej vety a to k prvému dňu kalendárneho štvrťroka, v ktorom realizuje vyhodnotenie HP.

#### 4. Úhrada zdravotnej starostlivosti v zmysle Verejného prísľubu poisťovne

Poisťovňa v dôsledku Mimoriadnej situácie spôsobenej ochorením COVID-19 umožňuje poskytovateľovi vykazovať aj zdravotné výkony uvedené vo Verejnom prísľube poisťovne a to za podmienok a spôsobom v ňom uvedených. Vzhľadom na jednostranný charakter vydania a aktualizovania Verejného prísľubu sa za prejav súhlasu s Verejným prísľubom zo strany poskytovateľa na účely tejto zmluvy považuje poskytnutie a vykávanie zdravotnej starostlivosti v súlade s Verejným prísľubom v platnom znení.

### Čl. II

#### Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (ceny)

##### 1. Špecializovaná ambulantná starostlivosť (typ ZS 200, 210)

##### 1.1. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu

Cena bodu			
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Počet bodov	Cena bodu v €
-	<b>výkony z I. časti Zoznamu výkonov</b> (v prípade, že v tejto tabuľke nie je uvedené inak)	-	<b>0,02814</b>
60	<b>Komplexné vyšetrenie pacienta</b> kompletná anamnéza, vyšetrenie všetkých orgánových systémov, založenie zdravotnej dokumentácie, zhodnotenie výsledkov vyšetrení, diagnostický záver, liečebný plán alebo zaradenie do dispenzárnej starostlivosti, odoslanie pacienta na ďalšie laboratórne, prístrojové alebo odborné vyšetrenia -vypísanie žiadaniek, poučenie pacienta, vypísanie receptov a lekárskej správy, ak vyšetrenie trvá dlhšie ako 30 minút.	420	<b>0,02814</b>
	Pre odbornosti: neurológia, pediatričná neurológia, pediatričná gastroenterológia, vnútorné lekárstvo a geriatra	620	
	Pre odbornosti: fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	500	
62	<b>Cielené vyšetrenie dvoch alebo viacerých orgánových systémov</b> alebo dispenzárna kontrola (cielená anamnéza, resp. anamnéza od poslednej kontroly), popis subjektívnych obtiaží, objektivný nález, zhodnotenie výsledkov, vypísanie správy, záver, vypracovanie plánu do nasledujúcej kontroly. Poučenie o diéte a životospráve a predvolanie na vyšetrenie je súčasťou výkonu, ak vyšetrenie trvá dlhšie ako 20 minút.	270	<b>0,02814</b>
	Pre odbornosti: neurológia, pediatričná neurológia, pediatričná gastroenterológia, vnútorné lekárstvo a geriatra	400	
	Pre odbornosti: fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	310	
63	<b>Dôkladné vyšetrenie jedného orgánového systému alebo kontrolné vyšetrenie vrátane rád a dokumentácie.</b>	210	<b>0,02814</b>
	Pre odbornosti: neurológia, pediatričná neurológia, pediatričná gastroenterológia, vnútorné lekárstvo a geriatra	310	<b>0,02814</b>
	Pre odbornosti: fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	250	<b>0,02814</b>

65	<b>Príplatok pri sťaženom výkone</b> Pri výkonoch pod kódmi 61, 62, 63 a pri výkonoch v rádiológii a v rádioterapii.	200	<b>0,02814</b>
66	<b>Príplatok pri sťaženom výkone</b> Pri výkone pod kódom 60.	320	<b>0,02814</b>
67	<b>Príplatok pri sťaženom výkone</b> Príplatok u dieťaťa do veku piatich rokov pri výkonoch - odber krvi, injekcie, infúzie, transfúzie, infiltrácie, implantácie, odobratie sterov, punkcie a pri výkone očkovania.	200	<b>0,02814</b>
11a	<b>Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor)</b>  Charakteristika zdravotného výkonu:  Konzultácia s poisťencom prostredníctvom elektronickej komunikácie (webová aplikácia, videohovor) v online prostredí, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie.  Konzultácia s pacientom obsahuje: <ul style="list-style-type: none"> <li>• cielenú anamnézu a popis subjektívnych ťažkostí,</li> <li>• zhodnotenie výsledkov</li> <li>• v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP a vypísania žiadaniek</li> <li>• poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým a liečebným postupom</li> <li>• poučenie poisťenca</li> <li>• určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení-návštevy iného lekára.</li> </ul> Vykazovanie zdravotného výkonu: <ul style="list-style-type: none"> <li>• výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta a zaznamená sa v zdravotnej dokumentácii</li> <li>• súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj z online prostredia, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení návštevy iného lekára,</li> <li>• vyhotovenie záznamu v eZdravie,</li> <li>• výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi,</li> <li>• výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta,</li> <li>• výkon sa vykazuje najviac 1x za deň na jedného poisťenca.</li> </ul>	210	<b>0,0350</b>
11b	<b>Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty, telefonicky alebo SMS</b>  Konzultácia s poisťencom prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky obsahuje: <ul style="list-style-type: none"> <li>• cielenú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom alebo k psychickej poruche popis subjektívnych ťažkostí,</li> <li>• diagnostický záver,</li> <li>• v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplývajú z konzultácie ohľadom zdravotného stavu,</li> <li>• v prípade potreby záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti,</li> <li>• poskytnutie informácií poisťencovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane nefarmakologickej a farmakologickej terapie.</li> </ul> Vykazovanie zdravotného výkonu: <ul style="list-style-type: none"> <li>• výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia poisťenca,</li> <li>• súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj z online prostredia, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne</li> </ul>	160	<b>0,0350</b>

	<p>záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>vyhotovenie záznamu v eZdravie,</li> <li>výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi,</li> <li>výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie poisťenca,</li> </ul> <p>Povolená frekvencia akceptovania zdravotného výkonu:</p> <p>1-krát za deň a maximálne 3-krát za kalendárny mesiac na jedného poisťenca.</p>		
70	<p><b>Opätovné lekárske vystavenie receptov alebo poukazov na základe požiadavky poisťenca prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefónu</b></p> <p>Charakteristika zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vystavenie receptov alebo poukazov elektronickou formou na lieky/zdravotnícke pomôcky/dietetické potraviny, ktoré poisťenec užíva minimálne jeden mesiac, a nebola realizovaná zmena dávkovania lieku lebo liekovej formy lieku</li> </ul> <p>Vykazovanie zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia poisťenca,</li> <li>súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je preukázateľný časový údaj z online prostredia,</li> <li>vyhotovenie záznamu v eZdravie,</li> <li>údaj, kedy bol recept/lekársky poukaz vypísaný,</li> <li>údaj o predpise lieku/zdravotníckej pomôcky/dietetickej potraviny poisťencovi prostredníctvom elektronických služieb,</li> <li>výkon sa vzťahuje na jedného poisťenca bez ohľadu na počet liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín, ktoré boli poisťencovi predpísané formou receptu/lekárskeho poukazu alebo formou jednorazového elektronického predpisu (t. j. za týchto podmienok sa výkon vykazuje najviac v počte 1x za deň na jedného poisťenca),</li> <li>v prípade ak ide o elektronický predpis liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín typu opakovaný recept (preskripčný záznam s poznámkou „REPETATUR“) vykazuje sa samostatne za každý vystavený recept alebo poukaz,</li> <li>výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi.</li> </ul> <p>Povolená frekvencia akceptovania zdravotného výkonu:</p> <p>2-krát za kalendárny mesiac na jedného poisťenca.</p>	40	0,0350
-	<b>Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ).</b>	-	0,008105
-	<b>Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) vykonávané prístrojovou technikou ULTRAZVUK – USG a FUNKČNÁ DIAGNOSTIKA.</b>	-	0,008473
-	<b>Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) z časti OSTEODENZITOMETRIA.</b>	-	0,005311
15d	<p><b>Zhodnotenie rtg. dokumentácie.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Zhodnotenie nie je vykonané pracoviskom RTG.</li> <li>Vrátane popisu v zdravotnej dokumentácii.</li> <li>Výkon môžu vykazovať odbornosti chirurgia, traumatológia, ortopédia, pneumológia, otorinolaryngológia, reumatológia, neurológia, kardiológia a všetky odbornosti uvedené v tomto bode s prívlastkom pediatrická.</li> </ul>	150	0,0260



Poisťovňa uhradí zdravotné výkony s kódom: **11a, 1b, 1c, 70** len za predpokladu, že relevantnú medicínsku radu alebo konzultáciu je možné poskytnúť poisťencovi alebo jeho zákonnému zástupcovi telefonickou formou alebo formou videohovoru alebo inou elektronickou formou s ohľadom na zdravotný stav poisťenca pri zachovaní správnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. a to pri súčasnom zohľadnení špecifik dištančného spôsobu poskytovania zdravotnej starostlivosti v súvislosti s epidemickým rizikom priameho kontaktu s poisťencom vrátane mimoriadnej situácie. Telefonický rozhovor alebo videohovor alebo iná elektronická komunikácia medzi poisťencom a zdravotníckym pracovníkom s diagnostikou alebo terapiou poisťenca. Zdravotné výkony musia byť zaznamenané v zdravotnej dokumentácii a eZdravie a nie je ich možné vzájomne kombinovať a ani kombinovať s inými výkonmi.

Kód výkonu	Znenie výkonu	Podmienky akceptácie výkonu	Počet bodov	Cena bodu v €
1A01033	Komplexné pneumoftizeologické vyšetrenie pacienta (kompletná anamnéza, vyšetrenie všetkých orgánových systémov, založenie zdravotnej dokumentácie, diagnostický záver, liečebný plán a (alebo) zaradenie do dispenzárnej starostlivosti, odoslanie pacienta na ďalšie laboratórne, prístrojové alebo odborné vyšetrenia – vypísanie žiadaniek, poučenie pacienta, vypísanie receptov a lekárskej správy (trvanie najmenej 30 minút).	Výkon vykonáva pneumoftizeológ, pediatrický pneumoftizeológ pri prvovýšetrení len raz za život pri prevzatí dospelého pacienta do zdravotnej starostlivosti ako prvotné komplexné vyšetrenie s vystavením zdravotného záznamu.  Výkon sa nemôže vykonávať s výkonom č. 60.	525	0,0268
1A02060	Cielené vyšetrenie pneumoftizeologické alebo dispenzárna kontrola (cielená anamnéza, resp. anamnéza od poslednej kontroly), opis subjektívnych ťažkostí, objektívny nález, vypísanie správy, záver, vypracovanie plánu do nasledujúcej kontroly. Poučenie o diéte a životospráve a predvolanie na vyšetrenie je súčasťou výkonu. Vyšetrenie trvá dlhšie ako 20 minút.	Výkon vykonáva pneumoftizeológ, pediatrický pneumoftizeológ. Vykonáva sa v danom mesiaci na 1URČ/NZ PZS pri tej istej dg iba 1x. Ostatné návštevy sú už kontrolné vyšetrenie, a vykonáva sa výkonom 1A03044/63.  Výkon sa nemôže vykonávať s výkonom č. 62.	340	0,0268
1A02077	Cielené vyšetrenie poisťenca s respiračným syndrómom pri pandémie COVID-19	Ide o cielené vyšetrenie dvoch alebo viacerých orgánových systémov (cielená anamnéza, resp. anamnéza od poslednej kontroly), opis subjektívnych ťažkostí, objektívny nález, záznam nálezu, záver, vypracovanie plánu do nasledujúcej kontroly.  Výkon sa nemôže vykonávať s výkonom č. 62a.	900	0,0268
1A03044	Kontrolné pneumoftizeologické vyšetrenie vrátane rád a dokumentácie. Vyšetrenie trvá dlhšie ako 15 minút.	výkon vykonáva pneumoftizeológ, pediatrický pneumoftizeológ Vyšetrenie obsahuje subjektívny, objektívny nález, zhodnotenie výsledkov, záver, písomnú správu, vypísanie receptu, vypísanie žiadaniek na iné vyšetrenia, poučenie pacienta.  Výkon sa nemôže vykonávať s výkonom č. 63.	260	0,0268
4H00001	Spirografické vyšetrenie na stanovenie expiračných a inspiračných parametrov (vitálna kapacita, úsilný výdych za prvú sekundu, prietoky na rôznych úrovniach vitálnej kapacity) metódou krivky prietok - objem, vrátane grafickej registrácie. Pri výkone pod kódom 5766 sa výkon pod kódom 5765 nemôže vykonávať. Výkon môže vykonávať pneumológ, pediatrický pneumológ, imunológ a alergológ.	Výkon sa nemôže vykonávať s výkonom č. 5766.	1200	0,008105
4H00004	Stanovenie difúznej kapacity pľúc jednoducho metódou. Výkon môže vykonávať pneumológ.	Výkon sa nemôže vykonávať s výkonom č. 5772.	2400	0,008105

4H00005	Stanovenie difúznej kapacity pľúc metódou rovnovážneho stavu. Výkon môže vykazovať pneumológ.	Výkon sa nemôže vykazovať s výkonom č.5773.	1750	0,008105
---------	---	---	------	----------

## 1.2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

Cena za výkon		
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Cena za výkon v €
250x	<p><b>Odber venóznej krvi za účelom vyšetrenia laboratórných parametrov.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Výkon sa vykazuje samostatne maximálne 1x denne u poistenca na príslušnej ambulancii alebo na mieste určenom na odber krvi.</li> <li>V cene sú zahrnuté všetky náklady spojené s odberom vrátane odoslania krvi do laboratória.</li> <li>Výkon 250x nahrádza výkon pod kódom č. 250a a č. 250b.</li> </ul>	2,98

## 1.3. Individuálna zložka úhrady – Individuálna pripočítateľná položka

Základ pre výpočet ceny IPP			
Katégoria IPP	Kód zdravotného výkonu, ku ktorému je možné IPP vykázať	Základ pre výpočet ceny IPP	
IPP1	60, 62, 63, 60R, 503, 504, 505, 1A01033, 1A02060, 1A03044	1,98 €	
IPP2	1544A, 1594, 1240, 820, 822, 825	3,19 €	
IPP3	3286, 3288, 3306	5,39 €	
IPP4	3335, 3337, 867, 869, 3351, 3364, 841, 842, 845	5,39 €	
<b>Charakteristika a pravidlá vykazovania vybraných IPP</b>			
K výslednej cene IPP4 sa automaticky pripočítavajú 3,00 €.			
<b>Charakteristika a pravidlá vykazovania vybraných IPP</b>			
Katégoria IPP	Odbornosť	Kód zdravotného výkonu, ku ktorému je možné IPP vykázať	Výsledná cena IPP
IPPD	002, 003, 004, 005, 010, 015, 017, 040, 048, 050, 064, 104, 107, 109, 114, 140, 153, 154, 155, 156, 163, 336	60, 62, 63, 1A01033, 1A02060, 1A03044	5,00 €
Výsledná cena IPPD nie je závislá od plnenia HP v zmysle ČI. I bod 3 tejto prílohy. Podmienkou úhrady IPPD je vek pacienta od 6 do 10 rokov. Ku kombinácii vybraných výkonov a príslušnej IPP môže poskytovateľ za dohodnutých podmienok vykázať aj IPPD.			

## 1.4. Hodnotiace parametre

Časť - Špecializovaná ambulantná starostlivosť				
Zameranie	Parameter	Kritérium splnenia	Váha	Plnenie
Odborné hodnotenie poskytovateľa	Celkové náklady na ošetrovaného poistenca	Hodnota parametra je pod hranicou horného pásma definovanou výpočtom v príslušnej referenčnej skupine ambulancií.	40%	Reálne plnenie poskytovateľa
	Frekvencia návštev na ošetrovaného poistenca		10%	
	Podiel prvovýšetrení	Hodnota parametra je nad hranicou dolného pásma definovanou výpočtom v príslušnej referenčnej skupine ambulancií.	10%	
Elektronizácia	ePobočka	Poskytovateľ zasiela všetky dávky vrátane faktúr za poskytnutú zdravotnú starostlivosť cez ePobočku.	10%	Reálne plnenie poskytovateľa
	eZdravie	Poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vedie zdravotnú dokumentáciu v súlade s ustanovením § 19 a nasl. Zákona č. 576/2004 Z. z. a súčasne zasiela údaje zo zdravotnej dokumentácie elektronickou formou do elektronickej zdravotnej knižky (EZK) v rozsahu § 5 Zákona č. 153/2013 Z. z.	15%	Fixne splnené do 30.6.2022
Dostupnosť	Ordinačný čas	Stanovenie týždenného čistého ordinačného času v rozsahu aspoň 30 hodín pre každú ambulanciu.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa

### 1.4.1 Doplnujúce informácie k Hodnotiacim parametrom

#### Celkové náklady na ošetrovaného poistenca

Priemerné celkové náklady na priamo poskytnutú zdravotnú starostlivosť vrátane SVLZ, preskripcie liekov, zdravotníckych pomôcok a diietických potravín a indukovanej špecializovanej ambulantnej starostlivosti na jedného ošetrovaného poistenca. Do výpočtu nie je zahrnutá preventívna zdravotná starostlivosť a zdravotná starostlivosť podľa definovaných výnimiek. Hodnotené obdobie: dva po sebe nasledujúce štvrťroky.

#### Frekvencia návštev na ošetrovaného poistenca

Celkový priemerný počet návštev na jedného ošetrovaného poistenca v hodnotenom období. V prípade, že poistenec bol vyšetrený na tej istej ambulancii v priebehu jedného dňa, považuje sa vyšetrenie za jednu návštevu. Za ošetrovaného poistenca sa považuje unikátne rodné číslo (URČ), t.j. ak ten istý poistenec navštívil ambulanciu v hodnotenom období viac krát, považuje sa za jedného ošetrovaného poistenca. Hodnotené obdobie: štyri po sebe nasledujúce štvrťroky.

#### Podiel prvovýšetrení

Podiel prvovýšetrených pacientov na celkovom počte ošetrovaných pacientov v hodnotenom období. Za prvovýšetreného pacienta sa považuje pacient, ktorý nenavštívil ambulanciu hodnoteného poskytovateľa v rovnakej odbornosti za uplynulých 12 mesiacov pred posudzovaným vyšetrením.

Hodnotené obdobie: dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky.



**Príloha č. 1c  
k Zmluve č. 61OPLK000311**

**Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti**

**Časť A. Ambulantná zdravotná starostlivosť**

**Čl. I**

**Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (všeobecné ustanovenia)**

**1. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu**

Úhrada za výkony uvedené v tabuľke Cena bodu sa vypočíta ako násobok jednotkovej ceny bodu a počtu bodov daného výkonu. Počet bodov vyplýva z opatrenia Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva platného v čase poskytnutia výkonu. Pokiaľ počet bodov nevyplýva z opatrenia Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva platného v čase poskytnutia výkonu, použije sa počet bodov pre daný výkon uvedený v poslednom opatrení Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva, v ktorom bol počet bodov pre daný výkon stanovený. V prípade zmluvne dohodnutého počtu bodov, použije sa pre výpočet úhrady za daný výkon počet bodov vyplývajúci zo zmluvy.

**2. Úhrada zdravotnej starostlivosti v zmysle Verejného prísľubu poisťovne**

Poisťovňa v dôsledku Mimoriadnej situácie spôsobenej ochorením COVID-19 umožňuje poskytovateľovi vykazovať aj zdravotné výkony uvedené vo Verejnom prísľube poisťovne a to za podmienok a spôsobom v ňom uvedených. Vzhľadom na jednostranný charakter vydania a aktualizovania Verejného prísľubu sa za prejav súhlasu s Verejným prísľubom zo strany poskytovateľa na účely tejto zmluvy považuje poskytnutie a vykázanie zdravotnej starostlivosti v súlade s Verejným prísľubom v platnom znení.

**Čl. II**

**Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (ceny)**

**1. Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky - SVLZ (typ ZS 400)**

**1.1 Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu**

<b>SVLZ – laboratórne</b>		
<b>Cena bodu</b>		
<b>Kód odbornosti</b>	<b>Špecializačný odbor</b>	<b>Cena bodu v €</b>
024	Klinická biochémia – prevádzka do 24 hod.	0,005378
034	Klinická mikrobiológia – prevádzka do 24 hod.	0,005527
040	Klinická imunológia a alergológia	0,006141
<b>SVLZ – zobrazovacie</b>		
<b>Cena bodu</b>		
	<b>Špecializačný odbor</b>	<b>Cena bodu v €</b>
023	Rádiológia - Výkony osteodenzitometrie – typ ZS 400	0,005311

## 1.2. Priamo hradené výkony

Kód výkonu	Názov výkonu	Odbornosť pracoviska	Odbornosť indikujúceho lekára	Kód diagnózy	Max. cena za výkon v €
4781c	Vyšetrenie HBV DNA			B18.0; B18.1	48,72 €
9502	Vyšetrenie PCR na stanovenie RNA HCV kvalitatívne			B18.2	57,39 €
9503	Vyšetrenie PCR na stanovenie RNA HCV kvantitatívne			B18.2	100,00 €
9504	Genotypizácia RNA			B18.2	192,00 €
7229	Vyšetrenie iných zápalov ženských panvových orgánov (mimo chlamýdií a HPV)	034	009,012,018,002	A56*, A63*, N72*, N74.8, N76.8, N87*	40,00 €

Pod jednotlivými priamo hradenými výkonmi sa rozumie skupina viacerých výkonov SVLZ v špecializačnom odbore lekárska genetika, patológia, mikrobiológia a imunológia vykazovaných pod spoločným kódom. Cena za priamo hradené výkony, ktoré tvoria jednu skupinu, sa uhrádza ako celok a nekombinuje sa s laboratórnymi výkonmi II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ). Indikovanie, poskytovanie a vykazovanie týchto priamo hradených výkonov musí byť uskutočnené v súlade s podmienkami uvedenými v tejto tabuľke.

**Príloha č. 1d**  
**k Zmluve č. 61OPLK000311**

**Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti**

**Časť A. Ambulantná zdravotná starostlivosť**

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

**1. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu**

Úhrada za výkony uvedené v tabuľke Cena bodu sa vypočíta ako násobok jednotkovej ceny bodu a počtu bodov daného výkonu. Počet bodov vyplýva z opatrenia Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva platného v čase poskytnutia výkonu. Pokiaľ počet bodov nevyplýva z opatrenia Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva platného v čase poskytnutia výkonu, použije sa počet bodov pre daný výkon uvedený v poslednom opatrení Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva, v ktorom bol počet bodov pre daný výkon stanovený. V prípade zmluvne dohodnutého počtu bodov, použije sa pre výpočet úhrady za daný výkon počet bodov vyplývajúci zo zmluvy.

**2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon**

Výkony uvedené v tabuľke Cena za výkon sa uhrádzajú cenou za výkon. Cena za výkon zahŕňa náklady a úhradu za zdravotnú starostlivosť poskytnutú pri danom výkone, pokiaľ nie je uvedené inak.

**3. Úhrada zdravotnej starostlivosti v zmysle Verejného prísľubu**

Poisťovňa v dôsledku Mimoriadnej situácie spôsobenej ochorením COVID-19 umožňuje poskytovateľovi vykazovať aj zdravotné výkony uvedené vo Verejnom prísľube poisťovne a to za podmienok a spôsobom v ňom uvedených. Vzhľadom na jednostranný charakter vydania a aktualizovania Verejného prísľubu sa za prejav súhlasu s Verejným prísľubom zo strany poskytovateľa na účely tejto zmluvy považuje poskytnutie a vykázanie zdravotnej starostlivosti v súlade s Verejným prísľubom v platnom znení.

**Či. II**  
**Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (ceny)**

**1. Špecializovaná zubno - lekárska starostlivosť (typ ZS 105)**

**1.1. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu**

Cena bodu				
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Počet bodov	Cena bodu od 1.5.2022 do 31.12.2022	Cena bodu od 1.1.2023
-	<b>Zubno – lekárske výkony</b>	-	0,116 €	0,120 €
V12	<b>Ošetrovanie zubného kazu</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Liečba a definitívna výplň zuba bez ohľadu na jej typ a rozsah. Plastická trvalá výplň v celom rozsahu chrupu z ručne miešaného skloionomérmého cementu.</li> </ul>	300	0,116 €	0,120 €
<b>Pripočítateľné položky k stomatologickým výkonom</b> Úhrada výkonov D52 a D54 a ich pripočítateľných položiek je podmienená doručením dokladov preukazujúcich spôsobilosť poskytovateľa na ich poskytovanie.				
Kód výkonu	Kód pripočítateľnej položky		Maximálna cena pripočítateľnej položky v €	
D52	RTGIO		0,27	
D54	OPG		0,50	

**1.2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon**

Cena za výkon		
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Cena za výkon v €
1b	<b>Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty alebo telefonicky</b>  Konzultácia s pacientom obsahuje: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ciele anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly, vo vzťahu k jednému orgánovému systému,</li> <li>• popis subjektívnych ťažkostí,</li> <li>• diagnostický záver,</li> <li>• poučenie o diéte a životospráve,</li> <li>• v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplývajú z konzultácie ohľadom zdravotného stavu,</li> <li>• prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára,</li> <li>• poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie.</li> </ul> Vykazovanie zdravotného výkonu: <ul style="list-style-type: none"> <li>• výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta,</li> <li>• zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii,</li> <li>• súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj z online prostredia, popis zdravotného výkonu dátum ďalšej konzultácie alebo</li> </ul>	4,03



	<p>kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi,</li> <li>• výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta,</li> <li>• vykazuje sa samostatne, najviac 1x za deň na jedného pacienta,</li> <li>• vyhotovenie záznamu v eZdravie.</li> </ul>	
70	<p><b>Opätovné lekárske vystavenie lekárskeho predpisu a lekárskeho poukazu na základe požiadavky pacienta vznesenej cez elektronickú poštu, SMS alebo telefón</b></p> <p>Charakteristika zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronickou formou pre lieky/ zdravotné pomôcky / dietetické potraviny, ktoré pacient užíva dlhšie ako 3 mesiace a nebola realizovaná zmena dávkovania lieku.</li> </ul> <p>Vykazovanie zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta,</li> <li>• súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj z online prostredia,</li> <li>• údaj, kedy bol recept vypísaný,</li> <li>• údaj o predpise lieku/ zdravotnej pomôcky pacientovi prostredníctvom elektronických služieb,</li> <li>• výkon sa vzťahuje na jedného pacienta bez ohľadu na počet liekov/ zdravotnej pomôcky, ktoré boli pacientovi predpísané,</li> <li>• výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi,</li> <li>• vykazuje sa samostatne za každý vystavený recept a/alebo poukaz, ak ide o elektronický predpis typu opakovaný recept (preskripčný záznam s poznámkou „REPETATUR“). Ak elektronický predpis nie je typu opakovaný recept, vykazuje sa samostatne, najviac 1x za deň na jedného pacienta,</li> <li>• vyhotovenie záznamu v eZdravie.</li> </ul>	1,01
67	<p><b>Príplatok pri sťaženom výkone</b></p> <p>Príplatok u dieťaťa do veku piatich rokov pri výkonoch - odber krvi, injekcie, infúzie, transfúzie, infiltrácie, implantácie, odobratie sterov, punkcie a pri výkone očkovania.</p>	5,04

### 1.2.1. Všeobecné podmienky úhrady vybraných zdravotných výkonov

Poisťovňa uhradí zdravotné výkony podľa bodu 1.2. za nasledovných podmienok:

Poisťovňa uhradí zdravotné výkony len za predpokladu, že relevantnú medicínsku radu alebo konzultáciu je možné poskytnúť pacientovi alebo jeho zákonnému zástupcovi telefonickou formou alebo formou videohovoru alebo inou elektronickou formou s ohľadom na zdravotný stav poistenca pri zachovaní správnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.. Telefonický rozhovor alebo videohovor alebo iná elektronická komunikácia medzi pacientom a lekárom musí bezprostredne súvisieť s problematikou, diagnostickej alebo terapeutickú starostlivosťou.

Poskytovateľ v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z. vykoná zápis do zdravotnej dokumentácie daného pacienta o poskytnutí telefonického rady pacientovi alebo jeho zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom pacienta s tým, že v zápise uvedie aj telefónny alebo e-mailový kontakt pacienta, na ktorom mu bola poskytnutá rada.

Zdravotné výkony uvedené v bode 1.2. nie je možné vzájomne kombinovať a ani kombinovať s inými výkonmi.

Poskytovateľ neporušil iné podmienky úhrady zdravotných výkonov vyplývajúce zo zmluvy a všeobecne záväzných právnych predpisov.



**Príloha č. 1e**  
**k Zmluve č. 61OPLK000311**

**Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti**

**Časť A. Ambulantná zdravotná starostlivosť**

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

**1. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu**

Úhrada za výkony uvedené v tabuľke Cena bodu sa vypočíta ako násobok jednotkovej ceny bodu a počtu bodov daného výkonu. Počet bodov vyplýva z opatrenia Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva platného v čase poskytnutia výkonu. Pokiaľ počet bodov nevyplýva z opatrenia Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva platného v čase poskytnutia výkonu, použije sa počet bodov pre daný výkon uvedený v poslednom opatrení Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva, v ktorom bol počet bodov pre daný výkon stanovený. V prípade zmluvne dohodnutého počtu bodov, použije sa pre výpočet úhrady za daný výkon počet bodov vyplývajúci zo zmluvy.

**2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon**

Výkony uvedené v tabuľke Cena za výkon sa uhrádzajú cenou za výkon. Cena za výkon zahŕňa náklady a úhradu za zdravotnú starostlivosť poskytnutú pri danom výkone, pokiaľ nie je uvedené inak.

**3. Úhrada zdravotnej starostlivosti v zmysle Verejného prísľubu**

Poisťovňa v dôsledku Mimoriadnej situácie spôsobenej ochorením COVID-19 umožňuje poskytovateľovi vykazovať aj zdravotné výkony uvedené vo Verejnom prísľube poisťovne a to za podmienok a spôsobom v ňom uvedených. Vzhľadom na jednostranný charakter vydania a aktualizovania Verejného prísľubu sa za prejav súhlasu s Verejným prísľubom zo strany poskytovateľa na účely tejto zmluvy považuje poskytnutie a vykávanie zdravotnej starostlivosti v súlade s Verejným prísľubom v platnom znení.

**4. Vybrané podmienky úhrady špecializovanej ambulantnej starostlivosti v odbornosti čelustná ortopédia platné do 31.12.2022**

- 4.1. Poisťovňa uhradí ortodontickú liečbu poistencom do veku 18 rokov a 364 dní, t.j. do dovŕšenia 19. roku veku poistenca.
- 4.2. Liečba fixným čelustnoortopedickým aparátom sa uhrádza po dobu 3 rokov.
- 4.3. Lehota, po uplynutí ktorej zdravotná poisťovňa prestáva hradiť ďalšiu ortodontickú liečbu, ak poistenec z iného ako zdravotného dôvodu liečbu prerušil, je 10 mesiacov.

Vybrané podmienky úhrady špecializovanej ambulantnej starostlivosti v odbornosti čelustná ortopédia sú viazané na Mimoriadnu situáciu spôsobenú ochorením COVID-19; ich platnosť je predĺžená do 31.12.2022 z dôvodu ešte prebiehajúcej ortodontickej liečby u poistencov, začatej počas Mimoriadnej situácie.

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

1. Špecializovaná zubno - lekárska starostlivosť (typ ZS 205)

1.1. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu

Cena bodu				
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Počet bodov	Cena bodu od 1.5.2022 do 31.12.2022	Cena bodu od 1.1.2023
-	Zubno – lekárske výkony (vrátane čelústnej ortopédie)	-	0,116 €	0,120 €
<b>Pripočítateľné položky k stomatologickým výkonom</b> Úhrada výkonov D52 a D54 a ich pripočítateľných položiek je podmienená doručením dokladov preukazujúcich spôsobilosť poskytovateľa na ich poskytovanie.				
Kód výkonu	Kód pripočítateľnej položky		Maximálna cena pripočítateľnej položky v €	
D52	RTGIO		0,27	
D54	OPG		0,50	

1.2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

Cena za výkon		
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Cena za výkon v €
1b	<p>Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty alebo telefonicky</p> <p>Konzultácia s pacientom obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ciele anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly, vo vzťahu k jednému orgánovému systému,</li> <li>• popis subjektívnych ťažkostí,</li> <li>• diagnostický záver,</li> <li>• poučenie o diéte a životospráve,</li> <li>• v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplývajú z konzultácie ohľadom zdravotného stavu,</li> <li>• prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára,</li> <li>• poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie.</li> </ul> <p>Vykazovanie zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta,</li> <li>• zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii,</li> <li>• súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj z online prostredia, popis zdravotného výkonu dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára,</li> <li>• výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi,</li> <li>• výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta,</li> <li>• vykazuje sa samostatne, najviac 1x za deň na jedného pacienta,</li> <li>• vyhotovenie záznamu v eZdravie.</li> </ul>	4,03

70	<p><b>Opätovné lekárske vystavenie lekárskeho predpisu a lekárskeho poukazu na základe požiadavky pacienta vznesenej cez elektronickú poštu, SMS alebo telefón</b></p> <p>Charakteristika zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronickou formou pre lieky/ zdravotné pomôcky / dietetické potraviny, ktoré pacient užíva dlhšie ako 3 mesiace a nebola realizovaná zmena dávkovania lieku.</li> </ul> <p>Vykazovanie zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta,</li> <li>súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj z online prostredia,</li> <li>údaj, kedy bol recept vypísaný,</li> <li>údaj o predpise lieku/ zdravotnej pomôcky pacientovi prostredníctvom elektronických služieb,</li> <li>výkon sa vzťahuje na jedného pacienta bez ohľadu na počet liekov/ zdravotnej pomôcky, ktoré boli pacientovi predpísané,</li> <li>výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi,</li> <li>vykazuje sa samostatne za každý vystavený recept a/alebo poukaz, ak ide o elektronický predpis typu opakovaný recept (preskripčný záznam s poznámkou „REPETATUR“). Ak elektronický predpis nie je typu opakovaný recept, vykazuje sa samostatne, najviac 1x za deň na jedného pacienta,</li> <li>vyhotovenie záznamu v eZdravie.</li> </ul>	1,01
67	<p><b>Príplatok pri sťaženom výkone</b></p> <p>Príplatok u dieťaťa do veku piatich rokov pri výkonoch - odber krvi, injekcie, infúzie, transfúzie, infiltrácie, implantácie, odobratie sterov, punkcie a pri výkone očkovania.</p>	5,04

### 1.2.2. Všeobecné podmienky úhrady vybraných zdravotných výkonov

Poistovňa uhradí zdravotné výkony podľa bodu 1.2. za nasledovných podmienok:

Poistovňa uhradí zdravotné výkony len za predpokladu, že relevantnú medicínsku radu alebo konzultáciu je možné poskytnúť pacientovi alebo jeho zákonnému zástupcovi telefonickou formou alebo formou videohovoru alebo inou elektronickou formou s ohľadom na zdravotný stav poistenca pri zachovaní správnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.. Telefonický rozhovor alebo videohovor alebo iná elektronická komunikácia medzi pacientom a lekárom musí bezprostredne súvisieť s problematikou, diagnostickej alebo terapeutickú starostlivosťou.

Poskytovateľ v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z. vykoná zápis do zdravotnej dokumentácie daného pacienta o poskytnutí telefonického rady pacientovi alebo jeho zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom pacienta s tým, že v zápise uvedie aj telefónny alebo e-mailový kontakt pacienta, na ktorom mu bola poskytnutá rada.

Zdravotné výkony uvedené v bode 1.2. nie je možné vzájomne kombinovať a ani kombinovať s inými výkonmi.

Poskytovateľ neporušil iné podmienky úhrady zdravotných výkonov vyplývajúce zo zmluvy a všeobecne záväzných právnych predpisov.



**Príloha č. 2a**  
**k Zmluve č. 61OPLK000311**

**Rozsah zdravotnej starostlivosti**

**Rozsah zdravotnej starostlivosti** - je vecný rozsah a rozsah úhrady poskytovanej zdravotnej starostlivosti, plne alebo čiastočne hradenej na základe verejného zdravotného poistenia.

**I. VECNÝ ROZSAH PREDMETU ZMLUVY**

Vecný rozsah predmetu zmluvy je určený druhom poskytovanej zdravotnej starostlivosti v tom špecializačnom odbore, v ktorom je poskytovateľ oprávnený poskytovať zdravotnú starostlivosť na základe platného rozhodnutia príslušného orgánu, a na ktorom sa zmluvné strany dohodli nasledovne:

Druh zdravotníckeho zariadenia:		poliklinika		
Miesto prevádzky:		Limbova 12 - 14, 833 03 Bratislava		
Druh a forma zdravotnej starostlivosti podľa Čl. 2 Zmluvy "Predmet zmluvy"				
1.	ambulantná zdravotná starostlivosť			
	druh	odbornosť ambulancií / (časť kódov poskytovateľa "yzz" )*	typ ZS	
	všeobecná	všeobecná pre dospelých	020/(201)	101

\* uvádza sa časť kódu poskytovateľa „yzz“ (tvar kódu poskytovateľa p99999sppyz), kde „y“ je subkód označujúci druh odborného útvaru a „zz“ označuje poradové číslo rovnakého druhu odborného útvaru rovnakého odborného zamerania v zmysle platného Metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

**II. MAXIMÁLNY ROZSAH ÚHRADY ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI**

Maximálny rozsah úhrady je určený výškou alebo spôsobom výpočtu úhrady za zdravotnú starostlivosť poskytnutú v účtovacom období, ktorým je kalendárny mesiac.

**III. ÚHRADA NAD MAXIMÁLNY ROZSAH ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI**

1. Kapitácia
2. Preventívne zdravotné výkony a ostatné zdravotné výkony vo všeobecnej ambulantnej starostlivosti uvedené v Prílohe č. 1a k zmluve „Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti“.
3. Lieky, okrem liekov pri mimotelovej eliminačnej liečbe a liekov podávaných v stacionároch s výnimkou psychiatrického stacionára, so symbolom úhrady „A“ zaradené do zoznamu liekov podľa osobitného predpisu, pokiaľ tieto budú preukázateľne nadobudnuté v súlade so všeobecne záväznými predpismi, v súlade so zákonom č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov, zákonom č. 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov, zákonom č. 147/2001 Z. z. o reklame, zákonom č. 18/1996 Z. z. o cenách, zákonom č. 431/2002 Z. z. o účtovníctve a súvisiacich predpisoch a vykázané v súlade s platným Metodickým usmernením Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou lieky so symbolom úhrady „A“ zaradené do zoznamu liekov podľa osobitného predpisu.
4. Výkony zdravotnej starostlivosti poskytované poistencom členských štátov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska cudzincom zo štátov, s ktorými má SR uzavreté medzištátne dohody, bezdomovcom a poistencom podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov, uhrádzané formou platby za výkon.





**Príloha č. 2b**  
**k Zmluve č. 61OPLK000311**

**Rozsah zdravotnej starostlivosti**

**Rozsah zdravotnej starostlivosti** - je vecný rozsah a rozsah úhrady poskytovanej zdravotnej starostlivosti, plne alebo čiastočne hradenej na základe verejného zdravotného poistenia.

**I. VECNÝ ROZSAH PREDMETU ZMLUVY**

Vecný rozsah predmetu zmluvy je určený druhom poskytovanej zdravotnej starostlivosti v tom špecializačnom odbore, v ktorom je poskytovateľ oprávnený poskytovať zdravotnú starostlivosť na základe platného rozhodnutia príslušného orgánu, a na ktorom sa zmluvné strany dohodli nasledovne:

Druh zdravotníckeho zariadenia:		poliklinika	
Miesto prevádzky:		Limbova 12 - 14, 833 03 Bratislava	
Druh a forma zdravotnej starostlivosti podľa Čl. 2 Zmluvy "Predmet zmluvy"			
1.	ambulantná zdravotná starostlivosť		
	druh	odbornosť ambulancií / (časť kódov poskytovateľa "yzz")*	typ ZS
	špecializovaná	001/(201), 040/(201), 040/(202), 049/(201), 063/(201), 065/(201), 141/(201), 216/(201)	200

\*uvádza sa časť kódu poskytovateľa „yzz“ (tvar kódu poskytovateľa p99999sppyz), kde „y“ je subkód označujúci druh odborného útvaru a „zz“ označuje poradové číslo rovnakého druhu odborného útvaru rovnakého odborného zamerania v zmysle platného Metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

**II. MAXIMÁLNY ROZSAH ÚHRADY ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI**

Maximálny rozsah úhrady je určený výškou alebo spôsobom výpočtu úhrady za zdravotnú starostlivosť poskytnutú v zúčtovacom období, ktorým je kalendárny mesiac.

**1. Špecializovaná ambulantná starostlivosť**

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	maximálny zmluvný rozsah
200	Špecializovaná	Bez obmedzenia

Doúčtovanie zdravotných výkonov realizovaných poskytovateľom v type zdravotnej starostlivosti 200 a 210 nebude počas trvania účinnosti tejto prílohy v zmysle Čl. 6 tejto zmluvy vykonané. V prípade, že bude poskytovateľovi stanovený maximálny zmluvný rozsah, má poskytovateľ nárok na doúčtovanie zdravotných výkonov realizovaných poskytovateľov v type zdravotnej starostlivosti 200 a 210 za primerané obdobie v súlade s Čl. 6 tejto zmluvy.

Poisťovňa je oprávnená vykonať analýzu priemerných nákladov na jedno unikátne rodné číslo poistencov (ďalej ako „URČ“), ktorým bude počas trvania účinnosti tejto prílohy poskytovateľom poskytnutá zdravotná starostlivosť. V prípade, že poisťovňa identifikuje neopodstatnený nárast nákladov na jedno URČ o viac ako 10% nad vypočítaný priemer v Slovenskej republike, je oprávnená stanoviť maximálny zmluvný rozsah, pokiaľ bol predtým poskytovateľ písomne upozomený.

**III. ÚHRADA NAD MAXIMÁLNY ROZSAH ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI**

- Preventívne zdravotné výkony a zdravotné výkony, ktoré sú súčasťou preventívnej prehliadky v špecializovanej ambulantej starostlivosti.
- Lieky, okrem liekov pri mimotelovej eliminačnej liečbe a liekov podávaných v stacionároch s výnimkou psychiatrického stacionára, so symbolom úhrady „A“ zaradené do zoznamu liekov podľa osobitného predpisu, pokiaľ tieto budú preukázateľne nadobudnuté v súlade so všeobecne záväznými predpismi, v súlade so zákonom č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov, zákonom č. 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a diietických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov, zákonom č. 147/2001 Z. z. o reklame, zákonom č. 18/1996 Z. z. o cenách, zákonom č. 431/2002 Z. z. o účtovníctve a súvisiacich predpisoch a vykázané v súlade s platným Metodickým usmernením Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou lieky so symbolom úhrady „A“ zaradené do zoznamu liekov podľa osobitného predpisu.

3. Výkony zdravotnej starostlivosti poskytované poistencom členských štátov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu, Švajčiarska a Srbsko cudzincom zo štátov, s ktorými má SR uzavreté medzištátne dohody, bezdomovcom a poistencom podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov, uhrádzané formou platby za výkon.
4. Individuálna pripočítateľná položka (IPP).

**Príloha č. 2c**  
**k Zmluve č. 61OPLK000311**

**Rozsah zdravotnej starostlivosti**

**Rozsah zdravotnej starostlivosti** - je vecný rozsah a rozsah úhrady poskytovanej zdravotnej starostlivosti, plne alebo čiastočne hradenej na základe verejného zdravotného poistenia.

**I. VECNÝ ROZSAH PREDMETU ZMLUVY**

Vecný rozsah predmetu zmluvy je určený druhom poskytovanej zdravotnej starostlivosti v tom špecializačnom odbore, v ktorom je poskytovateľ oprávnený poskytovať zdravotnú starostlivosť na základe platného rozhodnutia príslušného orgánu, a na ktorom sa zmluvné strany dohodli nasledovne:

Druh zdravotníckeho zariadenia:		poliklinika	
Miesto prevádzky:		Limbova 12 - 14, 833 03 Bratislava	
Druh a forma zdravotnej starostlivosti podľa Čl. 2 Zmluvy "Predmet zmluvy"			
1.	ambulantná zdravotná starostlivosť		
	druh	odbornosť ambulancií / (časť kódov poskytovateľa "yzz")*	typ ZS
	SVLZ – spoločné vyšetrovacie liečebné zložky	Zobrazovacie - rádiológia - osteodenzitometria 023/(501);	400
		laboratórne 024/(501); 034/(501); 040/(501)	400

\*uvádza sa časť kódu poskytovateľa „yzz“ (tvar kódu poskytovateľa p99999sppyzz), kde „y“ je subkód označujúci druh odborného útvaru a „zz“ označuje poradové číslo rovnakého druhu odborného útvaru rovnakého odborného zamerania v zmysle platného Metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

**II. MAXIMÁLNY ROZSAH ÚHRADY ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI**

Maximálny rozsah úhrady je určený výškou alebo spôsobom výpočtu úhrady za zdravotnú starostlivosť poskytnutú v zúčtovacom období, ktorým je kalendárny mesiac.

**1. Spoločné liečebné a vyšetrovacie zložky**

**a) Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky – úhrada zdravotnej starostlivosti bez uplatnenia degresu**

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	zmluvný rozsah v €
400	Rádiológia – osteodenzitometria - mesačný zmluvný rozsah	824,18

**b) Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky – úhrada zdravotnej starostlivosti formou degresu**

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	zmluvný rozsah v €
400	SVLZ laboratórne - mesačný zmluvný rozsah	31 291,44
400	SVLZ laboratórne - polročný zmluvný rozsah	187 748,64

Pokiaľ poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť vo výške presahujúcej zmluvný rozsah na kalendárny polrok, poisťovňa ju poskytovateľovi uhradí nasledovným spôsobom: úhrada bude realizovaná vo výške 35% zo sumy presahujúcej zmluvný rozsah na kalendárny polrok, maximálne však vo výške 35% zo sumy vypočítanej ako 10% zmluvného rozsahu na kalendárny polrok. V tomto prípade sa postup podľa čl. 6 bodu 3 Zmluvy nepoužije."

**III. ÚHRADA NAD MAXIMÁLNY ROZSAH ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI**

- Lieky, okrem liekov pri mimotelovej eliminačnej liečbe a liekov podávaných v stacionároch s výnimkou psychiatrického stacionára, so symbolom úhrady „A“ zaradené do zoznamu liekov podľa osobitného predpisu, pokiaľ tieto budú preukázateľne nadobudnuté v súlade so všeobecne záväznými predpismi, v súlade so zákonom č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov, zákonom č. 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a diietických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov, zákonom č. 147/2001 Z. z. o reklame, zákonom č. 18/1996 Z. z. o cenách, zákonom č. 431/2002 Z. z. o účtovníctve a súvisiacich predpisoch a vykázané v súlade s platným Metodickým usmernením Úradu pre dohľad nad

zdravotnou starostlivosťou lieky so symbolom úhrady „A“ zaradené do zoznamu liekov podľa osobitného predpisu.

2. Výkony zdravotnej starostlivosti poskytované poistencom členských štátov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska cudzincom zo štátov, s ktorými má SR uzavreté medzištátne dohody, bezdomovcom a poistencom podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov, uhrádzané formou platby za výkon.

**Príloha č. 2d**  
**k Zmluve č. 61OPLK000311**

**Rozsah zdravotnej starostlivosti**

**Rozsah zdravotnej starostlivosti** - je vecný rozsah a rozsah úhrady poskytovanej zdravotnej starostlivosti, plne alebo čiastočne hradenej na základe verejného zdravotného poistenia.

**I. VECNÝ ROZSAH PREDMETU ZMLUVY**

Vecný rozsah predmetu zmluvy je určený druhom poskytovanej zdravotnej starostlivosti v tom špecializačnom odbore, v ktorom je poskytovateľ oprávnený poskytovať zdravotnú starostlivosť na základe platného rozhodnutia príslušného orgánu, a na ktorom sa zmluvné strany dohodli nasledovne:

Druh zdravotníckeho zariadenia:		poliklinika		
Miesto prevádzky:		Limbova 12 - 14, 833 03 Bratislava		
Druh a forma zdravotnej starostlivosti podľa Čl. 2 Zmluvy "Predmet zmluvy"				
1.	ambulantná zdravotná starostlivosť			
		druh	odbornosť ambulancií / (časť kódov poskytovateľa "yzz" )*	typ ZS
	špecializovaná	špecializovaná zubno-lekárska	802/(201)	105

\*uvádza sa časť kódu poskytovateľa „yzz“ (tvar kódu poskytovateľa p99999sppyzz), kde „y“ je subkód označujúci druh odborného útvaru a „zz“ označuje poradové číslo rovnakého druhu odborného útvaru rovnakého odborného zamerania v zmysle platného Metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

**II. MAXIMÁLNY ROZSAH ÚHRADY ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI**

Maximálny rozsah úhrady je určený výškou alebo spôsobom výpočtu úhrady za zdravotnú starostlivosť poskytnutú v zúčtovacom období, ktorým je kalendárny mesiac.

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	maximálny zmluvný rozsah
105	špecializovaná zubno-lekárska vrátane stomatoprotetiky	bez obmedzenia

Doúčtovanie zdravotných výkonov realizovaných poskytovateľom v type zdravotnej starostlivosti 105 nebude počas platnosti tejto prílohy v zmysle Čl. 6 tejto zmluvy realizované. V prípade, že bude poskytovateľovi počas platnosti zmluvy stanovený maximálny zmluvný rozsah, má poskytovateľ nárok na doúčtovanie zdravotných výkonov realizovaných poskytovateľov v type zdravotnej starostlivosti 105 za primerané obdobie v súlade s Čl. 6 tejto zmluvy.

Poisťovňa je oprávnená v priebehu kalendárneho roka vykonať analýzu priemerných nákladov na jedno unikátne rodné číslo poistencov (ďalej ako „URČ“), ktorým bude poskytovateľom poskytnutá zdravotná starostlivosť. V prípade, že poisťovňa identifikuje neopodstatnený nárast nákladov na jedno URČ o viac ako 50% nad vypočítaný priemer v Slovenskej republike, je oprávnená stanoviť maximálny zmluvný rozsah, pokiaľ bol predtým poskytovateľ písomne upozornený.

**III. ÚHRADA NAD „MAXIMÁLNY ROZSAH ÚHRADY ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI“**

- Preventívne zdravotné výkony v stomatológii č. D02, D02a, D06. Poisťovňa neuhrádza zdravotné výkony v základnom prevedení v súvislosti so zubným kazom u poistenca, ktorý v predchádzajúcom kalendárnom rok neabsolvoval preventívnu prehliadku.
- Zdravotné výkony v stomatológii č. D01, D05.
- Lieky, okrem liekov pri mimotelovej eliminačnej liečbe a liekov podávaných v stacionároch s výnimkou psychiatrického stacionára, so symbolom úhrady „A“ zaradené do zoznamu liekov podľa osobitného predpisu, pokiaľ tieto budú preukázateľne nadobudnuté v súlade so všeobecne záväznými predpismi, v súlade so zákonom č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov, zákonom č. 363/2011 Z. z. o rozsahu

a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov, zákonom č. 147/2001 Z. z. o reklame, zákonom č. 18/1996 Z. z. o cenách, zákonom č. 431/2002 Z. z. o účtovníctve a súvisiacich predpisoch a vykázané v súlade s platným Metodickým usmernením Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou lieky so symbolom úhrady „A“ zaradené do zoznamu liekov podľa osobitného predpisu.

4. Výkony zdravotnej starostlivosti poskytované poistencom členských štátov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu, Švajčiarska, Srbska, cudzincom zo štátov, s ktorými má SR uzavreté medzištátne dohody, bezdomovcom a poistencom podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov, uhrádzané formou platby za výkon.

**Príloha č. 2e**  
**k Zmluve č. 61OPLK000311**

**Rozsah zdravotnej starostlivosti**

**Rozsah zdravotnej starostlivosti** - je vecný rozsah a rozsah úhrady poskytovanej zdravotnej starostlivosti, plne alebo čiastočne hradenej na základe verejného zdravotného poistenia.

**I. VECNÝ ROZSAH PREDMETU ZMLUVY**

Vecný rozsah predmetu zmluvy je určený druhom poskytovanej zdravotnej starostlivosti v tom špecializačnom odbore, v ktorom je poskytovateľ oprávnený poskytovať zdravotnú starostlivosť na základe platného rozhodnutia príslušného orgánu, a na ktorom sa zmluvné strany dohodli nasledovne:

Druh zdravotníckeho zariadenia:		poliklinika		
Miesto prevádzky:		Límbova 12 - 14, 833 03 Bratislava		
Druh a forma zdravotnej starostlivosti podľa Čl. 2 Zmluvy "Predmet zmluvy"				
1.	ambulantná zdravotná starostlivosť			
		druh	odbornosť ambulancií / (časť kódov poskytovateľa "yzz" )*	typ ZS
	špecializovaná	špecializovaná zubno-lekárska	053/(201)	205

\*uvádza sa časť kódu poskytovateľa „yzz“ (tvar kódu poskytovateľa p99999sppyzz), kde „y“ je subkód označujúci druh odborného útvaru a „zz“ označuje poradové číslo rovnakého druhu odborného útvaru rovnakého odborného zamerania v zmysle platného Metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

**II. MAXIMÁLNY ROZSAH ÚHRADY ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI**

Maximálny rozsah úhrady je určený výškou alebo spôsobom výpočtu úhrady za zdravotnú starostlivosť poskytnutú v zúčtovacom období, ktorým je kalendárny mesiac.

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	maximálny zmluvný rozsah
205	špecializovaná zubno-lekárska vrátane stomatoprotetiky	bez obmedzenia

Doúčtovanie zdravotných výkonov realizovaných poskytovateľom v type zdravotnej starostlivosti 205 nebude počas platnosti tejto prílohy v zmysle Čl. 6 tejto zmluvy realizované. V prípade, že bude poskytovateľovi počas platnosti zmluvy stanovený maximálny zmluvný rozsah, má poskytovateľ nárok na doúčtovanie zdravotných výkonov realizovaných poskytovateľov v type zdravotnej starostlivosti 205 za primerané obdobie v súlade s Čl. 6 tejto zmluvy.

Poisťovňa je oprávnená v priebehu kalendárneho roka vykonať analýzu priemerných nákladov na jedno unikátne rodné číslo poistencov (ďalej ako „URČ“), ktorým bude poskytovateľom poskytnutá zdravotná starostlivosť. V prípade, že poisťovňa identifikuje neopodstatnený nárast nákladov na jedno URČ o viac ako 50% nad vypočítaný priemer v Slovenskej republike, je oprávnená stanoviť maximálny zmluvný rozsah, pokiaľ bol predtým poskytovateľ písomne upozornený.

**III. ÚHRADA NAD „MAXIMÁLNY ROZSAH ÚHRADY ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI“**

1. Preventívne zdravotné výkony v stomatológii č. D02, D02a, D06. Poisťovňa neuhrádza zdravotné výkony v základnom prevedení v súvislosti so zubným kazom u poistenca, ktorý v predchádzajúcom kalendárnom rok neabsolvoval preventívnu prehliadku.
2. Zdravotné výkony v stomatológii č. D01, D05.
3. Lieky, okrem liekov pri mimotelovej eliminačnej liečbe a liekov podávaných v stacionároch s výnimkou psychiatrického stacionára, so symbolom úhrady „A“ zaradené do zoznamu liekov podľa osobitného predpisu, pokiaľ tieto budú preukázateľne nadobudnuté v súlade so všeobecne záväznými predpismi, v súlade so zákonom č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov, zákonom č. 363/2011 Z. z. o rozsahu

a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov, zákonom č. 147/2001 Z. z. o reklame, zákonom č. 18/1996 Z. z. o cenách, zákonom č. 431/2002 Z. z. o účtovníctve a súvisiacich predpisoch a vykázané v súlade s platným Metodickým usmernením Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou lieky so symbolom úhrady „A“ zaradené do zoznamu liekov podľa osobitného predpisu.

4. Výkony zdravotnej starostlivosti poskytované poistencom členských štátov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu, Švajčiarska, Srbska, cudzincom zo štátov, s ktorými má SR uzavreté medzištátne dohody, bezdomovcom a poistencom podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov, uhrádzané formou platby za výkon.



**Príloha č. 3a**  
**k Zmluve č. 61OPLK000311**

**Kritéria na uzatváranie zmlúv**

Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s., v súlade s § 7 ods. 4 písm. a) zákona NR SR č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov stanovuje nasledovné kritériá na uzatváranie zmlúv :

Poradové číslo	Názov kritéria	Váha kritéria v %
1	<b>Dostupnosť zdravotnej starostlivosti</b> najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti podľa platného Nariadenia vlády SR č. 640/2008 Z. z.	20
2	<b>Personálne zabezpečenie</b> Poskytovanie zdravotnej starostlivosti osobami, ktoré spĺňajú podmienky na výkon zdravotníckeho povolania alebo samostatnej zdravotníckej praxe v príslušnom odbore v počte najmenej na úrovni predpísaného minimálneho personálneho vybavenia zdravotníckeho zariadenia podľa výnosu MZ SR z 10. septembra 2008 č. 09812/2008-OL o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení.	20
3	<b>Materiálno – technické vybavenie</b> Materiálno-technické vybavenie pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti najmenej na úrovni predpísaného minimálneho materiálno-technického vybavenia zdravotníckeho zariadenia podľa výnosu MZ SR z 10. septembra 2008 č. 09812/2008-OL o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení, a len takými zdravotníckymi pomôckami a prístrojmi, ktoré spĺňajú technické požiadavky ustanovené zákonom č. 264/1999 o technických požiadavkách na výrobky a o posudzovaní zhody v znení neskorších predpisov.	20
4	<b>Indikátory kvality</b> Indikátory kvality podľa ustanovenia § 7 ods. 4 písm. a), bod 2 a nasl. zákona NR SR č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v platnom znení, ich spracovanie a doručenie poisťovni	20
5	<b>Cena za poskytovanú zdravotnú starostlivosť</b> V súlade s ustanoveniami § 7 zákona č. 581/2004 Z. z. je každý zmluvný partner VŠZP oprávnený do 30 dní odo dňa uverejnenia nižšej ceny podať návrh zdravotnej poisťovni na novú výšku úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorá je nižšia ako nižšia cena. Zmluvní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti môžu podať návrh na príslušnej krajskej pobočke VŠZP, a to podľa miesta výkonu poskytovania zdravotnej starostlivosti	15
6	<b>Prevoz materiálu BIO</b> Zabezpečenie prevozu biologického materiálu určeného na diagnostiku (pre pracoviská SVLZ)	5



Príloha č. 3b

k Zmluve č. 61OPLK000311

Kritéria na uzatváranie zmlúv

Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s., v súlade s § 7 ods. 4 písm. a) zákona NR SR č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov stanovuje nasledovné kritériá na uzatváranie zmlúv :

Poradové číslo	Názov kritéria	Platnosť kritéria	Typ kritéria
1	<b>Dostupnosť zdravotnej starostlivosti</b> Ambulancia poskytovateľa je verejne dostupná, a to najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti podľa platného Nariadenia vlády SR č. 640/2008 Z. z.	V	Zákonné
2	<b>Personálne zabezpečenie</b> Poskytovanie zdravotnej starostlivosti osobami, ktoré spĺňajú podmienky na výkon zdravotníckeho povolania alebo samostatnej zdravotníckej praxe v príslušnom odbore v počte najmenej na úrovni predpísaného minimálneho personálneho zabezpečenia zdravotníckeho zariadenia podľa všeobecne záväzných právnych predpisov stanovujúcich personálne zabezpečenie.	V	Zákonné
3	<b>Materiálne – technické vybavenie</b> Materiálno-technické vybavenie pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti najmenej na úrovni predpísaného minimálneho materiálno-technického vybavenia zdravotníckeho zariadenia podľa všeobecne záväzných právnych predpisov stanovujúcich materiálno – technické vybavenie.	V	Zákonné
4	<b>Indikátory kvality</b> Indikátory kvality podľa ustanovenia § 7 ods. 4 písm. a), bod 2 a nasl. zákona NR SR č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v platnom znení, ich spracovanie a doručenie poisťovní	V	Zákonné
5	<b>Časový rozsah</b> Zdravotná starostlivosť poskytovaná poskytovateľom v ambulancii je minimálne v rozsahu 30 hodín čistého ordinačného času lekára týždenne na danú posudzovanú ambulanciu. Týždenný počet ordinačných hodín, počas ktorých odborný zástupca poskytuje zdravotnú starostlivosť v ambulancii poskytovateľa, je minimálne 50% hodín čistého ordinačného času lekára. Minimálny týždenný počet hodín, počas ktorých lekár poskytuje zdravotnú starostlivosť v ambulancii poskytovateľa je 8 hodín, čo zodpovedá úväzku 0,2 lekárskeho miesta. Poskytovateľ nesmie prerušiť poskytovanie zdravotnej starostlivosti v ambulancii po dobu dlhšiu ako 3 mesiace.	Š	VšZP
6	<b>Preskripcia</b> Lekár poskytujúci zdravotnú starostlivosť na kód ambulancie poskytovateľa môže predpisovať lieky a zdravotnícke pomôcky len pacientom, ktorým bola poskytnutá zdravotná starostlivosť v tejto ambulancii poskytovateľa.	Š	VšZP
7	<b>Vykazovanie</b> Poskytovateľ využíva výhradne elektronickú komunikáciu prostredníctvom elektronickej podateľne pre vykazovanie mesačných dávok poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Poskytnutá zdravotná starostlivosť sa vykazuje na platný kód ambulancie poskytovateľa a kód lekára, ktorý zdravotnú starostlivosť poskytol, pričom na kód ambulancie poskytovateľa poskytujú zdravotnú starostlivosť najviac 3 lekári.	Š	VšZP
8	<b>Úväzky</b> Súčet všetkých pracovných úväzkov lekára poskytujúceho zdravotnú starostlivosť je maximálne vo výške 1,2 lekárskeho miesta, pričom akceptovateľnou je práca maximálne u dvoch rôznych poskytovateľov.	Š	VšZP

**Vysvetlivky:**

**Zákonné** – kritérium, ktorého splnenie vyžaduje platná legislatíva

**VšZP** – kritérium nad rámec zákonných, určené Všeobecnou zdravotnou poisťovňou, a.s.

**Kód ambulancie** – 12 miestny kód ambulancie pridelený ÚDZS

**Úväzok 1 lekárskeho miesta** – predstavuje 40 hodín pracovného času týždenne

**Čistý ordinačný čas** - čas poskytovania zdravotnej starostlivosti lekárom v ambulancii

**Š** – kritérium sa vzťahuje na špecializovanú ambulantnú starostlivosť (typ ZS 200, 210, 103)

**V** - kritérium sa vzťahuje na poskytovanie zdravotnej starostlivosti v každom type ZS



**Príloha č. 4**  
**k Zmluve č. 61OPLK000311**

**Kritériá na uzatváranie zmlúv pre odbor klinická biochémia, laboratórna medicína, klinická imunológia a alergológia a lekárska genetika platné**

**I.**

**Materiálno-technické vybavenie poskytovateľa**

1. Poskytovateľ je povinný pri uzatvorení Zmluvy a počas trvania zmluvného vzťahu súvisiaceho s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v odboroch klinická biochémia, laboratórna medicína, klinická imunológia a alergológia a lekárska genetika uhrádzanej z prostriedkov verejného zdravotného poistenia preukázať vlastnícky alebo nájomný vzťah k prístrojovému vybaveniu. Ako prílohu doloží zoznam analytickej techniky s uvedením názvov prístrojov s typovým označením, počtu kusov každého typu, ich analytickeho určenia, originálnych výrobcov, adresami ich zastúpení pre SR a roku výroby.
  2. Prístrojové vybavenie poskytovateľa je podmienené rozsahom vyšetrovacích metód, ktoré poskytovateľ vykonáva, pričom musí spĺňať materiálno-technické vybavenie upravené príslušnou normou (napr. Výnosom MZ SR č. 25118/2008-OL). Analytické systémy poskytovateľa musia spĺňať kritériá definované platnou legislatívou (napr. Nariadením Vlády SR č. 582/2008 Z.z. o technických požiadavkách a postupoch posudzovania zhody zdravotníckych pomôcok).
  3. Poskytovateľ je počas celého obdobia zmluvného vzťahu povinný na žiadosť poisťovne predložiť:
    - a) kópiu Vyhlásenia o zhode pre každý analyzátor, ktorý je predmetom Zmluvy, vystavenú jeho originálnym výrobcom;
    - b) potvrdením originálneho výrobcu analyzátora, ktorý je predmetom Zmluvy, že dodávateľská firma je jeho slovenským zastúpením, autorizovaným zástupcom/distribútorom pre SR alebo je dodávateľom so súhlasom originálneho výrobcu;
    - c) aktuálne potvrdenie o preventívnej údržbe vykonanej autorizovaným servisným technikom pre každý z používaných analyzátorov vo výrobcovom požadovanom intervale (maximálne však 24 mesiacov staré);
    - d) v prípade, že preventívny a poruchový servis prístroja, ktorý je predmetom Zmluvy, nevykonáva zmluvný partner poskytovateľa podľa bodu b) zároveň aj
      - potvrdenie originálneho výrobcu, že servisná organizácia daného analyzátora je ním autorizovaná pre jeho preventívnu aj poruchovú údržbu alebo koná so súhlasom originálneho výrobcu;
      - dokladom servisného technika, že je výrobcov autorizovaný pre údržbu predmetného analyzátora;
    - e) zoznam vykonávaných vyšetrení so stručným popisom technológie, ktorou sú vykonávané.
  4. Poskytovateľ v oblasti lekárskej genetiky musí disponovať materiálno technickým vybavením na úrovni automatizovaných analyzátorových systémov typu ako PCR cykler, genetický analyzátor a real-time PCR. Poisťovňa akceptuje používanie tzv. stripových technológií v rozsahu max. 50 % z celkového počtu vykonávaných metodík. Pre jednotlivé okruhy vyšetrení je povinnou výbavou genetického laboratória minimálne materiálno technické vybavenie:
    - A. pre laboratórium so zameraním na molekulovo-genetické analýzy:
      - PCR cykler – zariadenie umožňujúce vykonávať základné PCR potrebné k diagnostike vybraných genetických ochorení ako aj PCR reakcie potrebné k následným „downstream“ analýzám typu sekvenovanie, fragmentačná analýza, atď., a zariadenie na meranie kvantity a kvality DNA
- a/alebo

- real-time PCR zariadenie – umožňuje vykonávať analýzy absolútnej kvantifikácie, genotypizácie, génovej expície v reálnom čase
- a/alebo
- genetický analyzátor – zariadenie na báze Sangerovho sekvenovania, resp. sekvenovania 2. generácie (NGS) umožňujúce sekvenovanie jednotlivých génov, ich častí, viacerých génov súčasne, resp. STR analýzy, genotypizačné analýzy, analýzy CNV, epigenetické analýzy;
  - laminárny box, centrifúgy.
- B. Pre laboratórium so zameraním na cytogenetické analýzy:
- klasická genetika: svetelné mikroskopy, softvérová počítačová analýza s možnosťou archivácie patologických nálezov;
  - FISH diagnostika: hybridizačná piecka, fluorescenčný mikroskop, softvérová počítačová analýza s možnosťou archivácie patologických nálezov;
  - array CGH: PCR cykler, hybridizačné zariadenie a micro-array skener;
  - laminárny box, centrifúgy.

## II.

### Personálne minimum poskytovateľa

1. Poskytovateľ je povinný počas zmluvného vzťahu zamestnávať odborného zástupcu so špecializáciou v príslušnom špecializačnom odbore a vykonanou špecializačnou skúškou v príslušnom špecializačnom odbore, ako aj tím ďalších špecialistov s kvalifikáciou v zmysle platnej legislatívy (napr. Výnos MZ SR č. 25118/2008-OL z 10. decembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v jeho aktuálnom znení). Odborný zástupca musí mať na pracovisku minimálny pracovný úväzok 0,5. Poskytovateľ je zároveň povinný zabezpečiť pre oblasť:
  - a) **klinická biochémia a laboratórna medicína** – odborného zástupcu pracoviska poskytujúceho laboratórne diagnostické služby pre nemocničné pracoviská a špecializované ambulancie – lekára alebo laboratórneho diagnostika s vykonanou špecializačnou skúškou v príslušnom špecializačnom odbore klinická biochémia a/alebo laboratórna medicína;
  - b) **lekárska genetika** – odborného zástupcu a tím ďalších špecialistov podľa nasledovných špecifikácií:
    - Odborný zástupca:
    - b) lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore Lekárska genetika, alebo
    - c) laboratórny diagnostik so špecializáciou v špecializačnom odbore Laboratórne a diagnostické metódy v klinickej genetike, resp. lekárskej genetike.

Odborný zástupca musí mať oprávnenie na výkon špecializovaných činností v hore uvedených odboroch a 5-ročnú prax od získania tohto oprávnenia v každej do zmluvy navrhovanej odbornosti.

    - Ďalší špecializovaní laboratórni pracovníci
    - d) iný zdravotnícky pracovník s vysokoškolským vzdelaním so špecializáciou v špecializačnom odbore Laboratórne a diagnostické metódy v klinickej genetike, resp. lekárska genetika, alebo
    - e) iný zdravotnícky pracovník s vysokoškolským vzdelaním so špecializáciou v špecializačnom odbore Laboratórna medicína za predpokladu, že v stave laboratória je aj pracovník definovaný vyššie a súčasne
    - f) zdravotnícky laborant s ukončeným vysokoškolským vzdelaním II. stupňa alebo zdravotnícky laborant s ukončenou špecializáciou v niektorom zo špecializačných odborov platných v rámci súčasnej legislatívy.

Podmienkou podpísania zmluvy na genetické vyšetrenia realizované v spolupráci s patológiou, ktoré na analýzu vyžadujú vstupné nádorové tkanivo, bude poskytovateľom preukázateľne zabezpečená

možnosť konzultácií daných vyšetrení, ich rozsah a sortiment s lekárom so špecializáciou v špecializačnom odbore Patologická anatómia (s reálnou dostupnosťou po celý pracovný čas laboratórneho oddelenia).

### III.

#### Akreditácia vyšetrení

1. Poskytovateľ je povinný pri uzatváraní Zmluvy a počas trvania zmluvného vzťahu v odbore lekárska genetika používať vyšetrenia akreditované podľa normy ISO 15189 v rozsahu min. 50 % z celkového množstva vykonávaných vyšetrení.
2. V prípade ak poskytovateľ v odbore lekárska genetika nie je ku dňu podpisu Zmluvy akreditovaný, musí najneskôr do 12 mesiacov odo dňa podpisu Zmluvy predložiť kópiu akceptovanej žiadosti o akreditáciu zaslanú autorizovanej osobe alebo preukázať, že zamestnáva vyškoleného manažéra kvality s certifikátom SNAS s cieľom akreditovať pracovisko. V takom prípade poskytovateľ najneskôr do 6 mesiacov od splnenia predchádzajúcich kritérií definovaných v tomto bode musí doložiť doklad o akreditácii pracoviska autorizovanou osobou. Akreditácia musí byť vykonaná podľa normy ISO 15189. V prípade nespĺnenia ktorejkoľvek z uvedených podmienok dôjde k okamžitému skončeniu zmluvného vzťahu v súlade s Čl. 7 ods. 5 Zmluvy.

### IV.

#### Plnenie kritérií systému externej kontroly kvality

1. Poskytovateľ musí mať minimálne v oblasti:
  - klinická biochémia (024) – 50 %;
  - laboratórna medicína (225) – 50 %;
  - klinická imunológia a alergológia (040) – 50 %;
  - lekárska genetika (062) – 70 %výkonov, ktoré vykonáva, prihlásené do nezávislého systému externej kontroly kvality, resp. medzilaboratórneho porovnania.
2. V prípade, že vzhľadom na cyklus zvoleného externého systému kontroly kvality nie je možné ku dňu podpisu Zmluvy preukázať, že všetky vyšetrenia, ktoré sú predmetom Zmluvy, sú už v externom kontrolnom systéme prihlásené, poskytovateľ predloží doklad o prihlásení minimálne hore uvedené % všetkých vykonávaných vyšetrení do nezávislého systému externej kontroly kvality, resp. medzilaboratórneho porovnania na daný rok, v ktorom sa Zmluva uzatvára, a to najneskôr do 1 mesiaca od podpisu Zmluvy. V takom prípade poskytovateľ predloží certifikát alebo potvrdenie o účasti v prípade, že sa certifikát nevydáva, o výsledkoch vyšetrení v externom systéme kontroly kvality najneskôr do 12 mesiacov od ich prihlásenia do tohto systému. V prípade nespĺnenia ktorejkoľvek z uvedených podmienok dôjde k okamžitému skončeniu Zmluvného vzťahu v súlade s Čl. 7 ods. 5 Zmluvy.
3. Poskytovateľ musí byť v kontrolnom cykle nie staršom ako 12 mesiacov vo všetkých prihlásených vyšetreniach úspešný. Poisťovňa akceptuje len nezávislé externé kontrolné systémy prevádzkované medzinárodnými autorizovanými osobami na to určenými.
4. V prípade, ak poskytovateľ nespĺní požiadavky externého systému kontroly kvality, resp. medzilaboratórneho porovnania pre niektoré vyšetrenie, poisťovňa ho od nasledujúceho účtovacieho obdobia bude uhrádzať vo výške 80 % jeho ceny, a to až do predloženia platného certifikátu o úspešnom výsledku tohto vyšetrenia v tom istom kontrolnom systéme. V prípade opakovaného nespĺnenia požiadavky externého systému kontroly kvality, resp. medzilaboratórneho porovnania poisťovňa prestane daný výkon od nasledujúceho účtovacieho obdobia uhrádzať až do predloženia

platného certifikátu o úspešnom výsledku daného vyšetrenia v tom istom kontrolnom systéme. Poist'ovňa je oprávnená uplatniť si náhradu plnenia za vyšetrenia aj spätne v prípade, ak poskytovateľ vykazoval poisťovni výsledky takých vyšetrení, na ktoré v danom období nemal platný certifikát o ich úspešnom výsledku v externom systéme kontroly kvality, resp. medzilaboratórnom porovnaní spĺňajúcom kritériá definované v článku IV. tejto prílohy.

5. Poskytovateľ v odbore lekárska genetika je povinný realizovať vykázaný výkon, definovaný v Prílohe č. 1 Zmluvy, tabuľka Priamo hradené výkony, viazaný na suspektnú diagnózu v celom relevantnom rozsahu génu vzťahujúceho sa na danú diagnózu.
6. Poskytovateľ je povinný v plnom rozsahu vykonávať vyšetrenie, ktoré je predmetom Zmluvy, v mieste prevádzky špecifikovanej v Prílohe č. 2 Zmluvy na území Slovenskej republiky. V prípade, ak poisťovňa zistí, že vyšetrenie, alebo jeho časť, bolo vykonané mimo územia Slovenskej republiky, je oprávnená na uplatnenie si nároku na náhradu plnenia v plnej výške úhrady realizovanej poisťovňou. Poskytovateľ sa zároveň zaväzuje vrátiť uhradenú sumu poisťovni vo výške, aká mu bola zo strany poisťovne uhradená.
7. Poskytovateľ je povinný písomne informovať poisťovňu o úmysle vykonávať akékoľvek vyšetrenie, ktoré je predmetom Zmluvy, v laboratóriu nachádzajúcom sa mimo územia Slovenskej republiky. Poskytovateľ je v takom prípade taktiež povinný doložiť platný certifikát predmetného laboratória o úspešnom výsledku daného vyšetrenia v nezávislom externom systéme kontroly kvality spĺňajúcom kritériá definované v Článku IV. tejto prílohy, nie starší ako 12 mesiacov, ako aj potvrdenie o akreditácii daného laboratória podľa ISO 15189. Pred odoslaním materiálu musí poskytovateľ vopred písomne požiadať poisťovňu o súhlas s jeho odoslaním do takéhoto laboratória. Poist'ovňa písomne rozhodne o žiadosti poskytovateľa s realizáciou konkrétneho vyšetrenia v zahraničí. Takéto rozhodnutie poisťovne je platné maximálne 6 mesiacov od dátumu rozhodnutia.
8. Poist'ovňa má právo, v prípade ak poskytovateľ napriek písomnému nesúhlasu poisťovne vzorku, alebo jej časť, odoslal na vyšetrenie do zahraničia, resp. časť diagnostiky bola urobená na zahraničnom pracovisku, udeliť poskytovateľovi sankciu vo výške dvojnásobku zmluvne dohodnutej ceny predmetného vyšetrenia.

Zmluvné strany sa dohodli, že kritériá na uzatváranie zmlúv podľa Prílohy č. 4 sa na Poskytovateľa vzťahujú v rozsahu zazmluvneného špecializačného odboru.