

Príloha č. 1
k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Dohodnutý rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti

V súlade s bodom 3.2. článku III tejto zmluvy si zdravotná poisťovňa u poskytovateľa objednáva poskytovanie zdravotnej starostlivosti odbornými útvarmi zdravotníckeho zariadenia poskytovateľa s pridelenými kódmi poskytovateľa zdravotnej starostlivosti podľa tejto prílohy, s uvedením ich odbornosti a druhu odborného útvaru.

Kód poskytovateľa	Kód odbornosti útvaru*	Názov odbornosti útvaru	Druh odborného útvaru**
P49481020201	020	všeobecné lekárstvo	2
P49481645201	645	epidemiológia dospelých	2

Vysvetlivky:

* kód odbornosti útvaru v tvare „spp“ z kódu poskytovateľa (kód poskytovateľa má tvar „p99999sppyzz“),

** kód druhu odborného útvaru v tvare „y“ z kódu poskytovateľa:

2 – ambulancia

3 – pracovisko

4 – útvar jednodňovej zdravotnej starostlivosti

5 – útvar spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek

6 – stacionár

1. Úvod
 Účel a rozsah
 Závěrečné hodnocení

Účel a rozsah hodnocení je určen v souladu s požadavky normy ČSN EN ISO 9001:2015, která stanovuje požadavky na systémy řízení jakosti. Hodnocení se týká všech částí organizace, které mají vliv na schopnost poskytnout výrobky a služby, které splňují požadavky zákazníka a zákonné předpisy.

Číslo	Popis	Podle normy	Podle zákona
1	Normy ISO 9001:2015	100%	100%
2	Zákon č. 102/2006 Sb.	100%	100%

- Výsledky hodnocení jsou shrnuty v následující tabulce:
- 1 - splněno
 - 2 - částečně splněno
 - 3 - ne splněno
 - 4 - ne splněno
 - 5 - ne splněno
 - 6 - ne splněno
 - 7 - ne splněno
 - 8 - ne splněno
 - 9 - ne splněno
 - 10 - ne splněno

Časť - Všeobecná ambulantná starostlivosť pre dospelých

1. Kapitácia sa v závislosti od veku kapitovaného poistenca uhrádza nasledovne:

Špecifikácia podmienok úhrady	Kapitácia v €
poistenec vo veku od 18 rokov do 50 rokov života vrátane	2,72
poistenec vo veku od 51 rokov do 60 rokov života vrátane	3,12
poistenec vo veku od 61 rokov do 80 rokov života vrátane	4,60
poistenec vo veku od 81 rokov života	5,04

2. V kapitácii nie je zahrnutá úhrada za zdravotné výkony poskytnuté kapitovanému poistencovi, ktoré sa podľa tejto časti uhrádzajú u kapitovaného poistenca cenou bodu alebo cenou výkonu.

3. Ak nie je dojednané inak, cenou bodu sa u kapitovaného poistenca a poistenca EÚ, ktorý má na to právny nárok v zmysle príslušných všeobecne záväzných právnych predpisov, uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony za podmienok úhrady uvedených v tejto tabuľke:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
159b	Vyказuje sa - s kódom choroby Z00.1, Z00.0 alebo Z52.0 u darcov krvi, - s výkonom 160, - aj u poistencov vo veku od 19 do 39 rokov vrátane, ak výkon doteraz alebo v uplynulom roku poskytnutý nebol.	0,065
3671	Vyказuje sa - s kódom choroby Z00.1, Z00.0 alebo Z52.0 u darcov krvi - s výkonom 160	0,065
252b	pri očkovaní proti chrípke sa vyказuje s kódom choroby Z25.1	0,08
	pri povinnom očkovaní proti diftérii a tetanu sa vyказuje s kódom choroby Z00.0 alebo Z23.5	
	pri očkovaní proti vírusovej hepatitíde typu A sa vyказuje s kódom choroby Z20.5 alebo Z24.6	
	pri očkovaní proti vírusovej hepatitíde typu B sa vyказuje s kódom choroby Z20.5 alebo Z24.6	
	pri očkovaní proti vírusovej hepatitíde typu A + B sa vyказuje s kódom choroby Z20.5 alebo Z24.6	
	pri očkovaní proti meningokokovej meningitíde sa vyказuje s kódom choroby Z20.8	
	pri očkovaní proti kliešťovej encefalitíde sa vyказuje s kódom choroby Z24.1	
	pri očkovaní proti pneumokokom sa vyказuje s kódom Z23.8 v zmysle indikačných obmedzení	
25 26 29	pri očkovaní proti osýpkam sa vyказuje s kódom choroby Z27.4, Z27.8, Z27.3, Z27.1, Z24.4	0,03
	Výkon 25 je možné vykázat aj: - s výkonom 160 u imobilných poistencov alebo z dôvodu iného závažného dlhodobého zdravotného postihnutia poistenca, - s výkonom 252b, ak ide o vykonanie očkovania na základe rozhodnutia regionálneho úradu verejného zdravotníctva alebo Úradu verejného zdravotníctva SR u poistencov, ktorí dlhodobo odmietajú dostaviť sa do ambulancie poskytovateľa za účelom vykonania očkovania. O uvedených skutočnostiach vykoná poskytovateľ záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca	
	Výkony sa vyказujú nasledovne: - výkon 4 s výkonom 25 alebo 26 - výkon 5 s výkonom 26 a s výkonom 30 - výkon 6 s výkonom 26 alebo 29 a s výkonom 30 - výkon 30 s výkonom 26 alebo 29	
4;5;6;30		0,015
40	Zotrúvanie poskytovateľa pri poistencovi mimo ambulancie cez deň (za každú začatú polhodinu), najmä v súvislosti s potrebou jeho zotrúvania do príchodu záchranej zdravotnej služby zabezpečujúcej prevoz poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti; vyžaduje sa odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii poistenca.	0,015
41	Zotrúvanie poskytovateľa pri poistencovi mimo ambulancie v noci medzi 20.00 a 7.00 hodinou (za každú začatú polhodinu), najmä v súvislosti s potrebou jeho zotrúvania do príchodu záchranej zdravotnej služby zabezpečujúcej prevoz poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti; vyžaduje sa odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii poistenca	0,015
5702*	Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie aspoň s 10 QRS komplexami, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil.	0,00861
5300*	USG vyšetrenie v ambulancii VLD – hornej časti brucha	0,00924

5301*	USG vyšetrenie v ambulancii VLD – jedného orgánu alebo orgánového systému	0,0132
4571a	C - reaktívny proteín, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil (380 bodov).	0,026
-	Výbrané výkony za podmienok uvedených v dokumente „Usmernenie k vykazovaniu výkonov telemedicíny“ zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne. V prípade zmeny uvedeného dokumentu zdravotná poisťovňa elektronickou poštou o tom informuje poskytovateľa najneskôr 7 dní pred plánovaným dňom účinnosti takejto zmeny, ak zdravotná poisťovňa disponuje mailovým kontaktom poskytovateľa.	0,03
-	Výkony (okrem SVLZ výkonov) neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanému poistencovi	0,00861
-	SVLZ výkony neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanému poistencovi	0,03
-	Výkony (okrem SVLZ výkonov) zdravotnej starostlivosti poskytnuté poistencovi EÚ s výnimkou výkonov, pre ktoré je v tejto časti prílohy určená iná cena bodu alebo cena výkonu	0,00861
-	SVLZ výkony zdravotnej starostlivosti poskytnuté poistencovi EÚ s výnimkou výkonov, pre ktoré je v tejto časti prílohy určená iná cena bodu alebo cena výkonu	

* Výkon sa uhrádza na základe splnenia povinnosti poskytovateľa podľa bodu 4.6. písm. f) tejto zmluvy, prípadne aj po preukázaní ďalších podmienok úhrady výkonu. Zdravotnou poisťovňou schválený zdravotný výkon podľa predchádzajúcej vety, s uvedením kódu odbornosti ambulantnej zdravotnej starostlivosti a kódu zdravotného výkonu tvoria prílohu č. 3, ktorá tvorí neoddeliteľnú súčasť tejto zmluvy. Pri výkone 5300 a 5301 sa vyžaduje zdokladovanie certifikátu o spôsobilosti vykonávať dané vyšetrenia vydaného na to oprávnenou slovenskou vzdelávacou ustanovitzhou alebo zdokladovanie certifikátu uznaného Ministerstvom zdravotníctva SR. Pre účely uhrádzania výkonov 5702, 5702Z, 5715, H0007, H0008 a 629b podľa príslušných zmluvných podmienok nie je potrebné, aby poskytovateľ žiadal zdravotnú poisťovňu o zazmluvnenie uvedených výkonov v zmysle bodu 4.6. písm. f) zmluvy a ani aby boli dané výkony uvedené v prílohe č. 3 k zmluve. Pre účely vykonávania, vykazovania a uhrádzania výkonov 5702, 5702Z, 5715, H0007, H0008 a 629b je poskytovateľ povinný disponovať dokladom o vlastníctve alebo prenájme prístroja s platným certifikátom (vyhlásením o zhode), zaškolením výrobcom alebo distribútorom prístroja a na vyžiadanie zdravotnej poisťovne tieto doklady predložiť v origináli k nahliadnutiu zdravotnej poisťovni alebo vo forme kópie ich doručiť zdravotnej poisťovni.

4. Cenou výkonu sa u kapitovaného poistenca a poistenca EÚ, ktorý má na to právny nárok v zmysle príslušných všeobecne záväzných právnych predpisov, uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony za podmienok úhrady uvedených v tejto tabuľke:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena výkonu v €
60	Komplexné vyšetrenie poistenca pri prevzatí dospeléj osoby do zdravotnej starostlivosti ako prvotné komplexné vyšetrenie s vystavením zdravotného záznamu. Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok: – Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z. – Poskytovateľ poskytne poistencovi komplexné vyšetrenie (kompletná anamnéza, vyšetrenie všetkých orgánových systémov, založenie zdravotnej dokumentácie a stanovenie diagnostického záveru a diagnostického a liečebného plánu) v termíne do 60 dní od podpísania dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. – Kontrola povinného očkovania poistenca. Kontrola poslednej preventívnej prehliadky poistenca.	4,50
60b	Základné vyšetrenie zahŕňa potrebné odbery krvi, zhodnotenie laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení a zaradenie pacienta do rizikovej skupiny ASA. podľa Odborného usmernenia MZ SR č. 12826/2014 – SZ o vykonávaní ambulantných vyšetrení u dospelých pred plánovanými zdravotnými výkonmi s potrebou anesteziologickej starostlivosti zo dňa 11.6.2014 v platnom znení. Ak ďalej nie je uvedené inak, výkon možno vykonať iba raz v rámci jednej operácie, výkon sa vykazuje s kódom choroby, pre ktorú je poistenec plánovaný na operáciu. Zdravotná poisťovňa akceptuje vykazovanie výkonu aj opakovane pre účely toho istého operačného zákroku, ak je predoperačné vyšetrenie opakované z dôvodu zrušenia operačného zákroku a z dôvodu uplynutia platnosti predoperačného vyšetrenia podľa klasifikácie ASA. V prípade odoslania poistenca na vykonanie predoperačného vyšetrenia k lekárovi špecializovanej zdravotnej starostlivosti, zdravotná poisťovňa poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súvislosti s predoperačným vyšetrením uhrádza v rámci kapitačnej platby za poistenca.	16,00
159a	Vykazuje sa - pri pozitívnom výsledku s kódom choroby Z00.0 alebo Z12.1 - u poistencov vo veku nad 40 rokov raz za dva roky a u poistencov s pozitívnou rodinnou anamnézou karcinómu hrubého čreva a konečníka	9,68
159z	Vykazuje sa - pri negatívnom výsledku s kódom choroby Z00.0 alebo Z12.1 - u poistencov vo veku nad 40 rokov raz za dva roky a u poistencov s pozitívnou rodinnou anamnézou karcinómu hrubého čreva a konečníka	9,68
159x	Vykazuje sa - pri neznámom / znehodnotenom teste s kódom choroby Z00.0 alebo Z12.1	9,68

	- u poistencov vo veku nad 40 rokov raz za dva roky a u poistencov s pozitívnou rodinnou anamnézou karcinómu hrubého čreva a konečníka	
160	Vyžaduje sa - s kódom choroby Z00.0 alebo Z52.0 u darcov krvi, s výkonom 5702 (výkon je hrazený osobitne) u poistencov, ktorí dovŕšili 40 rokov veku, ak ho poskytovateľ sám urobil a vyhodnotil	23,73
163	Obsahom zdravotného výkonu je realizácia testu na zistenie rizika kognitívneho deficitu, ktorý/ktorého - sa môže vykonať u poistencov vo veku nad 50 rokov maximálne raz dva roky v rámci preventívnej prehliadky, alebo v prípade záujmu poistenca, - sa vyžaduje s diagnózami v závislosti od výsledku testu: <ul style="list-style-type: none"> • negatívny výsledok testu: Z00.0 (všeobecné lekárske vyšetrenie) • pozitívny výsledok testu: Z03.2 (pozorovanie pri podozrení na duševnú poruchu a poruchu správania), - výstupom je celkové dosiahnuté skóre, - po vyplnení zostáva súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca. Výsledok testu všeobecný lekár oznámi poistencovi, poskytne mu informácie a zabezpečí jeho ďalší manažment (napr. odporúčenie odborného vyšetrenia u špecialistu).	6,00
250D	Delegovaný odber biologického materiálu na základe písomnej žiadosti ŠAS pri návšteve poistenca v ambulancii VLD. Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok: <ul style="list-style-type: none"> - Poskytovateľ dodržiava postup, ktorý ustanovuje Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o postupe objednávaní, vykonávaní a kontroly laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení zo dňa 10.06.2014 číslo 02032/2014-SZ v platnom znení, - poskytovateľ dodržiava podmienky zdravotnej indikácie v zmysle účelného, efektívneho a hospodárneho nakladania s prostriedkami verejných zdrojov. 	1,05
629b*	Skríningový antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou Obsahová náplň výkonu: Skríningový, rýchly antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou zahŕňa odber biologického materiálu na stanovenie antigénov SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou pomocou prístroja na odčítanie výsledku reakcie, vrátane použitia osobných ochranných pracovných prostriedkov a dezinfekcie. Zdravotný výkon vykonáva lekár alebo sestra, sestra špecialistka alebo iný zdravotnícky pracovník. Vyhodnotenie je súčasťou zdravotného výkonu. Výkon: <ul style="list-style-type: none"> - je indikovaný na základe klinickej (nie výlučne epidemiologickej) indikácie ošetrojúceho lekára, - uhrádza sa u symptomatického pacienta s klinickými príznakmi respiračného syndrómu, - vyžaduje sa diagnózou U07.1 alebo U07.2, - sa uhrádza u jedného poistenca maximálne 2x za 30 dní, - bol zrealizovaný za pomoci certifikovaného antigénového testu, - sa vyžaduje s diagnózou U07.1. alebo U07.2. Odber pre účely výkonu sa vykonáva s použitím osobitných ochranných pracovných prostriedkov: <ul style="list-style-type: none"> - respirátor FFP2-3, respirátor musí byť prekrytý rúškom, ak má výdychový ventil, - ochranný plastický tvárový štít alebo okuliare, - jednorazové rukavice. Zároveň sú splnené aj tieto podmienky: <ul style="list-style-type: none"> - zrealizuje sa dezinfekcia bezprostredného priestoru po odbere pre účely daných výkonov; - poskytovateľ v prípade pozitívne testovaného poistenca zabezpečil ďalší manažment starostlivosti o pacienta, Výkon 629b nie je možné vzájomne kombinovať s výkonom 629a pri jednom vyšetrení pacienta.	10,20
1540	Výplach zvukovodu (jedno ucho). Výkon sa uhrádza dva krát ročne u jedného poistenca.	1,00
5702Z*	Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie aspoň s 10 QRS komplexami ako súčasť predoperačného vyšetrenia podľa Odborného usmernenia MZ SR č. 12826/2014 – SZ o vykonávaní ambulantných vyšetrení u dospelých pred plánovanými zdravotnými výkonmi s potrebou anesteziologickej starostlivosti zo dňa 11.6.2014 v platnom znení; vyžaduje sa s výkonom 60b. Zdravotná poisťovňa akceptuje vykávanie výkonu aj opakovane pre účely toho istého operačného zákroku, ak je predoperačné EKG opakované z dôvodu zrušenia operačného zákroku a z dôvodu uplynutia platnosti predoperačného vyšetrenia podľa klasifikácie ASA.	4,74
5715*	24 hodinové monitorovanie tlaku krvi“ pre diagnostiku a liečbu arteriovej hypertenzie u dospelých pacientov v ambulancii všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti (ďalej	16,50

	<p>aj ako „výkon AMTK v ambulancii VLD“) v súlade s Odborným usmernením MZ SR č. Z52182-2014 - IZP na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s artériovou hypertenziou zo dňa: 1. 12. 2014 v platnom znení. Výkon AMTK v ambulancii VLD pre účel tejto prílohy zahŕňa meranie a vyhodnotenie tohto výkonu na základe Klinických indikácií pre meranie tlaku krvi mimo ambulancie na diagnostické účely podľa Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s artériovou hypertenziou, pokiaľ vyšetrenie nemožno nahradiť domácim monitorovaním tlaku krvi.</p> <p>Výkon sa uhrádza, ak:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pri realizácii výkonu AMTK v ambulancii VLD boli dodržané podmienky indikácie a štandardné terapeutické postupy, - indikácia poskytnutia výkonu zodpovedá klinickému stavu a odporúčaniam podľa Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s artériovou hypertenziou. - kontrola vyšetrením maximálne v dvojročnom intervale podľa zdravotného stavu poistenca; v prípade nutnosti častejšej kontroly písomné zdôvodnenie PZS, - v uplynulom období 2 rokov nebol výkon vykonaný v ambulancii špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti príslušného špecializačného odboru, <p>je zabezpečené správne vedenie a archivovanie zdravotnej dokumentácie pacienta vrátane písomného záznamu, vyhodnotenia vyšetrenia a diagnostického záveru.</p>	
<p>H0003</p>	<p>Iniciálne vyšetrenie poistenca s artériovou hypertenziou, dyslipidémiou a/alebo obezitou</p> <p>Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok:</p> <p>Diferenciálna diagnostika artériovej hypertenzie, dyslipidémie alebo obezity v zmysle príslušných odborných usmernení MZ SR na poskytovanie ambulantnej starostlivosti dospelým poistencom s artériovou hypertenziou, dyslipidémiou a/alebo obezitou.</p> <p>Ak ide o poistenca, ktorý má len izolovanú obezitu (t.j. nemá artériovú hypertenziu a/alebo dyslipidémiu), podmienkou úhrady je aj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • BMI: <ul style="list-style-type: none"> 30 – 34,99 (obezita I. stupňa) alebo 35 – 39,99 (obezita II. stupňa) alebo nad 40 (obezita III. stupňa) • 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>Vykázanie výkonu jedenkrát za kalendárny rok po stanovení diagnostického záveru a diagnostického a liečebného plánu zdravotnej poisťovni nad rámec kapitácie s príslušnou diagnózou zistenou pri vyšetrení.</p> <p>Za iniciálne vyšetrenie sa považuje stav, keď poistenec v bezprostredne predchádzajúcich 24 mesiacoch nebol sledovaný ani liečený pre artériovú hypertenziu, dyslipidémiu a/alebo obezitu.</p> <p>V cene výkonu je zahrnuté komplexné vyšetrenie poistenca, vyhodnotenie laboratórných, 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 artériovou hypertenziou, dyslipidémiou a/alebo obezitou.</p> <p>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 signifikantne zmenené. V tomto prípade je poskytovateľ 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.</p> <p>V prípade laboratórných 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.</p> <p>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.</p> <p>Pokiaľ je potrebné, vzhľadom k zdravotnému stavu poistenca vykonať ďalšie doplňujúce vyšetrenia potrebné k diagnostike a liečbe poistenca s artériovou hypertenziou, dyslipidémiou a/alebo obezitou nad rámec odborného usmernenia MZSR, ošetrojúci lekár zdôvodní ich vykonanie a výsledky zaznamená do zdravotnej dokumentácie poistenca.</p>	<p>12,00</p>

H0004	<p>Kontrolné vyšetrenie poistenca s artériovou hypertenziou, dyslipidémiou a/alebo obezitou</p> <p>Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok: Vykázanie výkonu s príslušnou korektnou diagnózou: artériová hypertenzia, dyslipidémia a/alebo obezita trikrát za kalendárny rok. V prípade vyššej frekvencie návštev je ďalšia poskytnutá zdravotná starostlivosť uhrádzaná cenou kapitácie. Ak ide o poistenca, ktorý má len izolovanú obezitu (t.j. nemá artériovú hypertenziu a/alebo dyslipidémiu), podmienkou úhrady je aj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • BMI: <ul style="list-style-type: none"> 30 – 34,99 (obezita I. stupňa) alebo 35 – 39,99 (obezita II. stupňa) alebo nad 40 (obezita III. stupňa) • 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>Za kontrolné vyšetrenie sa považuje stav, keď poistenec má diagnostikovanú artériovú hypertenziu, dyslipidémiu a/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 poskytovateľa zdravotnej starostlivosti 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 obsah požiadavky všeobecného lekára na poskytnutie zdravotnej starostlivosti v ambulancii lekára - špecialistu.</p> <p>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 a/alebo obezitou v zmysle príslušného odborného usmernenia MZ SR.</p> <p>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.</p> <p>Pokiaľ je potrebné vykonať ďalšie doplňujúce vyšetrenia potrebné k diagnostike a liečbe poistenca s artériovou hypertenziou, dyslipidémiou a/alebo obezitou alebo liečbou nad rámec odborného usmernenia MZ SR, ošetrojúci lekár ich urobí sám, zdôvodní ich vykonanie a výsledky do zdravotnej dokumentácie poistenca.</p> <p>V prípade hodnotenia laboratórnych alebo zobrazovacích vyšetrení pri kontrolnom 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 poskytovateľ 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.</p> <p>V prípade laboratórnych 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 odporúčený v príslušnom odbornom usmernení MZ SR, pokiaľ budú zaznamenané v zdravotnej dokumentácii.</p>	12,00
H0006	<p>Stratifikácia kardiovaskulárneho rizika</p> <p>Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok:</p> <ul style="list-style-type: none"> - poskytovateľ vykonáva u poistencov nad 40 rokov stratifikáciu kardiovaskulárneho rizika systémom SCORE v súlade s Odborným usmernením Ministerstva zdravotníctva SR č. Z52182-2014 - IZP na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s artériovou hypertenziou zo dňa 1. 12. 2014 v platnom znení a v súlade s Odborným usmernením Ministerstva zdravotníctva SR č. Z51948-2015-IZP na poskytovanie zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s dyslipidémiou v ambulantnej zdravotnej starostlivosti zo dňa: 27. 11. 2015 v platnom znení, - maximálne jedenkrát za kalendárny rok u jedného poistenca, - ak je vykázaný pri preventívnej prehliadke minimálne s jedným rizikovým faktorom, napr. artériovou hypertenziou, dyslipidémiou, obezitou, fajčením, diabetes mellitus, a s kódom diagnózy, pre ktorú bola stratifikácia kardiovaskulárneho rizika u poistenca vykonaná, alebo ak je vykázaný pri starostlivosti o pacienta s artériovou hypertenziou a/alebo dyslipidémiou (výkon č. H0003/H0004) a súčasne poistenec nie je dispenzarizovaný u iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti pre dané ochorenie, - ak je s výkonom v dávke 751a Dátové rozhranie - Vykazovanie výkonov v ambulantnej zdravotnej starostlivosti určenom príslušným metodickým usmernením Úradu pre dohľad 	5,00

	<p>nad zdravotnou starostlivosťou, v položke č. 13 – PRÍPOČITATEĽNÁ POLOŽKA v závislosti od rizika alebo dosiahnutého skóre vykázaná pripočítateľná položka v tvare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SKOR01 pri nízkom riziku alebo SCORE <1%, • SKOR02 pri strednom riziku alebo SCORE ≥1% < 5 %, • SKOR03 pri vysokom riziku alebo SCORE ≥5% a < 10 %, • SKOR04 pri veľmi vysokom riziku alebo SCORE ≥10%; <p>pričom na 5. a 6. mieste položky je vyjadrenie dosiahnutého skóre,</p> <ul style="list-style-type: none"> - pri novozistenej fibrilácii predsieni stanovenie rizika CMP podľa príslušného odborného usmernenia MZSR; v tomto prípade sa výkon vykazuje s dg. I48.9 a podmienkou je aj vyhotovenie a vyhodnotenie 12-zvodového EKG záznamu s minimálne s 10QRS komplexami, - poskytovateľ súhlasí, aby zdravotná poisťovňa analyzovala údaje o dosiahnutom skóre jeho kapitáčného kmeňa pre účely benchmarku poskytovateľov zdravotnej starostlivosti; o výsledkoch takejto analýzy zdravotná poisťovňa môže oboznámiť poskytovateľa. 	
H0007*	<p>Meranie INR z kapilárnej krvi všeobecným lekárom pre dospelých (ďalej aj ako „vyšetrenie INR VLD“) sa uhrádza, ak poskytovateľ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - je držiteľom certifikátu o absolvovaní certifikačného školenia na Lekárskej fakulte Slovenskej zdravotníckej univerzity (LF SZU) alebo predloží písomné čestné vyhlásenie, že sa oboznámil a bude dodržiavať postupy antikoagulačnej liečby zverejnené na webovom sídle zdravotnej poisťovne, - je účastníkom povinného externého hodnotenia kvality akreditovaným prevádzkovateľom EHK so získaním osvedčenia o účasti a absolvovaní externého hodnotenia kvality v dvojročnom cykle, - je držiteľom Prehlásenia ES o zhode P.O.C.T. prístroja podľa smernice IVD; technická špecifikácia prístroja je v zhode s ISO 17593 a ISO 22870 a metrologická nadväznosť merania je v súlade s WHO, - dodržiava indikácie a štandardné terapeutické postupy pri výkone zdravotného výkonu, - správne vedie a archivuje zdravotnú dokumentáciu vrátane písomného záznamu o posúdení rizika krvácania a určenia rizika tromboembolizmu pri nastavovaní pacienta na antikoagulačnú liečbu, - vedie dokumentáciu údržby P.O.C.T. prístroja v predpísanom režime. - je povinný v polročných intervaloch vyhodnotiť a v dokumentácii zaznamenať hodnotu TTR. V prípade dvoch za sebou nasledujúcich neuspokojivých hodnôt TTR je poskytovateľ povinný odoslať pacienta na ďalší manažment antikoagulačnej liečby na pracovisko ŠAS (hematológ, kardiológ, internista). <p>Výšetrenie INR VLD v ambulancii lekára nie je povolené vykázať, ak súčasne v ten istý deň bolo toto vyšetrenie indikované do laboratória.</p> <p>Maximálna frekvencia vyšetrení INR VLD v ambulancii lekára u jedného poistenca maximálne 16 / rok.</p>	5,20
H0008*	<p>Stanovenie indexu ABI oscilometrickou metódou</p> <p>Obsahom zdravotného výkonu je meranie a vyhodnotenie indexu ABI oscilometrickou metódou na štyroch končatinách pričasnej diagnóze ischemickej choroby dolných končatín (ICHDK).</p> <p>Výkon sa uhrádza:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. u symptomatických pacientov s podozrením na ICHDK, 2. u asymptomatických pacientov nad 50 rokov s minimálne jedným rizikovým faktorom (arteriálna hypertenzia, abnormálne EKG, diabetes mellitus, obezita s BMI nad 30, fajčiari, vysoká hladina celkového cholesterolu, porucha metabolizmu lipidov, pacienti a postihnutí koronárnymi alebo cerebrálnymi artériami, a pod.), 3. u všetkých poistencov nad 60 rokov. <p>V prípadoch definovaných pod bodom 2 a 3 zdravotná poisťovňa akceptuje a osobitne nad rámec kapitácie uhrádza výkon 1x za 2 kalendárne roky pri vykázaní preventívnej prehliadky.</p> <p>Výkon nebude akceptovaný a uhradený, ak dané vyšetrenie bolo vykonané v špecializovanej ambulancii starostlivosti alebo ak je poistenec dispenzarizovaný u poskytovateľa špecializovanej ambulancii starostlivosti kvôli ICHDK.</p>	6,00
FOB	<p>Uhrádza sa nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok:</p> <p>Vykazuje sa ako pripočítateľná položka k výkonom 159a, 159z, 159x jedenkrát za dva kalendárne roky u kapítovaných poistencov vo veku 40 – 70 rokov života.</p> <p>Poskytovateľ pacienta preukázateľne pozval na vyšetrenie (SMS, mail, list), pričom kópiu pozvánky formou SMS, mailu alebo listu založil do zdravotnej dokumentácie pacienta.</p> <p>V prípade pozitivity výsledku vyšetrenia FOB (TOKS) poskytovateľ poučil pacienta o možnosti vykonania kolonoskopického vyšetrenia u zmluvných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorých zoznam vedie zdravotná poisťovňa na svojom webovom sídle.</p>	2,00

	Súhlas a porozumenie s obsahom poučenia pacient potvrdí svojím podpisom v zdravotnej dokumentácii podľa príslušného ustanovenia zákona č. 576/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov.	
EDU	Uhrádza sa nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok: Vykazuje sa ako pripočítateľná položka jedenkrát za kalendárny rok k výkonu H0003 a trikrát za kalendárny rok k výkonu H0004. V prípade vyššej frekvencie je ďalšia poskytnutá zdravotná starostlivosť uhrádzaná cenou kapitácie. Za edukáciu pacienta s arteriálnou hypertenziou, dyslipidémiou a/alebo obezitou pri poučení o úprave životného štýlu a/alebo farmakoterapie sa považuje jeho poučenie sestrou alebo lekárom. Konkrétny obsah edukácie určuje dokument, ktorý je uverejnený na webovom sídle poisťovne. Podpísaním tohto dokumentu pacient potvrdí poučenie sestrou alebo lekárom a následne pacientom popísaný dokument poskytovateľ založí do zdravotnej dokumentácie pacienta.	2,00

* Výkon sa uhrádza na základe splnenia povinnosti poskytovateľa podľa bodu 4.6. písm. f) tejto zmluvy, prípadne aj po preukázaní ďalších podmienok úhrady výkonu. Zdravotnou poisťovňou schválený zdravotný výkon podľa predchádzajúcej vety, s uvedením kódu odbornosti ambulantnej zdravotnej starostlivosti a kódu zdravotného výkonu tvoria prílohu č. 3, ktorá tvorí neoddeliteľnú súčasť tejto zmluvy. Pre účely uhrádzania výkonov 5702, 5702Z, 5715, H0007, H0008 a 629b podľa príslušných zmluvných podmienok nie je potrebné, aby poskytovateľ žiadal zdravotnú poisťovňu o zazmluvnenie uvedených výkonov v zmysle bodu 4.6. písm. f) zmluvy a ani aby boli dané výkony uvedené v prílohe č. 3 k zmluve. Pre účely vykonávania, vykazovania a uhrádzania výkonov 5702, 5702Z, 5715, H0007, H0008 a 629b je poskytovateľ povinný disponovať dokladom o vlastníctve alebo prenájme prístroja s platným certifikátom (vyhlásením o zhode), zaškolením výrobcou alebo distribútorom prístroja a na vyžiadanie zdravotnej poisťovne tieto doklady predložiť v origináli k nahliadnutiu zdravotnej poisťovni alebo vo forme kópie ich doručiť zdravotnej poisťovni.

5. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi bonusy ku kapitácii za podmienok dohodnutých v tomto bode:

a) Zdravotná poisťovňa na základe údajov zo svojho informačného systému vyhodnotí, či poskytovateľ splnil ukazovatele podľa tabuľky tohto bodu v kalendárnom polroku alebo kalendárnom roku, za ktorý sa vykonáva hodnotenie (ďalej len „hodnotené obdobie“). Ukazovateľ je dojednaná podmienka, za splnenia ktorej zdravotná poisťovňa priznáva bonus poskytovateľovi podľa tabuľky tohto bodu.

b) Hodnotené obdobie je kalendárny polrok, ktorý bezprostredne predchádza kalendárnemu polroku, v ktorom sa vykonáva hodnotenie, s výnimkou Ukazovateľa „Preventívne prehliadky“, kde hodnoteným obdobím je bezprostredne predchádzajúci kalendárny rok.

c) Zdravotná poisťovňa uhrádza bonusy, pri ktorých poskytovateľ splnil ukazovatele v celom kalendárnom polroku, ktorý bezprostredne nasleduje po kalendárnom polroku, v ktorom zdravotná poisťovňa vykonala hodnotenie plnenia ukazovateľov. Zdravotná poisťovňa oznámi poskytovateľovi bonusy, pri ktorých splnil ukazovatele. Zdravotná poisťovňa môže na vybrané obdobie hodnoty priznaných bonusov navýšiť nad rámec hodnôt bonusov alebo priznať bonusy nad rámec podmienok ich priznania alebo pozmeniť hodnotené obdobie podľa tohto bodu tejto časti, o čom informuje poskytovateľa.

d) Ukazovatele a bonusy, ktoré sa uplatňujú u poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti sú uvedené v nasledovnej tabuľke:

		Max. bonus spolu:	1,36 €
Oblasť	Názov ukazovateľa	Špecifikácia ukazovateľa	Bonus (€)
Prevenčia	Preventívne prehliadky	Splnené, ak % vykonaných kompletných preventívnych prehliadok (PP) u kapítovaných poistencov, ktorí ju mali absolvovať v hodnotenom období, bolo minimálne 21 %; v tomto prípade je priznaný bonus vo výške 0,05 €. Ak podmienka podľa predchádzajúcej vety nie je splnená, avšak % vykonaných nekompletných PP u kapítovaných poistencov, ktorí ju mali absolvovať v hodnotenom období, bolo minimálne 21 %, je priznaný bonus vo výške 0,02 €. Definícia kompletnej a nekompletnej PP je uvedená v písmene e) tohto bodu tejto časti prílohy.	0,05 (max.)
	Racionálna farmakoterapia	Splnené, ak minimálne u 10% pacientov, ktorým bol elektronicky vystavený lekársky predpis alebo lekársky poukaz, bol v deň jeho vystavenia zobrazená aj elektronická lieková knižka.	0,02
Kvalita	Náročnosť kmeňa	Ukazovateľ hodnotí náročnosť kmeňa poskytovateľa s využitím indexov rizika používaných v prerozdeľovaní poistného na verejné zdravotné poistenie podľa zákona č. 580/2004 Z. z. (demografické, farmaceuticko-nákladové a viacročné nákladové skupiny) v poslednom mesiaci hodnoteného obdobia. Porovnáva náročnosť kmeňa poskytovateľa so všetkými poskytovateľmi v danej odbornosti k poslednému mesiacu hodnoteného obdobia, na základe čoho sa vytvorí rebríček hodnotených poskytovateľov. Pásma pre stanovenie bonusu: dolných 25% poskytovateľov = bonus 0,04 €, stredné pásmo poskytovateľov = bonus 0,08 €, horných 25% poskytovateľov = bonus 0,16 €.	0,16 (max.)
	"Gatekeeping"	Splnené, ak % ošetrovaných kapítovaných poistencov odoslaných do ambulancie špecializovanej ambulantnej starostlivosti neprekročí 25% alebo je v rozmedzí od 25% (vrátane) do 30% alebo je v rozmedzí od 30% (vrátane) do 35%. Pásma pre stanovenie bonusu: do 25% = bonus 0,75 €; od 25% (vrátane) do 30% = bonus 0,15 €; od 30% (vrátane) do 35% = bonus 0,05 €	0,75 (max.)
Elektronické služby	eObjednávanie	Ukazovateľ je splnený, ak poskytovateľ zverejní aspoň 1 termín za kalendárny mesiac (= 6 termínov za hodnotené obdobie) v jednom z online objednávkových systémov spĺňajúcich kritériá zverejnených na webovom sídle zdravotnej poisťovne. Pre účely vyhodnocovania ukazovateľa eObjednávanie poskytovateľ súhlasí, aby jeho dodávateľ online objednávkového systému poskytoval zdravotnej poisťovni údaje o využívaní	0,06

		tohto systému poskytovateľom v rozsahu nevyhnutnom na vyhodnotenie ukazovateľa eObjednávanie.	
Dostupnosť	Počet kapítovaných poistencov	V závislosti od počtu kapítovaných poistencov u poskytovateľa k poslednému dňu hodnoteného obdobia sa výška bonusu za tento ukazovateľ určí podľa podmienok v zmysle písmena f) tohto bodu tejto časti zmluvy; výška bonusu je min. 0,01 € a max. 0,32 €.	0,32 (max.)

e) Na účely hodnotenia ukazovateľa s názvom „Preventívne prehliadky“ ide o kompletnú PP vtedy, keď okrem samotného výkonu PP bola u daného poistenca indikovaná a realizovaná aj súvisiaca diagnostika v intervale +/- 90 dní odo dňa vykonania PP. Pod súvisiacou diagnostikou sa rozumejú súvisiace zdravotné výkony označené symbolom „x“ v tabuľke tohto písmena. Hodnotený poskytovateľ vykazuje súvisiaci výkon len vtedy, ak ho sám realizoval. Ak súvisiaci výkon realizoval iný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, vykáže ho tento poskytovateľ zdravotnej starostlivosti. Pri vyhodnocovaní sa prihliada na to, či na rodné číslo daného poistenca, ktorý podstúpil PP, bol súvisiaci výkon vykázaný a uznaný. PP, ktorá nespĺňa podmienky tohto písmena, je nekompletná PP.

Kód výkonu	poistenec od 18 do 40 rokov	poistenec od 40 rokov (vrátane)
3679 alebo 3679a	X	X
3671	X	X
3784 alebo 3782 alebo 3783	X	X
5702 alebo 603a + 15c		X
3692	X	X

f) Výška bonusu za ukazovateľ s názvom „Počet kapítovaných poistencov“ v € sa určí podľa tabuľky tohto bodu. Poskytovateľ je zaradený vždy do jedného a to najvyššieho možného pásma, ktorého spodnú hranicu už dosahuje alebo prekračuje podľa nasledovnej tabuľky:

počet kapítovaných u poskytovateľa (vrátane)	pásma pre stanovenie príslušnej hodnoty							
	od 1	od 201	od 301	od 501	od 801	od 1001	od 2001	od 2501
Výška bonusu za ukazovateľ Dostupnosť	0,01	0,04	0,08	0,12	0,16	0,20	0,25	0,32