



DODATOK číslo 1
K ZMLUVE O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI
č. 77PLDO001822

uzatvorená podľa § 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 „Zmluva“)
medzi zmluvnými stranami:

Zdravotná poisťovňa:

DÓVERA zdravotná poisťovňa, a. s.

so sídlom Einsteinova 25, 851 01 Bratislava

IČO: 35 942 436, DIČ: 2022051130, IČ DPH: SK2022051130

zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka číslo 3627/B
krajská pobočka **Prešov** kód : **2400**

korešpondenčná adresa: **Cintorínska 5, 949 01 Nitra 1**

(ďalej len „Poisťovňa“)

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti:

Obchodné meno / Priezvisko, meno a titul:	Mesto Medzilaborce
IČO / registračné číslo:	00323233
DIČ, IČ DPH:	20212322752
Sídlo / Miesto trvalého pobytu:	Mierová 326/4 , 068 01 Medzilaborce
Zápis v registri (iba v prípade takéhoto zápisu):	—
Bankové spojenie	SK480200000000023028532

(ďalej len „Poskytovateľ“)

I. ÚVODNÉ USTANOVENIE

- 1.1. Poisťovňa a Poskytovateľ sa v súlade s ustanoveniami Všeobecných zmluvných podmienok pre zdravotnú starostlivosť (ďalej len „VZP“) dohodli na zmene Zmluvy.

II. OBSAH DODATKU

- 2.1. Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že čl. II. POVINNOSTI PRI POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI sa dopĺňa o nový bod 2.5 Zmluvy, ktorý znie nasledovne:

„2.5. Poskytovateľ zodpovedá za správnosť obsahu návrhu na kúpeľnú starostlivosť (ďalej len „Návrh“) doručeného Poisťovni. Predovšetkým Poskytovateľ zodpovedá za to, že Poistenec spĺňa indikáciu pre navrhovanú kúpeľnú starostlivosť a Návrh obsahuje všetky relevantné údaje potrebné pre poskytnutie kúpeľnej starostlivosti. Poskytovateľ berie na vedomie, že Poisťovňa neposkytuje poskytovateľovi kúpeľnej starostlivosti informácie zo zdravotnej dokumentácie Poistenca.“

2.2. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že bod 3.1. Zmluvy sa nahrádza novým znením nasledovne:

„3.1. Poistovňa a Poskytovateľ sa v súlade so zákonom č. 18/1996 Zú. o cenách v znení neskorších predpisov dohodli, že Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti úhradu podľa pravidiel uvedených v článku III., IV. a V. Zmluvy. Poskytovateľ berie na vedomie, že Zdravotná poisťovňa bude pri úhrade zdravotnej starostlivosti postupovať v súlade s ustanovením § 9 ods. 2 zákona č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (v znení zákona č. 718/2004 Z.z.). Zdravotná poisťovňa v spolupráci s Poskytovateľom a dodávateľom informačného systému Poskytovateľa za týmto účelom vyvinie maximálne úsilie vedúce k tomu, aby bola informácia o tom, či je poistenec uvedený v zozname dlžníkov sprístupnená priamo v informačnom systéme Poskytovateľa. Týmto však nie je dotknutá povinnosť Poskytovateľa uvedená v bode 4.1. VZP.“

2.3. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že čl. III. VÝŠKA ÚHRADY ZA ZDRAVOTNÚ STAROSTLIVOSŤ sa dopĺňa o nový bod 3.9. Zmluvy, ktorý znie nasledovne:

„3.9. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že v prípade ak nastane niektorá z nasledovných podmienok:

a. v priebehu roku 2022 v dôsledku opatrenia Ministerstva financií SR, alebo v dôsledku akéhokoľvek iného relevantného právneho aktu dôjde k zníženiu sadzby poistného za poistencov štátu, alebo k inej skutočnosti, ktorá bude znamenať zníženie disponibilných zdrojov pre zdravotníctvo (ďalej len „Opatrenie“), alebo

*b. nedôjde k dofinancovaniu zdravotného sektora rozpustením rezervy štátneho rozpočtu pre rok 2022 v celej výške 220 000 000 Eur uvedenej v prílohe č. 6 zákona 534/2021 Z. z. ako „rezerva na výdavky v zdravotníctve“ najneskôr **do 30.09.2022**, a to formou zvýšenia platby za poistencov štátu pomerne medzi všetky zdravotné poisťovne na základe ich aktuálneho počtu poistencov,*

*uplatní sa pre účely určenia výšky úhrady za zdravotnú starostlivosť podľa tejto Zmluvy od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po kalendárnom mesiaci, v ktorom niektorá z uvedených podmienok nastala, Cenník dohodnutý medzi zmluvnými stranami v Zmluve v znení účinnom **k 1.7.2022**. Pre vylúčenie pochybností Zmluvné strany sa dohodli, že ak nastane niektorá z vyššie uvedených podmienok, Poskytovateľ nemá nárok na Doplnkovú kapitáciu podľa článku V. Zmluvy.“*

2.4. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že medzi články IV. Zmluvy „DODATKOVÁ KAPITÁCIA“ a V. Zmluvy „ÚČINNOSŤ ZMLUVY“ sa dopĺňa nový článok V. „DOPLNKOVÁ KAPITÁCIA“ v znení:

„V. DOPLNKOVÁ KAPITÁCIA

5.1. Poistovňa vzhľadom na potrebu posilnenia dostupnosti primárnej starostlivosti ambulancií všeobecného lekárstva sa za podmienok dohodnutých v tomto článku zaväzuje spolu s Kapitáciou uhradiť Poskytovateľovi za každého Kapitovaného poistenca doplnkovú paušálnu mesačnú úhradu (ďalej len „Doplnková kapitácia“), ktorej hodnota je závislá od počtu všetkých osôb, s ktorými má Poskytovateľ uzavretú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a bude vyplácaná tzv. veľkokapacitnej ambulancii.

5.2. Za veľkokapacitnú ambulanciu sa považuje Poskytovateľ, ktorý má uzavretú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s **1800** a viac osobami na jedno lekárske miesto.

5.3. Výška Doplnkovej kapitácie podľa bodu 5.2. Zmluvy za každého Kapitovaného poistenca je uvedená v Cenníku.

5.4. Poisťovňa údaje o celkovom počte kapitovaných osôb prehodnotí vždy k 30.6. a 31.12. príslušného kalendárneho roka na základe údajov z Národného centra zdravotníckych informácií (ďalej len „NCZI“).

5.5. Výšku Doplnkovej kapitácie, ktorá patrí Poskytovateľovi za každého kapitovaného Poistenca je Poisťovňa povinná oznámiť Poskytovateľovi vždy najneskôr pred začiatkom toho kalendárneho polroka, za ktorý bude Poskytovateľovi Doplnková kapitácia patriť.

5.6. Poskytovateľ, ktorý má nárok na úhradu Doplnkovej kapitácie je povinný na základe výzvy Poisťovne preukázať, že má uzatvorený pracovný pomer s viac, ako jednou zdravotnou sestrou. Zároveň je povinný preukázať, že priestorová dispozícia ambulancie umožňuje efektívne poskytovať zdravotnú starostlivosť viacerým zdravotným sestram (t.j. ďalšia zdravotná sestra môže pracovať v samostatnej miestnosti).“

- 2.5. Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že pôvodný článok Zmluvy V. až VIII. vrátane všetkých odkazov sa prečísluje na článok Zmluvy VI. až IX.
- 2.6. Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli, na zmene novo prečíslovaného bodu 9.2. d) nasledovne: „d. príloha č. 4 (Cenník), ktorá obsahuje výšku Kapitácie podľa bodu 3.2. Zmluvy, zoznam zdravotných výkonov a iných nákladov, ktoré podľa bodu 3.5. Zmluvy nie sú zahrnuté v Kapitácii a výšku Dodatkovej kapitácie podľa bodu 4.2. Zmluvy, výšku Doplnkovej kapitácie podľa článku V. Zmluvy.
- 2.7. Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že Príloha č. 4 (Cenník) sa nahrádza novou Prílohou č. 4 tak, ako je uvedené v prílohe Dodatku.
- 2.8. Ostatné ustanovenia Zmluvy nie sú týmto Dodatkom dotknuté.

III. ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA

- 3.1. Dodatok nadobúda účinnosť nasledujúcim dňom po jeho zverejnení na webovom sídle Poisťovne. V prípade, že má zákonom uloženú povinnosť zverejniť Dodatok aj Poskytovateľ, Dodatok nadobúda účinnosť nasledujúcim dňom po zverejnení Dodatku oboma zmluvnými stranami; pre určenie účinnosti Dodatku je rozhodujúci okamih, kedy si povinnosť zverejniť Dodatok splní v poradí prvá zmluvná strana. Poisťovňa a Poskytovateľ sa zaväzujú pristúpiť k uzavretiu Dodatku tak, aby nadobudol účinnosť **k 01.07.2022**.
- 3.2. V prípade, ak dôjde k zverejneniu Dodatku neskôr a tým nadobudne účinnosť po 01.07.2022 Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli a berú na vedomie, že pre prípad potreby zachovania kontinuity poskytovania a úhrady zdravotnej starostlivosti poistencom Poisťovne bude zdravotná starostlivosť poskytnutá Poskytovateľom v čase od 01.07.2022 do nadobudnutia účinnosti tohto Dodatku uhradená v súlade s týmto Dodatkom.

- 3.3. Poistovňa aj Poskytovateľ vyhlasujú, že si Dodatok prečítali, jeho obsahu porozumeli a na znak toho, že obsah Dodatku zodpovedá ich skutočnej a slobodnej vôli, tento Dodatok podpísali.

Prešove, dňa 30. júna 2022

DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s.
PhDr. Jana Šťastná
regionálna riaditeľka nákupu ZS

Mesto Medzilaborce

Cenník

Výška kapitácie

<i>Označenie</i>	<i>hodnota v €</i>	
Kapitácia za jedného Kapitovaného poistenca	do dovŕšenia 19. roku života	3,89
	od 19 rokov veku do dovŕšenia 27. roku života	2,50
	od 27 rokov veku do dovŕšenia 45. roku života	2,61
	od 45 rokov veku do dovŕšenia 51. roku života	2,71
	od 51 roku veku do dovŕšenia 53. roku života	2,95
	od 53 roku veku do dovŕšenia 57. roku života	3,53
	od 57 roku veku do dovŕšenia 61. roku života	3,80
	od 61 roku veku do dovŕšenia 64. roku života	4,04
	od 64 roku veku do dovŕšenia 68. roku života	4,43
	od 68 roku veku do dovŕšenia 72. roku života	4,80
	od 72 roku veku do dovŕšenia 87. roku života	5,28
od 87 roku veku	5,21	

Jednotková cena bodu

<i>Cena bodu hodnota v €</i>	<i>Základná cena</i>
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“	0,0086
pri iných zdravotných výkonoch ako uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“	0,025402
pri zdravotných výkonoch vykonaných pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia: 159a, 159b, 159x (počet bodov 180), 159z (počet bodov 180), 160 (počet bodov 390)	0,065
pri zdravotnom výkone: 3671 (určenie glykémie glukometrom pri kvantitatívnej, alebo kvalitatívnej poruche vedomia)	0,065
pri výkone očkovania: 252b, ktorý nie je zahrnutý v kapitácii	0,08
pri výkonoch: 25, 26, 29, 30, ktoré nie sú zahrnuté v kapitácii	0,03
pri neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnutej inému ako Kapitovanému poistencovi	0,022973

Doplňková kapitácia podľa článku V. Zmluvy pre kapitovaných Poistencov

<i>Počet všetkých kapitovaných osôb</i>	<i>výška príplatku v € podľa bodu 5.3. Zmluvy</i>
0-1799	0,00
1800-1899	0,07
1990-1999	0,14
2000-2099	0,21
2100-2199	0,28
2200-2299	0,35
2300 a viac	0,42

Jednotková cena výkonu, ktorá sa nezahrňa do kapitácie

Cena výkonu	hodnota v €
4571a C – reaktívny proteín pre kapítovaných poisťencov	5,00
<p>Výkon 10 - Rozbor a plánovanie cieľených terapeutických postupov na ovplyvnenie chronických ochorení alebo ochorení viacerých orgánových systémov na účely racionálnej farmakoterapie, vrátane rád a dokumentácie.</p> <p>Výkon 10 vykazuje lekár prvýkrát pri prevzatí kapítovaného pacienta s chronickým ochorením do komplexnej starostlivosti a následne ho poisťovňa akceptuje a uhrádza osobitne nad rámec kapitácie vo frekvencii jedenkrát za kalendárny rok. V prípade vyššej frekvencie návštev je ďalšia poskytnutá zdravotná starostlivosť uhrádzaná prostredníctvom kapitácie.</p> <p>Akceptované diagnózy: J45*, J44*, I10*, E78*, R73*, E11.90</p>	16,00
<p>60b - Základné vyšetrenie</p> <p>Úhrada zahŕňa potrebné odbery krvi, zhodnotenie laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení a zaradenie pacienta do rizikovej skupiny ASA.</p> <p>Úhrada nezahŕňa poskytnutie EKG vyšetrenia.</p> <p>Výkon možno vykazovať iba raz v rámci jednej operácie. Výkon sa vykazuje samostatne s diagnózou, pre ktorú je poisťenec plánovaný na operáciu</p> <p>V prípade odoslania poisťenca k špecialistovi (konziliárnemu lekárovi), ktorý vykoná predoperačné vyšetrenie, zdravotná poisťovňa poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súvislosti s predoperačným vyšetrením uhrádza v rámci kapitačnej platby za poisťenca.</p>	16,00
<p>5702 – Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie</p> <p>Zaznamenanie popisu a vyhodnotenia záznamu vrátane popisu EKG krivky v zdravotnej dokumentácii pacienta u všeobecného lekára pre dospelých.</p> <p>Vykazovanie u Poistenca, za ktorého je hradená kapitačná platba u Poskytovateľa v zmysle tejto zmluvy, pri neodkladnej zdravotnej starostlivosti a pri súčasnom vykonaní EKG a popísaní EKG záznamu. Popis musí byť zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii.</p>	4,78
<p>5702ZV- Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie</p> <p>Štandardné 12-zvodové zosnímanie ako súčasť predoperačného vyšetrenia. Nutná kombinácia s výkonom 60b</p>	4,78
<p>H0006 - Stratifikácia kardiovaskulárneho rizika</p> <p>Podmienkou úhrady výkonu H0006 je splnenie nasledovných podmienok zo strany Poskytovateľa:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Stanovenie stratifikácie kardiovaskulárneho rizika systémom SCORE u poisťencov nad 40 rokov podľa platného odborného usmernenie MZ SR. -Zdravotná poisťovňa akceptuje výkon maximálne jedenkrát za dva roky k výkonu č. 160 alebo maximálne jedenkrát ročne k výkonu č.10 s diagnózou I10*, I11* alebo E78*. -Podmienkou úhrady výkonu H0006 je vykazovanie pripočítateľnej 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 –PRIPOČÍTATELNÁ POLOŽKA – uvedie dosiahnuté skóre v tvare: <p>SKOR01 tj nízke riziko alebo SCORE <1%.</p> <p>SKOR02 ,tj stredné riziko alebo SCORE ≥1% < 5 %</p> <p>SKOR03, tj vysoké riziko alebo SCORE ≥5% a < 10 %</p> <p>SKOR04 tj veľmi vysoké riziko alebo SCORE ≥10%</p> <p>pričom na 5. a 6. mieste položky je vyjadrenie dosiahnutého skóre.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z.. -Pri novozistenej fibrilácii predsieni stanovenie rizika CMP podľa príslušného odborného usmernenia MZSR, v tomto prípade sa výkon vykazuje jedenkrát za život s diagnózou I48.9. Podmienkou je vyhotovenie a vyhodnotenie 12-zvodového EKG záznamu s minimálne s 10 QRS komplexami. 	5,00

Výkony Telemedicíny

Výkon	Cena bodu v Eur
<p>1b - Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky (16obodov)* Popis výkonu (ďalej len „výkon“): Konzultácia s pacientom prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cieleňú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly, vo vzťahu k jednému orgánovému systému • popis subjektívnych ťažkostí, • diagnostický záver, • poučenie o diéte a životospráve, • v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplynuli z konzultácie ohľadom zdravotného stavu • prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára • poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie <p>Vykazovanie výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta; • zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii; • súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj o realizácii telefonického rozhovoru, odoslaní emailu a sms správy, popis zdravotného výkonu dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára; • výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi; • výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta; • vykazuje sa samostatne, najviac 1x za deň; <p>Vykonávanie výkonu: výkon vykonáva lekár, klinický psychológ</p>	0,027
<p>11a - Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie online prostredím (webová aplikácia, videohovor) (21obodov)* Popis výkonu (ďalej len „výkon“): Konzultácia s pacientom prostredníctvom doložiteľnej elektronickej komunikácie (webová aplikácia, videohovor) v online prostredí, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie, realizáciu fotografií pacienta / vyšetreného orgánu pre pridanie do zdravotnej dokumentácie a obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cieleňú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom • zhodnotenie výsledkov, • vypísanie receptov, prípadne vypísanie žiadaniek na ďalšie vyšetrenie, • poučenie pacienta, • diagnostický záver • určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára. <p>Vykazovanie zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • výkon sa vykazuje ako komplexná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia • súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj z online prostredia, • popis zdravotného výkonu • diagnostický záver, ak je potrebné dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly • prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára. • výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi • ak je po konzultácii potrebná aj kontrola v ambulancii, vykazujú sa len výkony, ktoré sa vykonali ambulantne a výkon sa nevykazuje • výkon sa vykazuje samostatne, najviac 1x deň <p>Vykonávanie výkonu: výkon vykonáva lekár</p>	0,027
<p>70 - Opätovné lekárske vystavenie receptov a (alebo) poukazov (40 bodov) Popis výkonu (ďalej len „výkon“):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronicou formou pre lieky/ zdravotné pomôcky, ktoré pacient užíva dlhšie ako 3 mesiace a nebola realizovaná zmena dávkovania lieku <p>Vykazovanie výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta 	0,027

<ul style="list-style-type: none"> súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj z online prostredia údaj, kedy bol recept vypísaný údaj o predpise lieku/ zdravotnej pomôcky pacientovi prostredníctvom elektronických služieb výkon sa vzťahuje na jedného pacienta bez ohľadu na počet liekov/ zdravotnej pomôcky, ktoré boli pacientovi predpísané výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi <p>Vykazuje sa samostatne, najviac 1x za deň, bez ohľadu na počet vystavených receptov a/alebo poukazov. Výkonávanie zdravotného výkonu: výkon vykonáva lekár</p>	
---	--

Pozn.: *Maximálny pomer výkonov **1b+11a** k počtu kapitovaných poistencov Poistovne je stanovený na **0,20**. Častejšie vykazovanie je uhradené v rámci kapitácie. Pre výpočet pomeru bude smerodajný počet kapitovaných poistencov k poslednému dňu predchádzajúceho kalendárneho mesiaca.

Základ pre výpočet Dodatkovej kapitácie

Špecializačný odbor	Základná hodnota v €	Zvýhodnená hodnota v €
Všeobecný lekár pre dospelých	0,324835	1,474549

Parametre Kvality a Inovácií

	Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
KVALITA	Subjektívna spokojnosť	I ₁ = najmenej 6 dotazníkov vyplnených Kapitovanými poistencami Poskytovateľa
	Bezpečná medikácia	I ₂ = najmenej jedno zobrazenie elektronickej liekovej knižky počas najmenej 90% ordinačných dní
	Prístrojové vybavenie	I ₃ = vybavenie ambulancie prístrojmi typu POCT (Point of Care Testing) (s výnimkou CRP), prístrojmi ABI a Tlakovým Holtrom (v prípade vybavenia ambulancie len jedným prístrojom je plnenie parametra na 1/3, v prípade dvoch prístrojov je plnenie parametra na 2/3 a v prípade troch prístrojov je plnenie parametra na 3/3)
INOVÁCIE	eRecept	I ₄ = najmenej 75% Liekov predpísaných Poskytovateľom elektronicke
	eZúčtovanie	I ₅ = najmenej 75% zúčtovacích dokladov zasielaných a potvrdených elektronicke, a to prostredníctvom Elektronickej pobočky alebo zo softvéru Poskytovateľa
	DôveraLab	I ₆ = najmenej 75% elektronickej žiadostí o vykonanie laboratórných a zobrazovacích vyšetrení odoslaných po zobrazení existujúcich žiadostí o vykonanie laboratórných a zobrazovacích vyšetrení
	NávrhyOnline	I ₇ = najmenej 10% návrhov na poskytnutie zdravotnej starostlivosti odoslaných elektronicke

váhy pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h _n			V _n	
	neplní	plní			
Subjektívna spokojnosť	0 %	100 %		v ₁ = 15 %	
Bezpečná medikácia	0 %	100 %		v ₂ = 15 %	
Prístrojové vybavenie	0 %	1/3	2/3	3/3	v ₃ = 15 %
eRecept	0 %	100 %		v ₄ = 10 %	
eZúčtovanie	0 %	100 %		v ₅ = 10 %	
eLab	0 %	100 %		v ₆ = 20 %	
NávrhyOnline	0 %	100 %		v ₇ = 15 %	

Parametre Efektívnosti

	Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
EFEKTÍVNOSŤ	Starostlivosť o pacienta	I ₁ = počet návštev Kapitovaných poistencov v špecializovanej ambulantnej starostlivosti, ambulantnej pohotovostnej službe a urgentných príjmoch/počet rizikovo vážených Kapitovaných poistencov podľa veku, pohlavia (s výnimkou 2% najdrahších poistencov)
	Náklady na pacienta	I ₂ = náklady na lieky, dietetické potraviny a zdravotnícke pomôcky predpísané poskytovateľom a celkové náklady na vlastné SVALZ zdravotné výkony vykonané bez objednania a objednané SVALZ zdravotné výkony vykonané pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti poistencom/počet rizikovo vážených Kapitovaných poistencov podľa veku a pohlavia (s výnimkou 2% najdrahších poistencov)
	Preventívne prehliadky	I ₃ = počet Kapitovaných poistencov s vykonanou preventívnou prehliadkou / počet Kapitovaných poistencov

váhy a pásma pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h _n			V _n
	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	
Starostlivosť o pacienta	100 %	100 %	0 %	v ₁ = 40 %
Náklady na pacienta	100 %	100 %	0 %	v ₂ = 40 %
Preventívne prehliadky	0 %	100 %	100 %	v ₅ = 20 %