



ZMLUVA O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

č. 72OPLK000423

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 **Trnava**, kód : 2400

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

(ďalej len „Poisťovňa“)

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti:

Obchodné meno / Priezvisko, meno a titul:	Zdravá župa, s. r. o.
Kód poskytovateľa zdravotnej starostlivosti:	P49481
IČO / registračné číslo:	53708997
DIČ, IČ DPH:	2121488468
Sídlo / Miesto trvalého pobytu:	Starohájska 10, 917 01 TRNAVA
Miesto prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia:	Ulica Študentská 3579/16, 917 01 TRNAVA
Zápis v registri (iba v prípade takéhoto zápisu):	Obchodný register Okresného súdu Trnava, Oddiel: Sro, Vložka číslo: 48993/T
Označenie orgánu, ktorý vydal povolenie:	Trnavský samosprávny kraj
Bankové spojenie:	SK6309000000005178313314
Mená a funkcie konajúcich osôb:	PhDr. Lucia Šmidovičová, PhD., MPH - konateľka

(ďalej len „Poskytovateľ“)

I. PREDMET ZMLUVY

- 1.1. Poskytovateľ sa za podmienok stanovených v Zmluve a vo Všeobecných zmluvných podmienkach pre zdravotnú starostlivosť (ďalej len „VZP“) zaväzuje poskytovať poistencom Poisťovne a ďalším osobám uvedeným vo VZP (ďalej spolu ako „Poistenci“) zdravotnú starostlivosť plne alebo čiastočne uhrádzanú z verejného zdravotného poistenia.
- 1.2. Poskytovateľ sa zaväzuje poskytovať zdravotnú starostlivosť vo vecnom rozsahu vyplývajúcom z povolenia, ktoré orgán uvedený v záhlaví Zmluvy vydal Poskytovateľovi na poskytovanie zdravotnej starostlivosti; Poskytovateľ bude poskytovať zdravotnú starostlivosť v tých špecializačných odboroch, ktoré sú uvedené v prílohe č. 1 k Zmluve. Táto Zmluva sa nevzťahuje na poskytovanie jednodňovej

zdravotnej starostlivosti; Poskytovateľ môže poskytovať jednoduchú zdravotnú starostlivosť len na základe osobitnej zmluvy uzavretej s Poistovňou.

- 1.3. Zoznam lekárov, ktorí budú v mene Poskytovateľa poskytovať zdravotnú starostlivosť, s uvedením ich špecializačných odborov a rozsahu lekárskeho miest je Poskytovateľ povinný doručiť Poistovní najneskôr pri uzavretí Zmluvy; lekárskeho miestom sa rozumie výkon činnosti lekára s príslušnou odbornou spôsobilosťou v rozsahu 40 hodín fondu pracovného času týždenne.

II. KRITÉRIÁ NA UZATVORENIE ZMLUVY

- 2.1. Poistovňa v súlade s bodom 2.1. VZP uverejnila kritériá na uzatváranie zmlúv s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti vzťahujúce sa na personálne a materiálno-technické vybavenie Poskytovateľa a na indikátory kvality. Kritériá podľa predchádzajúcej vety vzťahujúce sa na Poskytovateľa sú uvedené v prílohe č. 2 Zmluvy.
- 2.2. Poskytovateľ vyhlasuje, že spĺňa všetky kritériá podľa bodu 2.1. Zmluvy, na základe čoho s ním Poistovňa uzatvára túto Zmluvu.

III. POVINNOSTI PRI POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

- 3.1. Poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti postupuje v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi, Zmluvou a VZP.
- 3.2. Poskytovateľ, ktorý vykonáva preventívnu prehliadku Poistenca uhrádzanú z verejného zdravotného poistenia, je povinný dodržať tieto podmienky:
 - a. Poskytovateľ je povinný sám vykonať všetky vyšetrenia, ktoré vyplývajú z náplne preventívnej prehliadky vyplývajúcej zo všeobecne záväzných právnych predpisov. Poskytovateľ je oprávnený odoslať Poistenca na ďalšie poskytnutie zdravotnej starostlivosti vyplývajúcej z náplne preventívnej prehliadky k inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti len vtedy, pokiaľ Poskytovateľ nie je vybavený zdravotníckou technikou, ktorá je potrebná na vykonanie vyšetrenia; v tomto prípade Poskytovateľ požiada poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorému odošle Poistenca na ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti, aby vykonal len požadované vyšetrenie pomocou zdravotníckej techniky a neposkytoval Poistencovi ďalšiu zdravotnú starostlivosť;
 - b. pokiaľ Poskytovateľ žiada poskytovateľa prevádzkujúceho zariadenie spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek o vykonanie laboratórnych alebo diagnostických vyšetrení nad rámec náplne preventívnej prehliadky, je povinný vyhotoviť samostatnú žiadamku na vyšetrenia podľa náplne preventívnej prehliadky a samostatnú žiadamku na vyšetrenia požadované nad rámec náplne preventívnej prehliadky;
 - c. vykonanie preventívnej prehliadky preukáže Poskytovateľ, ktorý poskytuje všeobecnú ambulantnú starostlivosť alebo špecializovanú ambulantnú starostlivosť v špecializačnom odbore „gynológia a pôrodnictvo“, vyplnením formulára podľa príslušného vzoru uvedeného v prílohe č. 3 Zmluvy, alebo iného formulára obsahujúceho rovnakú sadu údajov; formulár podpíše Poskytovateľ aj Poistenec alebo zákonný zástupca Poistenca a Poskytovateľ ho po podpísaní založí do zdravotnej dokumentácie Poistenca. Poskytovateľ, ktorý poskytuje špecializovanú ambulantnú starostlivosť v špecializačnom odbore „zubné lekárstvo“, zašle Poistovní oznámenie o vykonaní preventívnej prehliadky, a to v lehote 10 kalendárnych dní po skončení zúčtovacieho obdobia, v ktorom vykonal preventívnu prehliadku.
- 3.3. Poskytovateľ je oprávnený pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti používať zdravotnícku techniku, ktorá netvorí povinné materiálno-technické vybavenie Poskytovateľa podľa všeobecne záväzných právnych predpisov alebo materiálno-technické vybavenie podľa kritérií na uzatvorenie zmluvy (článok II. Zmluvy), ak je uvedená v prílohe č. 4 k Zmluve, alebo ak s jej použitím vyslovila Poistovňa predchádzajúci písomný súhlas; Poskytovateľ môže vykázať Poistovní len vykonanie tých zdravotných výkonov, ktoré sú uvedené v prílohe č. 4 k Zmluve alebo v súhlase Poistovne s použitím zdravotníckej techniky.
- 3.4. Zdravotné výkony, ktoré sú v Katalógu zdravotných výkonov označené ako „podobné vyšetrenia“ alebo iným slovným spojením rovnakého významu (ďalej len „Podobné vyšetrenia“), môže Poskytovateľ vykazovať len s predchádzajúcim písomným súhlasom Poistovne. Poskytovateľ v žiadosti o udelenie predchádzajúceho súhlasu podľa predchádzajúcej vety uvedie, aké Podobné vyšetrenia v rámci jednotlivých skupín zdravotných výkonov podľa Katalógu zdravotných výkonov mieni vykonávať

a vykazovať. Poistovňa v súhlase podľa prvej vety tohto bodu uvedie, ktoré zdravotné výkony môže Poskytovateľ vykazovať v rámci jednotlivých skupín zdravotných výkonov ako Podobné vyšetrenia; Poistovňa môže súhlas časovo ohraničiť.

- 3.5. Poskytovateľ je povinný informovať Poistenca, ktorému poskytuje zdravotnú starostlivosť a mieni mu predpísať zdravotnícku pomôcku, alebo zákonného zástupcu Poistenca, že výdaj
- individuálne zhotovovanej ortopedicko-protetickej zdravotníckej pomôcky bandážového typu s predajnou cenou najmenej 165, 97 €
 - ortopedickej obuvi s predajnou cenou najmenej 265, 55 €,
 - ortézy nebandážového typu s predajnou cenou najmenej 497, 91 € a
 - inej zdravotníckej pomôcky s predajnou cenou najmenej 1 327, 76 €
- podlieha predchádzajúcemu súhlasu Poistovne.
- 3.6. Poskytovateľ môže Poistencovi predpísať individuálne zhotovovanú ortopedicko-protetickú zdravotnícku pomôcku len vtedy, pokiaľ použitie sériovo vyrábanej zdravotníckej pomôcky je pre túto osobu zrejme nevhodné. Poskytovateľ je na lekárskom poukaze na zdravotnícku pomôcku povinný uviesť všetky údaje vyplývajúce zo všeobecne záväzných právnych predpisov a ako kód zdravotníckej pomôcky uvedie číselný kód uvedený v Zozname kategorizovaných zdravotníckych pomôcok. Poskytovateľ pripojí k lekárskeму poukazu podľa tohto bodu aj odborný nález, v ktorom z medicínskeho hľadiska odôvodní nevhodnosť použitia sériovo vyrábanej zdravotníckej pomôcky a nevyhnutnosť predpisania zdravotníckej pomôcky uvedenej v bode 3.5. Zmluvy. Poskytovateľ berie na vedomie, že v prípade ak Poskytovateľ predpíše individuálne zhotovovanú ortopedicko-protetickú zdravotnícku pomôcku v rozpore s týmto bodom Zmluvy, alebo v rozpore s indikačnými alebo preskripčnými obmedzeniami, poisťovňa bude postupovať v súlade s ust. § 121 ods. 6 Zákona o liekoch.
- 3.7. Poskytovateľ je oprávnený odoslať Poistenca na ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti do špecializovanej nemocnice alebo liečebne len s predchádzajúcim súhlasom Poistovne. Zoznam špecializovaných nemocníc a liečební podľa predchádzajúcej vety a vzor žiadosti o udelenie predchádzajúceho súhlasu sú uvedené v prílohe č. 5 Zmluvy.
- 3.8. Poskytovateľ nesmie vykázať Poistovni vykonanie iných zdravotných výkonov uvedených v Katalógu zdravotných výkonov v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ ako zdravotných výkonov, ktorých vykonanie si u Poskytovateľa objednali v žiadankách o vykonanie laboratórnych alebo diagnostických vyšetrení odosielajúci poskytovatelia zdravotnej starostlivosti alebo odosielajúci lekári Poskytovateľa.
- 3.9. Poskytovateľ sa zaväzuje na požiadanie Poistovne poskytnúť jej v lehote do 10 kalendárnych dní výsledky laboratórnych a diagnostických vyšetrení, ktoré vykonal v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti Poistencom. Poistovňa je povinná výsledky podľa predchádzajúcej vety vrátiť Poskytovateľovi do 30 kalendárnych dní odo dňa ich prevzatia od Poskytovateľa.
- 3.10. Poskytovateľ je povinný pri nákupe liekov, zdravotníckych pomôcok aj akéhokoľvek materiálu, ktorých použitie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vykazuje a účtuje Poistovni, postupovať účelne, efektívne a hospodárne. Pokiaľ nadobúdacia cena liekov, zdravotníckych pomôcok alebo materiálu podľa predchádzajúcej vety je vyššia ako ich obvyklá cena na trhu, Poistovňa si vyhradzuje právo neuhradiť Poskytovateľovi tú časť ich nadobúdacej ceny, ktorá preyšuje obvyklú cenu.
- 3.11. Poskytovateľ môže pri výkonoch intervenčnej rádiológie a rádioterapie, nukleárnej medicíny a klinickej rádiofyziky vykazovať len použitie originálnych sád zdravotného materiálu určeného na jednotlivé výkony intervenčnej rádiológie a rádioterapie, nukleárnej medicíny a klinickej rádiofyziky (ďalej len „Sety“). Poskytovateľ je povinný na požiadanie preukázať Poistovni nadobudnutie Setu účtovným dokladom, ktorý musí obsahovať názov výrobcu Setu, katalógové číslo Setu pridelené výrobcom, rozpis všetkých položiek tvoriacich Set a celkovú cenu Setu. Ak Poskytovateľ použije iné ako originálne Sety, ich použitie nevykáže ako použitie Setu, ale ako použitie jednotlivého zdravotného a spotrebného materiálu určeného na uvedené výkony.
- 3.12. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi úhradu na zhotovenie alebo obstaranie individuálne zhotovovanej stomatologickej fixnej a snímateľnej náhrady, individuálne zhotovovaného čelustnoortopedického fixného a snímateľného aparátu alebo inej zdravotníckej pomôcky používanej v zubnom lekárstve a čelustnej ortopédii (ďalej len „Stomatologická zdravotnícka pomôcka“) rovnajúcu sa výške nákladov na zhotovenie alebo obstaranie Stomatologickej zdravotníckej pomôcky zníženú o úhradu Poistenca; Poistovňa však Poskytovateľovi uhradí najviac cenu Stomatologickej zdravotníckej pomôcky uvedenu ako „úhrada zdravotnou poisťovňou“ v Zozname kategorizovaných zdravotníckych pomôcok platnú v ten deň, kedy bola Stomatologická zdravotnícka pomôcka vydaná Poistencovi. Poistovňa neuhradí

Poskytovateľovi úhradu za zhotovenie alebo obstaranie Stomatologickej zdravotníckej pomôcky, ak ju Poskytovateľ zhotovil alebo obstaral Poistencovi po prerušení liečby touto osobou na dobu dlhšiu ako 6 mesiacov; to sa nevzťahuje na prípady, ak liečba bola prerušená so súhlasom Poskytovateľa.

- 3.13. Pokiaľ Poskytovateľ v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti Poistencovi spotreboval materiál uvedený v Zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov vydanom Ministerstvom zdravotníctva SR (ďalej len „Zoznam kategorizovaných materiálov“) a tento materiál je zároveň uvedený v zozname kategorizovaných materiálov zverejnenom na webovom sídle Poistovne v sekcii „Poskytovateľ – Pravidlá revízejnej činnosti“ aktuálnom v čase použitia kategorizovaného materiálu alebo uvedený v prílohe č. 6 tejto Zmluvy, Poistovňa uhradí Poskytovateľovi samostatne cenu za tento materiál najviac do výšky určenej v Zozname kategorizovaných materiálov ako “maximálna výška úhrady zdravotnou poisťovňou”. Poskytovateľ vykazuje kategorizovaný materiál s použitím kódu uvedeného v Zozname kategorizovaných materiálov. Poistovňa týmto zároveň udeľuje na základe písomnej žiadosti Poskytovateľa súhlas s použitím nekategorizovaných materiálov uvedených v zozname, ktorý tvorí prílohu č. 6 tejto Zmluvy (ďalej len „Zoznam nekategorizovaných materiálov“) potrebných na poskytnutie zdravotnej starostlivosti jej Poistencom, pričom Poistovňa uhradí Poskytovateľovi náklady účelne, efektívne a hospodárne vynaložené na nadobudnutie takého materiálu, najviac však do výšky sumy určenej v tomto Zozname nekategorizovaných materiálov. Použitie nekategorizovaného materiálu vykazuje Poskytovateľ pomocou kódu uvedeného v Zozname nekategorizovaných materiálov. V prípade, že sa špeciálny zdravotnícky materiál stane na základe kategorizácie súčasťou Zoznamu kategorizovaných materiálov, bude hrazený podľa prvej vety tohto bodu Zmluvy.
- 3.14. Poskytovateľ vykazuje poskytnutú zdravotnú starostlivosť spôsobom uvedeným vo VZP. Poskytovateľ je povinný vo faktúre okrem celkovej výšky úhrady za zdravotnú starostlivosť poskytnutú v zúčtovacom období uviesť aj výšku úhrady za:
- všeobecnú ambulantnú starostlivosť;
 - špecializovanú ambulantnú starostlivosť;
 - lieky a zdravotnícke pomôcky.
- 3.15. Poskytovateľ zodpovedá za správnosť obsahu návrhu na kúpeľnú starostlivosť (ďalej len „Návrh“) doručeného Poistovni. 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 Poistovňa neposkytuje poskytovateľovi kúpeľnej starostlivosti informácie zo zdravotnej dokumentácie Poistenca.

IV. ÚHRADA ZA ZDRAVOTNÚ STAROSTLIVOSŤ V ŠPECIALIZAČNOM ODBORE VŠEOBECNÉ LEKÁRSTVO (VLD)

- 4.1. Poistovňa a Poskytovateľ sa v súlade so zákonom č. 18/1996 Z.z. o cenách v znení neskorších predpisov dohodli, že Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti úhradu podľa pravidiel uvedených v článku III., IV., V a VI. 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.) (ďalej len „Zákon o zdravotnom poistení“). 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.
- 4.2. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za každého Poistenca vo veku najmenej 18 rokov, s ktorým mal Poskytovateľ k poslednému dňu kalendárneho mesiaca, za ktorý vykazuje poskytnutú zdravotnú starostlivosť, uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „Kapitovaný poistenec“), paušálnu mesačnú úhradu (ďalej len „Kapitácia“). Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli na výške Kapitácie tak, ako je uvedené v prílohe č. 7 Zmluvy (ďalej len „Cenník VLD“). Poistovňa hradí Poskytovateľovi iba pomernú časť Kapitácie s presnosťou na počet dní trvania dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v príslušnom mesiaci, za ktorý Poskytovateľ vykazuje poskytnutú zdravotnú starostlivosť za Poistencov:
- s ktorými Poskytovateľ uzatvoril dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v priebehu príslušného mesiaca, ak Kapitovaný poistenec nemal v tom čase uzatvorenú žiadnu dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v rovnakom špecializačnom odbore,

- b. s ktorými zanikla v priebehu príslušného mesiaca dohoda o poskytovaní zdravotnej starostlivosti inak ako písomným odstúpením,
 - c. ktorým vzniklo alebo zaniklo verejné zdravotné poistenie v priebehu príslušného mesiaca.
- 4.3. Pokiaľ Kapitovaný poistenec uzatvoril skôr dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti okrem Poskytovateľa aj s iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v rovnakom špecializačnom odbore ako Poskytovateľ, Poistovňa uhradí Poskytovateľovi Kapitáciu len v prípade zániku pôvodnej dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej medzi iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a Kapitovaným poistencom, a to od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po mesiaci, v ktorom došlo k odstúpeniu od dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej medzi iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a Kapitovaným poistencom. Poskytovatelia sú povinní na základe informácie Poistovne prostredníctvom kapitačného protokolu riešiť konfliktné prípady vzájomnou dohodou.
- 4.4. Pokiaľ má Poskytovateľ dočasne pozastavené povolenie alebo dočasne neobsadenú ambulanciu, Poistovňa Kapitáciu počas tohto obdobia Poskytovateľovi nehradí. Poistovňa neuhradí Kapitáciu za dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti aj v prípade, ak Poskytovateľ oznámil ukončenie kódu lekára alebo kódu Poskytovateľa, na ktoré sú evidované dotknuté dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Poskytovateľ je povinný nahlasovať Poistovni mesačný výkaz prírastku a úbytku Poistencov aj podľa platných kódov lekárov a Poskytovateľov a nielen podľa platnosti dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Neobsadenou ambulanciou sa na účely tejto Zmluvy rozumie ambulancia, na ktorú Poskytovateľ ukončil kód lekára a nenahlásil nový kód iného lekára.
- 4.5. Kapitácia zahŕňa úhradu za zdravotnú starostlivosť, ktorú Poskytovateľ poskytol Kapitovanému poistencovi, a náklady, ktoré Poskytovateľ vynaložil pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti Kapitovanému poistencovi. Kapitácia nezahŕňa:
- a. náklady na lieky, ktoré sú v Zozname kategorizovaných liekov (ďalej len „Zoznam liekov“) označené v stĺpci „*spôsob úhrady*“ písmenom „A“, „AS“; v tomto prípade patrí Poskytovateľovi cena lieku, ktorý podal Poistencovi, vo výške ceny nadobudnutia tohto lieku, ktorá však nesmie byť vyššia ako cena lieku uvedená v Zozname liekov ako „*úhrada zdravotnou poistovňou*“. Ak Poskytovateľ podá Poistencovi len časť balenia lieku, cena lieku podľa predchádzajúcej vety sa určí ako súčin ceny celého balenia lieku a podielu podaných kusov lieku a celkového počtu kusov lieku v balení;
 - b. úhradu za tie zdravotné výkony, ktoré Poskytovateľ vykonal pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia, ak sú tieto zdravotné výkony uvedené v Cenníku VLD;
 - c. úhradu za zdravotné výkony, ktoré Poskytovateľ vykonal pomocou zdravotníckej techniky, ktorá netvorí povinné materiálo-technické vybavenie Poskytovateľa podľa všeobecne záväzných právnych predpisov;
 - d. iné náklady a zdravotné výkony, pokiaľ to vyplýva zo všeobecne záväzných právnych predpisov alebo z Cenníka VLD.
- 4.6. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi úhradu za zdravotnú starostlivosť, ktorú poskytol:
- a. Kapitovanému poistencovi ako zdravotný výkon, ktorý nie je podľa bodu 4.5. Zmluvy zahrnutý v Kapitácii;
 - b. Poistencovi, ktorý nie je Kapitovaným poistencom, ako neodkladnú zdravotnú starostlivosť;
 - c. za podmienok uvedených v článku IX. VZP poistencovi Európskej únie;
 - d. za podmienok uvedených v článku X. VZP poistencovi poistovne Highmark.
- Úhrada podľa predchádzajúcej vety sa vypočíta ako násobok príslušnej jednotkovej ceny bodu uvedenej v Cenníku a bodového vyjadrenia hodnoty zdravotného výkonu uvedeného v rozhodnutí Ministerstva zdravotníctva SR o regulácii ceny v oblasti cien výrobkov, služieb a výkonov v zdravotníctve účinného vždy v čase, keď bol vykonaný zdravotný výkon.
- 4.7. Poskytovateľ je po overení totožnosti a poistného vzťahu poistenca s Poistovňou oprávnený poskytovať poistencom Poistovne zdravotnú starostlivosť pozostávajúcu z výkonov telemedicíny, ktoré sú uvedené v Prílohe č. 7 (Cenník VLD). Poskytovateľ je pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti pozostávajúcej z výkonov telemedicíny povinný overiť totožnosť poistenca a jeho poistný vzťah s Poistovňou predovšetkým na základe rodného čísla a/alebo identifikačného čísla poistenca, prostredníctvom informačného systému Poskytovateľa, elektronickej pobočky Poistovne, na webovom sídle Poistovne, alebo telefonicky na zákazníckej linke Poistovne.

- 4.8. Poskytovateľ berie na vedomie, že Poisťovňa bude pri úhrade zdravotnej starostlivosti pozostávajúcej z výkonov telemedicíny v zmysle bodu 4.7. tohto článku Zmluvy poskytnutej poistenecovi uvedenému v zozname dlžníkov, postupovať v súlade so zákonom 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. Informáciu o tom, či je poistenec uvedený v zozname dlžníkov a či má poistenec právo na úhradu aj inej ako neodkladnej zdravotnej starostlivosti si Poskytovateľ overí prostredníctvom informačného systému Poskytovateľa, elektronickej pobočky Poisťovne, alebo na webovom sídle Poisťovne.

V. DODATKOVÁ KAPITÁCIA VLD

- 5.1. Poisťovňa sa za podmienok dohodnutých v tomto článku zaväzuje spolu s Kapitáciou uhradiť Poskytovateľovi za každého Kapitovaného poistenca dodatkovú paušálnu mesačnú úhradu (ďalej len „Dodatková kapitácia“), ktorej hodnota je závislá od plnenia parametrov Kvality, Efektívnosti a Inovácií.
- 5.2. Poisťovňa z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v tabuľkách označených ako „Parametre Kvality a Inovácií“, ktoré sa použijú na výpočet základu pre výpočet Dodatkovkej kapitácie a „Parametre Efektívnosti“, ktoré sa použijú na výpočet výslednej hodnoty Dodatkovkej kapitácie. Parametre Kvality, Efektívnosti a Inovácií sú súčasťou Cenníka VLD.
- 5.3. Poisťovňa použije pre zistenie a výpočet hodnoty každého parametra uvedeného v tabuľke „Parametre Kvality a Inovácií“ údaje za dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky, z ktorých posledný kalendárny štvrťrok bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva výpočet (ďalej len „Sledované obdobie“).
- 5.4. Poisťovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov, ktorý je uvedený v tabuľke podľa bodu 5.3. Zmluvy tak, že zistí či Poskytovateľ v Sledovanom období dosiahol príslušnú hranicu stanovenú pre splnenie daného parametra.
- 5.5. Poisťovňa vypočíta výsledný koeficient Kvality a Inovácií Poskytovateľa (ďalej aj „KKI“) podľa vzorca:
$$KKI = h_1 \times v_1 + h_2 \times v_2 + h_3 \times v_3 + h_4 \times v_4 + h_5 \times v_5 + h_6 \times v_6 + h_7 \times v_7,$$
kde h_1 až h_7 sú hodnoty parametra zistené z tabuľky podľa bodu 5.3. Zmluvy, a v_1 až v_7 sú váhy príslušného parametra zistené z tabuľky podľa bodu 5.3. Zmluvy.

- 5.6. Výška základu pre výpočet Dodatkovkej kapitácie (ďalej len „ZDK“) sa vypočíta podľa vzorca:
$$ZDK = (ZvHDK - ZHDK) * KKI + ZHDK,$$
kde

ZvHDK znamená zvýhodnená hodnota Dodatkovkej kapitácie uvedená v Cenníku VLD

ZHDK znamená základná hodnota Dodatkovkej kapitácie uvedená v Cenníku VLD

- 5.7. Poisťovňa z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v tabuľke označenej ako „Parametre Efektívnosti“, ktorá je súčasťou Cenníka VLD.
- 5.8. Poisťovňa použije pre zistenie a výpočet hodnoty každého parametra uvedeného v tabuľke podľa bodu 5.7. Zmluvy údaje za dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky, z ktorých posledný kalendárny štvrťrok bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva výpočet.
- 5.9. Poisťovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov uvedený v tabuľke podľa bodu 5.7. Zmluvy týmto spôsobom:
- Poisťovňa zistí každý z parametrov za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí poskytujú ambulatnú zdravotnú starostlivosť v rovnakom špecializačnom odbore ako Poskytovateľ;
 - Poisťovňa zoradí hodnoty parametrov zistené za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti vzostupne;
 - Poisťovňa neprihliada na hodnoty parametrov tých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí v poradí podľa písm. b. dosiahli 20 % najnižších hodnôt a 20 % najvyšších hodnôt;
 - Poisťovňa z hodnôt parametrov zistených u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti s výnimkou tých, na ktorých hodnoty parametrov neprihliada podľa písm. c., vypočíta strednú hodnotu (priemer) a hodnotu štandardnej odchýlky
- 5.10. Poisťovňa vypočíta Koeficient Efektívnosti Poskytovateľa (ďalej aj „KE“) podľa vzorca:
$$KE = h_1 \times v_1 + h_2 \times v_2 + h_3 \times v_3,$$

kde h_1 až h_3 je hodnota príslušného parametra zistená z tabuľky podľa bodu 5.7. Zmluvy, pričom sa použije hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „*pod pásmom*“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je nižšia ako jeho stredná hodnota znížená o hodnotu štandardnej odchýlky (bod 5.9. písm. d. Zmluvy), alebo hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „*v pásme*“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je vyššia alebo rovná jeho strednej hodnote zníženej o hodnotu štandardnej odchýlky, avšak zároveň nižšia alebo rovná jeho strednej hodnote zvýšenej o hodnotu štandardnej odchýlky, alebo hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „*nad pásmom*“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je vyššia ako jeho stredná hodnota zvýšená o hodnotu štandardnej odchýlky, a

v_1 až v_3 je váha príslušného parametra zistená z tabuľky podľa bodu 5.7. Zmluvy.

- 5.11. Výška Dodatkovej kapitácie sa vypočíta ako násobok základu pre výpočet Dodatkovej kapitácie podľa bodu 5.7. Zmluvy a Koeficientu Efektívnosti. Dodatková kapitácia sa zaokrúhli matematicky na šesť desiatinných miest. Takto zistená Dodatková kapitácia patrí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti počas dvoch kalendárnych štvrtírokov nasledujúcich po výpočte podľa tohto článku Zmluvy. Poisťovňa je povinná vypočítať a oznámiť Poskytovateľovi výšku Dodatkovej kapitácie vždy najneskôr pred začiatkom toho kalendárneho štvrtíroka, za ktorý bude Poskytovateľovi Dodatková kapitácia patriť.
- 5.12. Do skončenia toho kalendárneho polroka, v ktorom Zmluva nadobudla účinnosť v prvý deň kalendárneho polroka, sa uplatní ako Koeficient Kvality a Inovácií (KKI) a Koeficient Efektívnosti (KE) číslo podľa bodu 5.13. Zmluvy. V prípade, ak Zmluva nadobudne účinnosť neskôr ako prvým dňom daného kalendárneho polroka, uplatní sa výška Dodatkovej kapitácie podľa predchádzajúcej vety aj počas kalendárneho polroka bezprostredne nasledujúcom po kalendárnom polroku, v ktorom Zmluva nadobudla účinnosť, ak Poskytovateľ nemal pred účinnosťou Zmluvy uzatvorenú s Poisťovňou zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s obdobným vecným rozsahom zdravotnej starostlivosti, aký sa dohodol v Zmluve.
- 5.13. Zmluvné strany sa dohodli, že v prechodnom období podľa bodu 5.12. Zmluvy sa uplatní Koeficient Kvality a Inovácií (KKI) vo výške **58%** a Koeficient Efektívnosti (KE) vo výške **67%**. Výsledná výška Dodatkovej kapitácie vypočítaná podľa tohto článku je **DK= 0,664418 €**.

VI. DOPLNKOVÁ KAPITÁCIA

- 6.1. Poisťovňa 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.
- 6.2. Za veľkokapacitnú ambulanciu sa považuje Poskytovateľ, ktorý má uzavretú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s **1800** a viac osobami na jedno lekárske miesto.
- 6.3. Výška Doplnkovej kapitácie podľa bodu 6.2. Zmluvy za každého Kapitovaného poistenca je uvedená v Cenníku VLD.
- 6.4. 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“).
- 6.5. 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.
- 6.6. 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).

VII. VÝŠKA ÚHRADY ZA ZDRAVOTNÚ STAROSTLIVOSŤ V ŠPECIALIZAČNOM ODBORE VŠEOBECNÉ LEKÁRSTVO PRE DETI A DORAST (VLDD)

- 7.1. Poistovňa a Poskytovateľ sa v súlade so zákonom č. 18/1996 Z.z. o cenách v znení neskorších predpisov dohodli, že Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti úhradu podľa pravidiel uvedených v článku III., VII., VIII. a IX. 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.
- 7.2. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za každého Poistenca do dovŕšenia 28. roku života, s ktorým mal Poskytovateľ k poslednému dňu kalendárneho mesiaca, za ktorý vykazuje poskytnutú zdravotnú starostlivosť, uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „Kapitovaný poistenec“), paušálnu mesačnú úhradu (ďalej len „Kapitácia“). Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli na výške Kapitácie tak, ako je uvedené v prílohe č. 8 Zmluvy (ďalej len „Cenník VLDD“). Poistovňa hradí Poskytovateľovi iba pomernú časť Kapitácie s presnosťou na počet dní trvania dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v príslušnom mesiaci, za ktorý Poskytovateľ vykazuje poskytnutú zdravotnú starostlivosť za Poistencov:
- s ktorými Poskytovateľ uzatvoril dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v priebehu príslušného mesiaca, ak Kapitovaný poistenec nemal v tom čase uzatvorenú žiadnu dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v rovnakom špecializačnom odbore,
 - s ktorými zanikla v priebehu príslušného mesiaca dohoda o poskytovaní zdravotnej starostlivosti inak ako písomným odstúpením,
 - ktorým vzniklo alebo zaniklo verejné zdravotné poistenie v priebehu príslušného mesiaca.
- 7.3. Pokiaľ Kapitovaný poistenec uzatvoril skôr dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti okrem Poskytovateľa aj s iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v rovnakom špecializačnom odbore ako Poskytovateľ, Poistovňa uhradí Poskytovateľovi Kapitáciu len v prípade zániku pôvodnej dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej medzi iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a Kapitovaným poistencom, a to od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po mesiaci, v ktorom došlo k odstúpeniu od dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej medzi iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a Kapitovaným poistencom. Poskytovatelia sú povinní na základe informácie Poistovne prostredníctvom kapitačného protokolu riešiť konfliktné prípady vzájomnou dohodou.
- 7.4. Pokiaľ má Poskytovateľ dočasne pozastavené povolenie alebo dočasne neobsadenú ambulanciu, Poistovňa Kapitáciu počas tohto obdobia Poskytovateľovi nehradí. Poistovňa neuhradí Kapitáciu za dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti aj v prípade, ak Poskytovateľ oznámil ukončenie kódu lekára alebo kódu Poskytovateľa, na ktoré sú evidované dotknuté dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Poskytovateľ je povinný nahlasovať Poistovni mesačný výkaz prírastku a úbytku Poistencov aj podľa platných kódov lekárov a Poskytovateľov a nielen podľa platnosti dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Neobsadenou ambulanciou sa na účely tejto Zmluvy rozumie ambulancia, na ktorú Poskytovateľ ukončil kód lekára a nenahlásil nový kód iného lekára.
- 7.5. Kapitácia zahŕňa úhradu za zdravotnú starostlivosť, ktorú Poskytovateľ poskytol Kapitovanému poistencovi a náklady, ktoré Poskytovateľ vynaložil pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti Kapitovanému poistencovi. Kapitácia nezahŕňa:
- náklady na lieky, ktoré sú v Zozname kategorizovaných liekov (ďalej len „Zoznam liekov“) označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“, „AS“; v tomto prípade patrí Poskytovateľovi cena lieku, ktorý podal Poistencovi, vo výške ceny nadobudnutia tohto lieku, ktorá však nesmie byť vyššia ako cena lieku uvedená v Zozname liekov ako „úhrada zdravotnou poisťovňou“. Ak Poskytovateľ podá Poistencovi len časť balenia lieku, cena lieku podľa predchádzajúcej vety sa určí ako súčin ceny celého balenia lieku a podielu podaných kusov lieku a celkového počtu kusov lieku v balení;
 - úhradu za tie zdravotné výkony, ktoré Poskytovateľ vykonal pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia, ak sú tieto zdravotné výkony uvedené v Cenníku VLDD;

- c. iné náklady a zdravotné výkony, pokiaľ to vyplýva zo všeobecne záväzných právnych predpisov alebo z Cenníka VLDD.
- 7.6. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi úhradu za zdravotnú starostlivosť, ktorú poskytol Kapitovanému poistencovi ako zdravotný výkon, ktorý nie je podľa bodu 7.5. Zmluvy zahrnutý v Kapitácii. Úhrada podľa predchádzajúcej vety sa stanoví:
- výpočtom ako násobok príslušnej jednotkovej ceny bodu uvedenej v Cenníku VLDD a bodového vyjadrenia hodnoty zdravotného výkonu uvedeného v rozhodnutí Ministerstva zdravotníctva SR o regulácii ceny v oblasti cien výrobkov, služieb a výkonov v zdravotníctve účinného vždy v čase, keď bol vykonaný zdravotný výkon,
 - podľa jednotkovej ceny výkonu uvedenej v Cenníku VLDD.
- 7.7. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi úhradu za iné náklady súvisiace s poskytnutou zdravotnou starostlivosťou, ktoré nie sú podľa bodu 7.5. Zmluvy zahrnuté v Kapitácii podľa Cenníka VLDD.
- 7.8. Poskytovateľ je po overení totožnosti a poistného vzťahu poistenca s Poistovňou oprávnený poskytovať poistencom Poistovne zdravotnú starostlivosť pozostávajúcu z výkonov telemedicíny, ktoré sú uvedené v Prílohe č. 8 (Cenník VLDD). Poskytovateľ je pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti pozostávajúcej z výkonov telemedicíny povinný overiť totožnosť poistenca a jeho poistný vzťah s Poistovňou predovšetkým na základe rodného čísla a/alebo identifikačného čísla poistenca, prostredníctvom informačného systému Poskytovateľa, elektronickej pobočky Poistovne, na webovom sídle Poistovne, alebo telefonicky na zákazníckej linke Poistovne.
- 7.9. Poskytovateľ berie na vedomie, že Poistovňa bude pri úhrade zdravotnej starostlivosti pozostávajúcej z výkonov telemedicíny v zmysle bodu 7.8. tohto článku Zmluvy poskytnutej poistencovi uvedenému v zozname dlžníkov, postupovať v súlade so zákonom č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poistovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Informáciu o tom, či je poistenec uvedený v zozname dlžníkov a či má poistenec právo na úhradu aj inej ako neodkladnej zdravotnej starostlivosti si Poskytovateľ overí prostredníctvom informačného systému Poskytovateľa, elektronickej pobočky Poistovne, alebo na webovom sídle Poistovne.

VIII. ÚHRADA ZA VÝKONY VLDD

- 8.1. Poistovňa sa za podmienok dohodnutých v tomto článku zaväzuje spolu s Kapitáciou uhradiť Poskytovateľovi úhradu za výkony uvedené v Cenníku VLDD. Základná cena a zvýhodnená cena výkonov je uvedená v Cenníku VLDD. Výsledná úhrada za výkony je závislá od plnenia parametrov Kvality, Efektívnosti a Inovácií a vypočíta sa spôsobom podľa tohto článku Zmluvy.
- 8.2. Poistovňa z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v tabuľkách označených ako „Parametre Kvality a Inovácií“ a „Parametre Efektívnosti“, ktoré sú súčasťou Cenníka VLDD.
- 8.3. Poistovňa použije pre zistenie a výpočet hodnoty každého parametra uvedeného v tabuľke „Parametre Kvality, Efektívnosti a Inovácií“ údaje za dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky, z ktorých posledný kalendárny štvrťrok bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva výpočet (ďalej len „Sledované obdobie“).
- 8.4. Poistovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov Kvality a Inovácií, ktorý je uvedený v tabuľke podľa bodu 8.3. Zmluvy tak, že zistí či Poskytovateľ v Sledovanom období dosiahol príslušnú hranicu stanovenú pre splnenie daného parametra. V prípade, ak má niektorý z parametrov Kvality a Inovácií uvedené plnenie pod pásmom, v pásme a nad pásmom, určí sa jeho hodnota spôsobom podľa bodov 8.8. až 8.10. tohto článku Zmluvy.
- 8.5. Poistovňa vypočíta výsledné plnenie parametrov a určí Koeficient Kvality a Inovácií Poskytovateľa (ďalej aj „KKI“) podľa vzorca:
- $$KKI = h_1 \times v_1 + h_2 \times v_2 + h_3 \times v_3 + h_4 \times v_4 + h_5 \times v_5 + h_6 \times v_6 + h_7 \times v_7,$$
- kde h_1 až h_7 sú hodnoty parametra zistené z tabuľky podľa bodu 8.3. Zmluvy, a v_1 až v_7 sú váhy príslušného parametra zistené z tabuľky podľa bodu 8.3. Zmluvy.
- 8.6. Poistovňa z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v tabuľke označenej ako „Parametre Efektívnosti“, ktorá je súčasťou Cenníka VLDD.
- 8.7. Poistovňa použije pre zistenie a výpočet hodnoty každého parametra uvedeného v tabuľke podľa bodu 8.6. Zmluvy údaje za dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky, z ktorých posledný kalendárny štvrťrok bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva výpočet.
- 8.8. Poistovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov uvedených v tabuľke podľa bodu 8.6. Zmluvy týmto spôsobom:

- a. Poisťovňa zistí každý z parametrov za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí poskytujú ambulatnú zdravotnú starostlivosť v rovnakom špecializačnom odbore ako Poskytovateľ;
- b. Poisťovňa zoradí hodnoty parametrov zistené za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti vzostupne;
- c. Poisťovňa neprihliada na hodnoty parametrov tých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí v poradí podľa písm. b. dosiahli 20 % najnižších hodnôt a 20 % najvyšších hodnôt;
- d. Poisťovňa z hodnôt parametrov zistených u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti s výnimkou tých, na ktorých hodnoty parametrov neprihliada podľa písm. c., vypočíta strednú hodnotu (priemer) a hodnotu štandardnej odchýlky.

8.9. Poisťovňa vypočíta Koefficient Efektívnosti Poskytovateľa (ďalej aj „KE“) podľa vzorca:

$$KE = h_1 \times v_1 + h_2 \times v_2 + h_3 \times v_3,$$

kde h_1 až h_3 je hodnota príslušného parametra zistená z tabuľky podľa bodu 8.6. Zmluvy, pričom sa použije hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „*pod pásmom*“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je nižšia ako jeho stredná hodnota znížená o hodnotu štandardnej odchýlky (bod 8.8. písm. d. Zmluvy), alebo hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „*v pásme*“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je vyššia alebo rovná jeho strednej hodnote zníženej o hodnotu štandardnej odchýlky, avšak zároveň nižšia alebo rovná jeho strednej hodnote zvýšenej o hodnotu štandardnej odchýlky, alebo hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „*nad pásmom*“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je vyššia ako jeho stredná hodnota zvýšená o hodnotu štandardnej odchýlky, a

v_1 až v_3 je váha príslušného parametra zistená z tabuľky podľa bodu 8.2. Zmluvy.

8.10. Výška úhrady za výkony sa vypočíta podľa nasledujúceho vzorca

$$CV = (ZvCV - ZCV) * (KKI + KE) + ZCV, \text{ kde}$$

CV je výsledná cena výkonu

ZCV je základná cena výkonu

ZvCV je zvýhodnená cena výkonu

8.11. Výsledná cena sa zaokrúhli matematicky na dve desatinné miesta. Takto zistená výsledná cena výkonu patrí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti počas kalendárneho polroka nasledujúceho po výpočte podľa tohto článku Zmluvy. Poisťovňa je povinná vypočítať a oznámiť Poskytovateľovi výslednú cenu výkonov vždy najneskôr pred začiatkom kalendárneho polroka, za ktoré bude Poskytovateľovi výsledná cena výkonov patriť.

8.12. Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi úhradu podľa tohto článku Zmluvy len v rozsahu Finančného objemu uvedeného v Cenníku VLDD. Finančný objem je dohodnutý na kalendárny mesiac. Do Finančného objemu sa nezahŕňa úhrada za výkony podľa bodu 8.15. Zmluvy a pripočítateľné položky uvedené v Cenníku VLDD. V prípade, ak Poskytovateľ poskytol Poistencom počas kalendárneho mesiaca zdravotnú starostlivosť v rozsahu nižšom ako je dolná hranica Finančného objemu na kalendárny mesiac, Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi sumu rovnajúcu sa dolnej hranici Finančného objemu. V prípade, ak Poskytovateľ poskytol Poistencom počas kalendárneho mesiaca zdravotnú starostlivosť v rozsahu vyššom ako je horná hranica Finančného objemu na kalendárny mesiac, Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi sumu rovnajúcu sa hornej hranici Finančného objemu.

8.13. Do skončenia toho kalendárneho polroka, v ktorom Zmluva nadobudla účinnosť v prvý deň kalendárneho polroka, sa uplatní ako Koefficient Kvality a Inovácií a koefficient Efektívnosti (KKI + KE) číslo uvedené podľa bodu 8.14. Zmluvy. V prípade, ak Zmluva nadobudne účinnosť neskôr ako prvým dňom daného kalendárneho polroka, uplatní sa ako Koefficient Kvality a Inovácií a koefficient Efektívnosti (KKI + KE) číslo uvedené podľa bodu 8.14. Zmluvy aj na nasledujúci kalendárny polrok, ak Poskytovateľ nemal pred účinnosťou Zmluvy uzatvorenú s Poisťovňou zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s obdobným vecným rozsahom zdravotnej starostlivosti, aký sa dohodol v Zmluve.

8.14. Zmluvné strany sa dohodli, že v prechodnom období podľa bodu 8.13. Zmluvy sa uplatní Koefficient Kvality a Inovácií a Koefficient Efektívnosti (KKI + KE) vo výške **62%**. Výsledná výška úhrady za výkony v prechodnom období vypočítaná podľa tohto článku je:

Výkon	Hodnota v €
8	--
4	--
1	--
250	--

8.15. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi úhradu za výkony, ktoré poskytol:

- a. Poistencovi, ktorý nie je Kapitovaným poistencom, ako neodkladnú zdravotnú starostlivosť;
- b. za podmienok uvedených v článku IX. VZP poistencovi Európskej únie;
- c. za podmienok uvedených v článku X. VZP poistencovi poisťovne Highmark.

Cena výkonov pre nekapitovaných poistencov je uvedená v Cenníku VLDD a nie je závislá od plnenia Parametrov Kvality, Efektívnosti a Inovácií.

IX. DOPLNKOVÁ KAPITÁCIA

- 9.1. Poistovňa vzhľadom na potrebu posilnenia dostupnosti primárnej starostlivosti pre deti a dospelých 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 uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a bude vyplácaná tzv. veľkokapacitnej ambulancii.
- 9.2. Za veľkokapacitnú ambulanciu sa považuje Poskytovateľ, ktorý má uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s 1200 a viac osobami na jedno lekárske miesto.
- 9.3. Výška Doplnkovej kapitácie podľa bodu 8.2. Zmluvy za každého Kapitovaného poistenca je uvedená v Cenníku VLDD.
- 9.4. Poistovňa 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“).
- 9.5. Výšku Doplnkovej kapitácie, ktorá patrí Poskytovateľovi za každého kapitovaného Poistenca je Poistovňa povinná oznámiť Poskytovateľovi vždy najneskôr pred začiatkom toho kalendárneho polroka, za ktorý bude Poskytovateľovi Doplnková kapitácia patriť.
- 9.6. Poskytovateľ, ktorý má nárok na úhradu Doplnkovej kapitácie je povinný na základe výzvy Poistovne 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).

X. VÝŠKA ÚHRADY ZA ZDRAVOTNÚ STAROSTLIVOSŤ V ŠPECIALIZAČNOM ODBORE GYNEKOLÓGIA A PÔRODNÍCTVO (GYN)

- 10.1. Poistovňa a Poskytovateľ sa v súlade so zákonom č. 18/1996 Z.z. o cenách v znení neskorších predpisov dohodli, že Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti úhradu podľa pravidiel uvedených v článku III., X. a XI. 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.
- 10.2. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za každého Poistenca vo veku najmenej 15 rokov, s ktorým mal Poskytovateľ k poslednému dňu kalendárneho mesiaca, za ktorý vykazuje poskytnutú zdravotnú starostlivosť, uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „Kapitovaný poistenec“), paušálnu mesačnú úhradu (ďalej len „Kapitácia“). Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli na výške Kapitácie tak, ako je uvedené v prílohe č. 9 Zmluvy (ďalej len „Cenník GYN“). Poistovňa hradí Poskytovateľovi iba pomernú časť Kapitácie s presnosťou na počet dní trvania dohody o poskytovaní

zdravotnej starostlivosti v príslušnom mesiaci, za ktorý Poskytovateľ vykazuje poskytnutú zdravotnú starostlivosť za Poistencov:

- a. s ktorými Poskytovateľ uzatvoril dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v priebehu príslušného mesiaca, ak Kapitovaný poistenec nemal v tom čase uzatvorenú žiadnu dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v rovnakom špecializačnom odbore,
 - b. s ktorými zanikla v priebehu príslušného mesiaca dohoda o poskytovaní zdravotnej starostlivosti inak ako písomným odstúpením,
 - c. ktorým vzniklo alebo zaniklo verejné zdravotné poistenie v priebehu príslušného mesiaca.
- 10.3. Pokiaľ Kapitovaný poistenec uzatvoril skôr dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti okrem Poskytovateľa aj s iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v rovnakom špecializačnom odbore ako Poskytovateľ, Poistovňa uhradí Poskytovateľovi Kapitáciu len v prípade zániku pôvodnej dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej medzi iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a Kapitovaným poistencom, a to od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po mesiaci, v ktorom došlo k odstúpeniu od dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej medzi iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a Kapitovaným poistencom. Poskytovatelia sú povinní na základe informácie Poistovne prostredníctvom kapitačného protokolu riešiť konfliktné prípady vzájomnou dohodou.
- 10.4. Pokiaľ má Poskytovateľ dočasne pozastavené povolenie alebo dočasne neobsadenú ambulanciu Poistovňa Kapitáciu počas tohto obdobia Poskytovateľovi nehradí. Poistovňa neuhradí Kapitáciu za dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti aj v prípade, ak Poskytovateľ oznámil ukončenie kódu lekára alebo kódu Poskytovateľa, na ktoré sú evidované dotknuté dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Poskytovateľ je povinný nahlasovať Poistovni mesačný výkaz prírastku a úbytku Poistencov aj podľa platných kódov lekárov a Poskytovateľov a nie len podľa platnosti dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Neobsadenou ambulanciou sa na účely tejto Zmluvy rozumie ambulancia na ktorú Poskytovateľ ukončil kód lekára a nenahlásil nový kód iného lekára.
- 10.5. Kapitácia zahŕňa úhradu za zdravotnú starostlivosť, ktorú Poskytovateľ poskytol Kapitovanému poistencovi, a náklady, ktoré Poskytovateľ vynaložil pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti Kapitovanému poistencovi. Kapitácia nezahŕňa:
- a. náklady na lieky, ktoré sú v Zozname kategorizovaných liekov (ďalej len „Zoznam liekov“) označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“, „AS“; v tomto prípade patrí Poskytovateľovi cena lieku, ktorý podal Poistencovi, vo výške ceny nadobudnutia tohto lieku, ktorá však nesmie byť vyššia ako cena lieku uvedená v Zozname liekov ako „úhrada zdravotnou poisťovňou“. Ak Poskytovateľ podá Poistencovi len časť balenia lieku, cena lieku podľa predchádzajúcej vety sa určí ako súčin ceny celého balenia lieku a podielu podaných kusov lieku a celkového počtu kusov lieku v balení;
 - b. úhradu za tie zdravotné výkony, ktoré Poskytovateľ vykonal pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia, ak sú tieto zdravotné výkony uvedené v Cenníku GYN;
 - c. úhradu za zdravotné výkony, ktoré Poskytovateľ vykonal pomocou zdravotníckej techniky, ktorá netvorí materiálno-technické vybavenie Poskytovateľa podľa kritérií na uzatvorenie zmluvy (článok 3.3.);
 - d. iné náklady a zdravotné výkony, pokiaľ to vyplýva zo všeobecne záväzných právnych predpisov alebo z Cenníka GYN.
- 10.6. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi úhradu za zdravotnú starostlivosť, ktorú poskytol:
- a. Kapitovanému poistencovi ako zdravotný výkon, ktorý nie je podľa bodu 10.5. Zmluvy zahrnutý v Kapitácii;
 - b. Poistencovi, ktorý nie je Kapitovaným poistencom, ako neodkladnú zdravotnú starostlivosť;
 - c. Poistencovi, ktorý nie je Kapitovaným poistencom, pomocou zdravotníckej techniky;
 - d. za podmienok uvedených v článku IX. VZP poistencovi Európskej únie;
 - e. za podmienok určených v článku X. VZP poistencovi poisťovne Highmark.

Úhrada podľa predchádzajúcej vety sa vypočíta ako násobok príslušnej jednotkovej ceny bodu uvedenej v Cenníku GYN a bodového vyjadrenia hodnoty zdravotného výkonu uvedeného v rozhodnutí Ministerstva zdravotníctva SR o regulácii ceny v oblasti cien výrobkov, služieb a výkonov v zdravotníctve účinného vždy v čase, keď bol vykonaný zdravotný výkon.

- 10.7. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že Poskytovateľ poskytne zdravotnú starostlivosť podľa bodu 10.6. písm. a. a c. Zmluvy maximálne do finančného objemu vo výške uvedenej v Cenníku GYN (ďalej len „Finančný objem“), pokiaľ z pravidiel uvedených v bodoch 10.8. až 10.10. Zmluvy nevyplýva vyššia hodnota Finančného objemu. Finančný objem je dohodnutý na kalendárny mesiac. Do Finančného objemu sa nezahŕňa zdravotná starostlivosť poskytnutá pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia a zdravotné výkony a iné náklady uvedené v Cenníku GYN.
- 10.8. Pokiaľ Poskytovateľ poskytol Poistencom počas kalendárneho mesiaca zdravotnú starostlivosť v rozsahu nižšom ako Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac, potom platí, že Finančný objem na bezprostredne nasledujúci kalendárny mesiac sa zvyšuje o nedočerpaný Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac (t.j. zvyšuje sa o rozdiel medzi Finančným objemom na aktuálny kalendárny mesiac a hodnotou zdravotnej starostlivosti poskytnutej Poistencom v aktuálnom kalendárnom mesiaci).
- 10.9. Pokiaľ Poskytovateľ poskytol Poistencom počas kalendárneho mesiaca zdravotnú starostlivosť v rozsahu vyššom ako Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac, rozdiel medzi výškou úhrady za zdravotnú starostlivosť a Finančným objemom na aktuálny kalendárny mesiac (ďalej len „Prečerpanie objemu“) Poistovňa uhradí Poskytovateľovi v nasledujúcich kalendárnych mesiacoch, v ktorých Poskytovateľ Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 9.8. Zmluvy) nedočerpá.
- 10.10. Poskytovateľ berie na vedomie, že Poistovňa pri úhrade Prečerpania objemu postupuje tak, aby celková výška úhrady za zdravotnú starostlivosť podľa bodu 10.7. Zmluvy v kalendárnom mesiaci nepresiahla Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 10.8. Zmluvy). Poskytovateľ ďalej berie na vedomie, že zvýšenie Finančného objemu o nedočerpaný Finančný objem podľa bodu 10.8. Zmluvy a úhrada Prečerpania objemu podľa bodu 10.9. Zmluvy sú možné len v rámci jedného kalendárneho roka, a to toho kalendárneho roka, v ktorom Poskytovateľ Finančný objem nedočerpal alebo prečerpal.
- 10.11. Poskytovateľ je po overení totožnosti a poistného vzťahu poistenca s Poistovňou oprávnený poskytovať poistencom Poistovne zdravotnú starostlivosť pozostávajúcu z výkonov telemedicíny, ktoré sú uvedené v Prílohe č. 9 (Cenník GYN). Poskytovateľ je pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti pozostávajúcej z výkonov telemedicíny povinný overiť totožnosť poistenca a jeho poistný vzťah s Poistovňou predovšetkým na základe rodného čísla a/alebo identifikačného čísla poistenca, prostredníctvom informačného systému Poskytovateľa, elektronickej pobočky Poistovne, na webovom sídle Poistovne, alebo telefonicky na zákaznickej linke Poistovne.
- 10.12. Poskytovateľ berie na vedomie, že Poistovňa bude pri úhrade zdravotnej starostlivosti pozostávajúcej z výkonov telemedicíny v zmysle bodu 10.11. tohto článku Zmluvy poskytnutej poistencovi uvedenému v zozname dlžníkov, postupovať v súlade so zákonom 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. Informáciu o tom, či je poistenec uvedený v zozname dlžníkov a či má poistenec právo na úhradu aj inej ako neodkladnej zdravotnej starostlivosti si Poskytovateľ overí prostredníctvom informačného systému Poskytovateľa, elektronickej pobočky Poistovne, alebo na webovom sídle Poistovne.

XI. DODATKOVÁ KAPITÁCIA GYN

- 11.1. Poistovňa sa za podmienok dohodnutých v tomto článku zaväzuje spolu s Kapitáciou uhradiť Poskytovateľovi za každého Kapitovaného poistenca dodatkovú paušálnu mesačnú úhradu (ďalej len „Dodatková kapitácia“).
- 11.2. Poistovňa z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v tabuľke označenej ako „Parametre pre výpočet dodatkovej kapitácie“, ktorá je súčasťou Cenníka GYN.
- 11.3. Poistovňa použije pre zistenie a výpočet hodnoty parametra uvedeného v tabuľke podľa bodu 11.2. Zmluvy údaje za štyri po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky, z ktorých posledný kalendárny štvrťrok bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva výpočet. Pre výpočet parametra Dostupnosť zdravotnej starostlivosti sa použije stav k poslednému dňu sledovaného obdobia podľa predchádzajúcej vety.
- 11.4. Poistovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov uvedený v tabuľke podľa bodu 11.2. Zmluvy týmto spôsobom:
 - a. Poistovňa zistí každý z parametrov za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí poskytujú ambulanciu zdravotnú starostlivosť v rovnakom špecializačnom odbore ako Poskytovateľ;
 - b. Poistovňa zoradí hodnoty parametrov zistené za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti vzostupne;

- c. Poisťovňa neprihliada na hodnoty parametrov tých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí v poradí podľa písm. b. dosiahli 20 % najnižších hodnôt a 20 % najvyšších hodnôt;
- d. Poisťovňa z hodnôt parametrov zistených u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti s výnimkou tých, na ktorých hodnoty parametrov neprihliada podľa písm. c., vypočíta strednú hodnotu (priemer) a hodnotu štandardnej odchýlky.
- 11.5. Poisťovňa vypočíta hodnotiaci kapitačný koeficient Poskytovateľa (ďalej aj „HKK“) podľa vzorca:
- $$HKK = h_1 \times v_1 + h_2 \times v_2 + h_3 \times v_3 + h_4 \times v_4 + h_5 \times v_5 + h_6 \times v_6,$$
- kde h_1 až h_6 je hodnota príslušného parametra zistená z tabuľky podľa bodu 11.2. Zmluvy, pričom sa použije hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „*pod pásmom*“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je nižšia ako jeho stredná hodnota znížená o hodnotu štandardnej odchýlky (bod 11.4. písm. d. Zmluvy), alebo hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „*v pásme*“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je vyššia alebo rovná jeho strednej hodnote zníženej o hodnotu štandardnej odchýlky, avšak zároveň nižšia alebo rovná jeho strednej hodnote zvýšenej o hodnotu štandardnej odchýlky, alebo hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „*nad pásmom*“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je vyššia ako jeho stredná hodnota zvýšená o hodnotu štandardnej odchýlky, a v_1 až v_6 je váha príslušného parametra zistená z tabuľky podľa bodu 11.2. Zmluvy. V prípade, ak parameter nemá v tabuľke podľa bodu 11.2. Zmluvy uvedené plnenie v pásmach, určí sa jeho splnenie podľa toho či Poskytovateľ dosiahol, alebo nedosiahol podmienky uvedené v danom parametri.
- 11.6. Výška Dodatkovej kapitácie sa vypočíta ako násobok základu pre výpočet Dodatkovej kapitácie uvedeného v Cenníku GYN a HKK. Dodatková kapitácia sa zaokrúhli matematicky na šesť desatinných miest. Takto zistená Dodatková kapitácia patrí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti počas kalendárneho polroka nasledujúcom po výpočte podľa bodu 11.3. a nasl. Zmluvy, a to počnúc druhým kalendárnym polrokom trvania tejto Zmluvy. Poisťovňa je povinná vypočítať a oznámiť Poskytovateľovi výšku Dodatkovej kapitácie vždy najneskôr pred začiatkom kalendárneho polroka, v ktorom bude Poskytovateľovi Dodatková kapitácia patriť.
- 11.7. Do skončenia toho kalendárneho polroka, v ktorom Zmluva nadobudla účinnosť v prvý deň kalendárneho polroka, sa použije ako HKK číslo uvedené v tabuľke podľa bodu 11.2. Zmluvy. V prípade, ak Zmluva nadobudne účinnosť neskôr ako prvým dňom daného kalendárneho polroka, HKK podľa predchádzajúcej vety sa použije aj v kalendárnom polroku bezprostredne nasledujúcom po kalendárnom polroku, v ktorom Zmluva nadobudla účinnosť, ak Poskytovateľ nemal pred účinnosťou Zmluvy uzatvorenú s Poisťovňou zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s obdobným vecným rozsahom zdravotnej starostlivosti, aký sa dohodol v Zmluve.

XII. VÝŠKA ÚHRADY ZA ŠPECIALIZOVANÚ AMBULANTNÚ ZDRAVOTNÚ STAROSTLIVOSŤ (ŠAS) A ZDRAVOTNÚ STAROSTLIVOSŤ POSKYTOVANÚ V ZARIADENIACH SPOLOČNÝCH VYŠETROVACÍCH A LIEČEBNÝCH ZLOŽIEK (SVLZ)

- 12.1. Poisťovňa a Poskytovateľ sa v súlade so zákonom č. 18/1996 Z.z. o cenách v znení neskorších predpisov dohodli, že Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti úhradu podľa pravidiel uvedených v článku III., XII. a XIII. 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.
- 12.2. Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi za všetky zdravotné výkony, ktoré počas zúčtovacieho obdobia vykonal pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti Poistencom, úhradu za zdravotnú starostlivosť podľa tohto článku. Právo Poisťovne vykonať kontrolu poskytovania zdravotnej starostlivosti a neuhradiť úhradu za zdravotné výkony, ktoré neboli vykázané správne, pravdivo a úplne, tým nie je dotknuté.
- 12.3. Úhrada za zdravotnú starostlivosť sa vypočíta ako násobok príslušnej jednotkovej ceny bodu uvedenej v prílohe č. 10 Zmluvy a vypočítanej podľa článku XIII. Zmluvy (ďalej len „Cenník výkonov“) a bodového vyjadrenia hodnoty zdravotného výkonu uvedeného v rozhodnutí Ministerstva

zdravotníctva SR o regulácii ceny v oblasti cien výrobkov, služieb a výkonov v zdravotníctve účinného vždy v čase, keď bol vykonaný zdravotný výkon (ďalej len „Zoznam výkonov s bodovým ohodnotením“).

12.4. Pokiaľ Poskytovateľ podal Poistencovi liek, ktorý je v Zozname kategorizovaných liekov (ďalej len „Zoznam liekov“) označený v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“, „AS“ patrí Poskytovateľovi cena lieku vo výške ceny nadobudnutia tohto lieku, ktorá však nesmie byť vyššia ako cena lieku uvedená v Zozname liekov ako „úhrada zdravotnou poisťovňou“. Ak Poskytovateľ podal Poistencovi len časť balenia lieku, cena lieku podľa predchádzajúcej vety sa určí ako súčin ceny celého balenia lieku a podielu podaných kusov lieku a celkového počtu kusov lieku v balení.

12.5. Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že Poskytovateľ poskytne Poistencom:

- a. špecializovanú ambulatnú starostlivosť v špecializačných odboroch „zubné lekárstvo“, „čelústná ortopédia“ a „maxilofaciálna chirurgia“ spočívajúcu vo vykonaní akýchkoľvek zdravotných výkonov a vo vynaložení nákladov na zhotovenie alebo obstaranie Stomatologickej zdravotníckej pomôcky;
- b. špecializovanú ambulatnú starostlivosť spočívajúcu vo vykonávaní výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek a vo vynaložení nákladov na lieky označené v Zozname liekov v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“, „AS“ a na materiál uvedený v bode 3.13. Zmluvy, ak boli tieto náklady vynaložené v súvislosti s výkonmi podľa tohto písmena,

maximálne do finančných objemov uvedených v Cenníku výkonov (ďalej len „Finančný objem“), pokiaľ z pravidiel uvedených v bodoch 12.7. až 12.9. Zmluvy nevyplýva vyššia hodnota Finančného objemu. Finančný objem je dohodnutý na kalendárny mesiac. Do Finančného objemu sa nezahŕňa zdravotná starostlivosť poskytnutá iným osobám, ako sú poistenci Poisťovne, a zdravotné výkony a iné náklady uvedené v Cenníku výkonov.

12.6. Pokiaľ Poskytovateľ poskytol Poistencom počas kalendárneho mesiaca zdravotnú starostlivosť v rozsahu nižšom ako Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac, potom platí, že Finančný objem na bezprostredne nasledujúci kalendárny mesiac sa zvyšuje o nedočerpaný Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac (t.j. zvyšuje sa o rozdiel medzi Finančným objemom na aktuálny kalendárny mesiac a hodnotou zdravotnej starostlivosti poskytnutej Poistencom v aktuálnom kalendárnom mesiaci).

12.7. Pokiaľ Poskytovateľ poskytol Poistencom počas kalendárneho mesiaca zdravotnú starostlivosť v rozsahu vyššom ako Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac, rozdiel medzi výškou úhrady za zdravotnú starostlivosť a Finančným objemom na aktuálny kalendárny mesiac (ďalej len „Prečerpanie objemu“) Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi v nasledujúcich kalendárnych mesiacoch, v ktorých Poskytovateľ Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 12.7. Zmluvy) nedočerpá.

12.8. Poskytovateľ berie na vedomie, že Poisťovňa pri úhrade Prečerpania objemu postupuje tak, aby celková výška úhrady za zdravotnú starostlivosť v kalendárnom mesiaci nepresiahla Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 12.7. Zmluvy). Poskytovateľ ďalej berie na vedomie, že zvýšenie Finančného objemu o nedočerpaný Finančný objem podľa bodu 12.7. Zmluvy a úhrada Prečerpania objemu podľa bodu 12.8. Zmluvy sú možné len v rámci jedného kalendárneho roka, a to toho kalendárneho roka, v ktorom Poskytovateľ Finančný objem nedočerpá alebo prečerpá.

12.9. Poskytovateľ je po overení totožnosti a poistného vzťahu poistenca s Poisťovňou oprávnený poskytovať poistencom Poisťovne zdravotnú starostlivosť pozostávajúcu z výkonov telemedicíny, ktoré sú uvedené v Prílohe č. 10 (Cenník výkonov). Poskytovateľ je pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti pozostávajúcej z výkonov telemedicíny povinný overiť totožnosť poistenca a jeho poistný vzťah s Poisťovňou predovšetkým na základe rodného čísla a/alebo identifikačného čísla poistenca, prostredníctvom informačného systému Poskytovateľa, elektronickej pobočky Poisťovne, na webovom sídle Poisťovne, alebo telefonicky na zákazníckej linke Poisťovne.

12.10. Poskytovateľ berie na vedomie, že Poisťovňa bude pri úhrade zdravotnej starostlivosti pozostávajúcej z výkonov telemedicíny v zmysle bodu 12.9. tohto článku Zmluvy poskytnutej poistencovi uvedenému v zozname dlžníkov, postupovať v súlade so zákonom 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. Informáciu o tom, či je poistenec uvedený v zozname dlžníkov a či má poistenec právo na úhradu aj inej ako neodkladnej zdravotnej starostlivosti si Poskytovateľ overí prostredníctvom informačného systému Poskytovateľa, elektronickej pobočky Poisťovne, alebo na webovom sídle Poisťovne.

XIII. HODNOTIACI KOEFICIENT

- 13.1. V prípade, ak je pre niektoré výkony stanovená v Cenníku výkonov základná a zvýhodnená cena bodu, je výsledná cena bodu závislá od plnenia parametrov Kvality, Efektívnosti a Inovácií a vypočíta sa spôsobom podľa tohto článku Zmluvy.
- 13.2. Poistovňa z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v tabuľkách označených ako „Parametre Kvality a Inovácií“ a „Parametre Efektívnosti“, ktoré sú súčasťou Cenníka výkonov.
- 13.3. Poistovňa použije pre zistenie a výpočet hodnoty každého parametra uvedeného v tabuľke „Parametre Kvality, Efektívnosti a Inovácií“ údaje za dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky, z ktorých posledný kalendárny štvrťrok bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva výpočet (ďalej len „Sledované obdobie“).
- 13.4. Poistovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov Kvality a Inovácií, ktorý je uvedený v tabuľke podľa bodu 13.3. Zmluvy tak, že zistí či Poskytovateľ v Sledovanom období dosiahol príslušnú hranicu stanovenú pre splnenie daného parametra.
- 13.5. Poistovňa vypočíta výsledné plnenie parametrov a určí Koeficient Kvality a Inovácií Poskytovateľa (ďalej aj „KKI“) podľa vzorca:

$$KKI = h_1 \times v_1 + h_2 \times v_2 + h_3 \times v_3 + h_4 \times v_4 + h_5 \times v_5 + h_6 \times v_6,$$

kde h_1 až h_6 sú hodnoty parametra zistené z tabuľky podľa bodu 13.3. Zmluvy,

a v_1 až v_6 sú váhy príslušného parametra zistené z tabuľky podľa bodu 13.3. Zmluvy,

$$KKI^* = h_1 \times v_1 + h_2 \times v_2 + h_3 \times v_3 + h_4 \times v_4 + h_5 \times v_5 + h_6 \times v_6 + h_7 \times v_7$$

kde h_1 až h_7 sú hodnoty parametra zistené z tabuľky podľa bodu 13.3. Zmluvy,

a v_1 až v_7 sú váhy príslušného parametra zistené z tabuľky podľa bodu 13.3. Zmluvy.

**platí pre odbornosť 050 Diabetológia*

- 13.6. Poistovňa z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v tabuľke označenej ako „Parametre Efektívnosti“, ktorá je súčasťou Cenníka výkonov.
- 13.7. Poistovňa použije pre zistenie a výpočet hodnoty každého parametra uvedeného v tabuľke podľa bodu 13.6. Zmluvy údaje vždy pre príslušný špecializačný odbor podľa prílohy č. 1, a to za dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky, z ktorých posledný kalendárny štvrťrok bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva výpočet.
- 13.8. Poistovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov uvedený v tabuľke podľa bodu 13.6. Zmluvy týmto spôsobom:
- Poistovňa zistí každý z parametrov za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí poskytujú ambulatnú zdravotnú starostlivosť v rovnakom špecializačnom odbore ako Poskytovateľ;
 - Poistovňa zoradí hodnoty parametrov zistené za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti vzostupne;
 - Poistovňa neprihliada na hodnoty parametrov tých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí v poradí podľa písm. b. dosiahli 20 % najnižších hodnôt a 20 % najvyšších hodnôt;
 - Poistovňa z hodnôt parametrov zistených u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti s výnimkou tých, na ktorých hodnoty parametrov neprihliada podľa písm. c., vypočíta strednú hodnotu (priemer) a hodnotu štandardnej odchýlky.
- 13.9. Poistovňa vypočíta Koeficient Efektívnosti Poskytovateľa (ďalej aj „KE“) podľa vzorca:

$$KE = h_1 \times v_1 + h_2 \times v_2,$$

kde h_1 až h_2 je hodnota príslušného parametra zistená z tabuľky podľa bodu 13.6. Zmluvy, pričom sa použije hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „*pod pásmom*“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je nižšia ako jeho stredná hodnota znížená o hodnotu štandardnej odchýlky (bod 13.8. písm. d. Zmluvy), alebo hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „*v pásme*“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je vyššia alebo rovná jeho strednej hodnote zníženej o hodnotu štandardnej odchýlky, avšak zároveň nižšia alebo rovná jeho strednej hodnote zvýšenej o hodnotu štandardnej odchýlky, alebo hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „*nad pásmom*“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je vyššia ako jeho stredná hodnota zvýšená o hodnotu štandardnej odchýlky, a v_1 až v_2 je váha príslušného parametra zistená z tabuľky podľa bodu 13.6. Zmluvy.

13.10. Výška ceny bodu sa vypočíta podľa nasledujúceho vzorca

$$CB=(ZvCB - ZCB) * (KKI+KE) + ZCB, \text{ kde}$$

CB je výsledná cena bodu

ZCB je základná cena bodu

ZvCB je zvýhodnená cena bodu

13.11. Výsledná cena sa zaokrúhli matematicky na šesť desatinných miest. Takto zistená výsledná cena bodu patrí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti počas kalendárneho polroka nasledujúcom po výpočte podľa tohto článku Zmluvy. Poisťovňa je povinná vypočítať a oznámiť Poskytovateľovi výslednú cenu bodu vždy najneskôr pred začiatkom toho kalendárneho polroka, za ktorý bude Poskytovateľovi výsledná cena výkonov patriť. V prípade, ak priemerný počet vykázaných bodov na jedného ošetrovaného Poistenca počas sledovaného obdobia vzrastie o viac ako 10% v porovnaní s predchádzajúcim sledovaným obdobím, uplatní sa u Poskytovateľa základná cena bodu. Takto určená cena bodu patrí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti počas kalendárneho polroka nasledujúcom po výpočte podľa tohto článku Zmluvy.

13.12. Do skončenia toho kalendárneho polroka, v ktorom Zmluva nadobudla účinnosť v prvý deň kalendárneho polroka, sa ako Koeficient Kvality a Inovácií a Koeficient Efektívnosti (KKI+KE) pre jednotlivé špecializačné odbory podľa Prílohy č. 1 uplatnia údaje uvedené podľa bodu 13.13. Zmluvy, alebo údaje písomne oznámené Poskytovateľovu najneskôr ku dňu nadobudnutia účinnosti Zmluvy. V prípade, ak zmluva nadobudne účinnosť neskôr ako prvým dňom daného kalendárneho polroka, uplatní sa KKI + KE podľa predchádzajúcej vety aj v kalendárnom polroku bezprostredne nasledujúcom po kalendárnom polroku, v ktorom Zmluva nadobudla účinnosť, ak Poskytovateľ nemal pred účinnosťou Zmluvy uzatvorenú s Poisťovňou zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s obdobným vecným rozsahom zdravotnej starostlivosti, aký sa dohodol v Zmluve.

13.13. Zmluvné strany sa dohodli, že v prechodnom období podľa bodu 13.12. Zmluvy sa uplatní Koeficient Kvality a Inovácií a Koeficient Efektívnosti (KKI+KE) vo výške **69%**. Výsledná výška úhrady za výkony vypočítaná podľa tohto článku je:

Cena bodu	Hodnota v €
pri iných zdravotných výkonoch ako uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“, pokiaľ z ďalších položiek v tejto tabuľke nevyplýva iná cena bodu	0,033639
pri zdravotných výkonoch: 60 (450 bodov); 62 (290 bodov); 63 (230 bodov) v iných špecializačných odboroch ako: 001, 004, 060, 104, 154	0,033639
pri zdravotných výkonoch: 60 (620 bodov); 62 (400 bodov), 63 (310 bodov) v špecializačných odboroch: 001, 004, 060, 104, 154	0,033639

XIV. ÚČINNOSŤ ZMLUVY

14.1. Zmluva nadobúda účinnosť prvým dňom kalendárneho mesiaca bezprostredne nasledujúceho po jej zverejnení na webovom sídle Poisťovne. V prípade, že má zákonom uloženú povinnosť zverejniť Zmluvu aj Poskytovateľ, Zmluva nadobúda účinnosť nasledujúcim dňom po zverejnení Zmluvy oboma zmluvnými stranami; pre určenie účinnosti Zmluvy je rozhodujúci okamih, kedy si povinnosť zverejniť Zmluvu splní v poradí prvá zmluvná strana.

XV. ELEKTRONICKÁ KOMUNIKÁCIA

15.1. Poisťovňa a Poskytovateľ sa v súlade s ust. § 7 ods. 20 Zákona o zdravotných poisťovniach dohodli, že Poskytovateľ prostredníctvom svojho softvéru poskytne Poisťovni kompletne spracovaný elektronický záznam obsahujúci údaje uvedené na lekárskom predpise, resp. poukaze čo najskôr po predpísaní Lieku Poistencom. Elektronický záznam podľa predchádzajúcej vety Poskytovateľ poskytuje za účelom výkonu analytickej, poradenskej a kontrolnej činnosti Poisťovne a vedenia účtu Poistenca.

15.2. Ak Poskytovateľ disponuje softvérovým vybavením, ktoré umožňuje zaslanie údajov uvedených na žiadosti o laboratórne a zobrazovacie vyšetrenia (ďalej len „žiadanka“) v elektronickej podobe, zaväzuje

sa Poskytovateľ zaslal Poisťovni elektronický záznam obsahujúci údaje uvedené na žiadanke v rozsahu stanovenom Metodickým usmernením č. 5/2015 o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou (ďalej len „Metodické usmernenie“) čo najskôr po obdržaní alebo po vyhotovení žiadanky. Poisťovňa vyhlasuje, že bude v plnej miere akceptovať elektronickú formu zaslaných údajov a

- a. nebude od Poskytovateľa vyžadovať žiadanky v listinnej podobe podľa článku VII. bod 7.15 VZP,
- b. nevyhotovenie žiadanky v listinnej forme nie je možné považovať za porušenie článku IV. bod 4.2. VZP.

- 15.3. Ak Poskytovateľ disponuje softvérovým vybavením, ktoré umožňuje zaslanie údajov uvedených na žiadanke v elektronickej podobe, zaväzuje sa Poskytovateľ poskytovať výpisy zo zdravotnej dokumentácie podľa ust. § 24 ods. 3 Zákona o zdravotnej starostlivosti oprávneným osobám priebežne a elektronicky.
- 15.4. Ak Poskytovateľ disponuje softvérovým vybavením, ktoré umožňuje zaslanie dočasného elektronického záznamu o poskytnutej zdravotnej starostlivosti Poisťovni elektronicky, zaväzuje sa Poskytovateľ zaslal dočasný elektronický záznam o poskytnutej zdravotnej starostlivosti v rozsahu stanovenom Metodickým usmernením čo najskôr po poskytnutí zdravotnej starostlivosti. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností a vzhľadom na informatívny charakter dočasného elektronického záznamu Zmluvné strany konštatujú, že zaslaním dočasného elektronického záznamu nie je dotknutá povinnosť Poskytovateľa vykazať poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súlade a postupom podľa VZP a zároveň, že zaslaním dočasného elektronického záznamu nevzniká Zmluvným stranám akýkoľvek nárok, právo alebo povinnosť vo vzťahu k vykázaniu a zúčtovaniu zdravotnej starostlivosti.
- 15.5. Poisťovňa v spolupráci s Poskytovateľom a dodávateľom informačného systému Poskytovateľa vyvinie maximálne úsilie vedúce k tomu, aby bola informácia o tom, či bola žiadanka vyhotovená poskytovateľom, ktorý má s Poisťovňou uzatvorenú platnú a účinnú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, o poistnom vzťahu Poistenca voči Poisťovni a o tom, či je Poistenec uvedený v zozname dlžníkov, sprístupnená priamo v informačnom systéme Poskytovateľa.
- 15.6. Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že ak to softvérové vybavenie Poskytovateľa umožní, Poisťovňa sprístupní Poskytovateľovi pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti informáciu o tom, či existuje akákoľvek prekážka, ktorá by bránila úhrade zdravotnej starostlivosti zo strany Poisťovne. Pre vylúčenie pochybností Zmluvné strany konštatujú, že poskytnutím informácie podľa predchádzajúcej vety nie je dotknuté právo Poisťovne vykonať kontrolu podľa § 9 a nasl. Zákona o zdravotných poisťovniach a podľa článku VII. VZP.
- 15.7. Ak Poskytovateľ disponuje softvérovým vybavením, ktoré umožňuje priamu elektronickú komunikáciu s elektronickou pobočkou a zároveň Poisťovňa určí typy dokumentov, ktoré je možné doručovať prostredníctvom tohto prepojenia, zaväzujú sa zmluvné strany pre doručenie dokumentu využiť túto formu. Typy dokumentov, ktoré je možné zasielať Poisťovni prostredníctvom priameho prepojenia softvérového vybavenia Poskytovateľa s elektronickou pobočkou určí Poisťovňa v pravidlách elektronickej komunikácie. Zmluvné strany sa dohodli, že elektronická verzia doručeného dokumentu v plnej miere nahrádza jeho listinnú formu. Pre doručenie dokumentu prostredníctvom softvérového vybavenia Poskytovateľa platí obdobne bod 12.4. VZP.
- 15.8. Ak Poskytovateľ disponuje softvérovým vybavením, ktoré umožňuje priamu elektronickú komunikáciu s elektronickou pobočkou a zároveň Poisťovňa určí typy zúčtovacích dokladov, ktoré je možné doručovať prostredníctvom tohto prepojenia, zaväzujú sa zmluvné strany pre doručenie zúčtovacieho dokladu využiť túto formu. Typy zúčtovacích dokladov, ktoré je možné zasielať Poisťovni prostredníctvom priameho prepojenia softvérového vybavenia Poskytovateľa s elektronickou pobočkou určí Poisťovňa v pravidlách elektronickej komunikácie. Poskytovateľ sa zaväzuje zasielať zúčtovacie doklady podľa tohto bodu priebežne, bez zbytočného odkladu po poskytnutí zdravotnej starostlivosti. Povinnosť zaslal Poisťovni zúčtovacie doklady podľa článku V. VZP tým nie je dotknutá. Pre doručenie zúčtovacieho dokladu prostredníctvom softvérového vybavenia Poskytovateľa platí obdobne bod 12.4. VZP.
- 15.9. Poskytovateľ a Poisťovňa sa v súlade s § 7 ods. 20 Zákona o zdravotných poisťovniach dohodli, že Poskytovateľ je za účelom správneho poskytnutia zdravotnej starostlivosti oprávnený si od Poisťovne vyžiadať v nevyhnutnom rozsahu údaje o poskytnutej zdravotnej starostlivosti poistencovi Poisťovne, vrátane údajov uvedených v žiadankách na vyšetrovania spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, v elektronických žiadankách na vyšetrovania spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, v preskripčných záznamoch, v dispenzačných záznamoch, lekárskech predpisoch, lekárskech poukazoch v rozsahu

ustanovenom osobitným predpisom, ktoré Poistovnía eviduje vo svojom informačnom systéme vo vzťahu ku konkrétnemu poistencovi Poistovnía, alebo si tieto údaje overiť v Poistovní. Poskytovateľ a Poistovnía zároveň berú na vedomie, že vyžiadanie, ako aj vyžiadané údaje, sa poskytujú elektronicky z informačného systému Poistovnía a z informačného systému Poskytovateľa, v ktorých sú spracovávané.

- 15.10. V prípade, ak sa akýkoľvek údaj uvedený v elektronickom zázname podľa bodu 15.1. až 15.8. ukáže ako nepravdivý, neúplný, nepresný alebo nesprávny, Poskytovateľ sa zaväzuje bez zbytočného odkladu takýto údaj uviesť do súladu so skutočným stavom prostredníctvom svojho softvéru.
- 15.11. V záujme oboch zmluvných strán je zvyšovať kvalitu a efektívnosť poskytovanej zdravotnej starostlivosti za súčasného hospodárneho a efektívneho vynakladania zdrojov verejného zdravotného poistenia a to aj prostredníctvom komunikácie Poistovnía s lekármi Poskytovateľa vo veciach týkajúcich sa poskytnutej a/alebo vykázananej zdravotnej starostlivosti, ktorú títo lekári poskytli v mene Poskytovateľa poistencom Poistovnía (ďalej aj len „projekt“). Poskytovateľ vyhlasuje, že lekárov, ktorí poistencom Poistovnía poskytujú v jeho mene zdravotnú starostlivosť poveril, aby v jeho mene v rámci projektu komunikovali s Poistovníou záležitosti týkajúce sa poskytnutej a/alebo vykázananej zdravotnej starostlivosti, ktorú títo lekári poskytli v mene Poskytovateľa poistencom Poistovnía (ďalej len „poverení lekári“). Poskytovateľ súčasne udeľuje Poistovní súhlas, aby povereným lekárom v rámci projektu zasielala a/alebo sprístupňovala prehľady poskytnutej a/alebo vykázananej zdravotnej starostlivosti, ktorú títo poverení lekári poskytli poistencom Poistovnía v mene Poskytovateľa. Kontaktné údaje poverených lekárov za účelom realizácie projektu doručí Poskytovateľ Poistovní najneskôr pri uzavretí Zmluvy, prípadne ich od poverených lekárov zozbiera Poistovnía, k čomu Poskytovateľ udeľuje Poistovní súhlas; o možnosti zozbierania kontaktných údajov poverených lekárov Poistovníou je Poskytovateľ povinný poverených lekárov informovať.

XVI. PRIJÍMANIE ÚHRADY DLŽNÉHO POISTNÉHO

- 16.1. Poskytovateľ a Poistovnía sa dohodli, že v prípade, ak Poistenec, ktorý je dlžníkom v zmysle ust. § 9 ods. 2 Zákona zdravotnom poistení prejaví záujem o úhradu dlžného poistného môže sa Poskytovateľ s Poistencom dohodnúť na prijatí úhrady od Poistenca a to za podmienok uvedených v tomto článku.
- 16.2. Dohoda Poskytovateľa a Poistenca podľa bodu 16.1. tohto článku je možná iba v prípade, ak i) Poistenec bude ochotný uhradiť dlžné poistné v celej výške, t.j. vo výške, v akej bude ku dňu prijatia platby Poistovníou sprístupnená v informačnom systéme Poskytovateľa a zároveň ii) Poistenec udeľí Poskytovateľovi v súlade s NARIADENÍM EURÓPSKEHO PARLAMENTU A RADY (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) (ďalej len „GDPR“) písomný súhlas so spracúvaním osobných údajov, ktoré Poskytovateľ poskytne Poistovní a Poistovnía Poskytovateľovi za účelom spracovania úhrady Poistenca a odstránení Poistenca zo zoznamu dlžníkov.
- 16.3. Poistovnía za týmto účelom splnomocňuje Poskytovateľa v zmysle ust. § 31 a nasl. zákona č. 40/1964 Zb. Občianskeho zákonníka na prijatie úhrady dlžného poistného od Poistenca, ktorý je dlžníkom podľa ust. § 9 ods. 2 Zákona o zdravotnom poistení, v mene a na účet Poistovnía. Poskytovateľ je oprávnený úhradu dlžného poistného zadržať u seba a to až do momentu najbližšieho zúčtovania poskytnutej zdravotnej starostlivosti a vykázať Poistovní celkovú sumu prijatých úhrad dlžného poisteného za Zúčtovacie obdobie prostredníctvom svojho informačného systému.
- 16.4. Zmluvné strany sa dohodli, že pri úhrade poskytnutej zdravotnej starostlivosti sa započíta pohľadávka Poistovnía za vykázané úhrady dlžného poistného prijaté Poskytovateľom s pohľadávkou Poskytovateľa za poskytnutú zdravotnú starostlivosť počas Zúčtovacieho obdobia. V prípade, ak bude voči Poskytovateľovi uplatnená zmluvná pokuta podľa článku VIII. VZP, vykoná sa započítanie tak, že najskôr sa voči pohľadávke Poskytovateľa započíta pohľadávka Poistovnía titulom uplatnenej zmluvnej pokuty.
- 16.5. Poistovnía sa zaväzuje nahradiť Poskytovateľovi náklady vynaložené v súvislosti s prijatím úhrady podľa tohto článku. Zmluvné strany sa dohodli na paušálnej náhrade, ktorá predstavuje 1% zo sumy každej úhrady, najmenej však 3,- €. Zmluvné strany sa dohodli, že paušálna náhrada bude započítaná s pohľadávkou Poistovnía za vykázané úhrady dlžného poistného prijaté Poskytovateľom. Započítanie podľa tohto bodu sa vykoná pred započítaním podľa bodu 16.4. Zmluvy.

XVII. ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA

- 17.1. Na Poskytovateľa sa nevzťahujú tie ustanovenia Zmluvy o povinnostiach pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti a o úprave úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť, ktoré upravujú poskytovanie a úhradu zdravotnej starostlivosti v tých špecializačných odboroch, na ktoré sa nevzťahuje povolenie na poskytovanie zdravotnej starostlivosti uvedené v bode 1.2. Zmluvy.
- 17.2. Neoddeliteľnou súčasťou tejto Zmluvy je:
- a. príloha č. 1, ktorá obsahuje zoznam špecializačných odborov podľa bodu 1.2. Zmluvy;
 - b. príloha č. 2, ktorá obsahuje kritériá na uzatvorenie zmluvy podľa bodu 2.1. Zmluvy;
 - c. príloha č. 3, ktorá obsahuje vzory formulárov preukazujúcich vykonanie preventívnych prehliadok podľa bodu 3.2. písm. c. Zmluvy;
 - d. príloha č. 4, ktorá obsahuje zoznam zdravotníckej techniky a zoznam zdravotných výkonov podľa bodu 3.3. Zmluvy;
 - e. príloha č. 5, ktorá obsahuje zoznam špecializovaných nemocníc a liečební a vzor žiadosti o ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti podľa bodu 3.7. Zmluvy;
 - f. príloha č. 6, ktorá obsahuje zoznam kategorizovaného materiálu a nekategorizovaného materiálu podľa bodu 3.13. Zmluvy ;
 - g. príloha č. 7 (Cenník VLD), ktorá obsahuje výšku Kapitácie podľa bodu 4.2. Zmluvy, zoznam zdravotných výkonov a iných nákladov, ktoré podľa bodu 4.5. Zmluvy nie sú zahrnuté v Kapitácii, výšku Dodatkovej kapitácie podľa článku V. Zmluvy a výšku Doplnkovej kapitácie podľa článku VI. Zmluvy.
 - h. príloha č. 8 (Cenník VLDD), ktorá obsahuje výšku Kapitácie podľa bodu 7.2. Zmluvy, zoznam zdravotných výkonov a iných nákladov, ktoré podľa bodu 7.5. Zmluvy nie sú zahrnuté v Kapitácii a pripočítateľné položky vzťahujúce sa k výkonom podľa článku VIII., výšku Doplnkovej kapitácie podľa článku IX. Zmluvy.
 - i. príloha č. 9 (Cenník GYN), ktorá obsahuje výšku Kapitácie podľa bodu 10.2. Zmluvy, zoznam zdravotných výkonov a iných nákladov, ktoré podľa bodu 10.5. Zmluvy nie sú zahrnuté v Kapitácii, tabuľku s parametrami pre výpočet Dodatkovej kapitácie podľa bodu 11.2. Zmluvy a základ pre výpočet Dodatkovej kapitácie podľa bodu 11.6. Zmluvy.
 - j. príloha č. 10 (Cenník výkonov), ktorá obsahuje výšku jednotkovej ceny bodu podľa bodu 12.2. Zmluvy a zoznam zdravotných výkonov podľa bodu 12.3. Zmluvy, jednotkovú cenu výkonu, tabuľky s parametrami Kvality, Efektívnosti a Inovácií.
- 17.3. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že v prípade zásadného poklesu disponibilných zdrojov v sektore verejného zdravotného poistenia pristúpia zmluvné strany bezodkladne k rokovaniu o úprave zmluvných a cenových podmienok.
- 17.4. Poistovňa aj Poskytovateľ sa zaväzujú v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti informovať poistencov Poistovne vždy korektne, pravdivo a neskreslene o skutočnostiach vyplývajúcich zo Zmluvy, VZP a platných právnych predpisov.
- 17.5. Neoddeliteľnou súčasťou rovnopisu tejto Zmluvy určeného pre Poskytovateľa sú VZP účinné od 1. apríla 2012. V prípade, ak Poskytovateľ s Poistovňou uzavrel pre účinnosťou Zmluvy zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, VZP sú mu známe a sú zverejnené na webovom sídle Poistovne v sekcii: „Poskytovateľ - Zmluvné vzťahy“.
- 17.6. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že prvá veta bodu 4.19. VZP sa použije len v prípade, ak by náklady na biomedicínsky výskum u Poskytovateľa mali byť čo i len čiastočne hrazené z verejného zdravotného poistenia.
- 17.7. Pre prípad, že Ministerstvo zdravotníctva SR rozhodne čo i len čiastočne o zrušení regulácie cien výrobkov, služieb a výkonov v oblasti zdravotníctva, Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že zdravotné výkony, ktorých bodová hodnota nevyplýva z rozhodnutia Ministerstva zdravotníctva SR, budú ocenené takou bodovou hodnotou, akú upravovalo posledné účinné rozhodnutie Ministerstva zdravotníctva SR.
- 17.8. Ak Poskytovateľ na základe zanikajúcej zmluvy doručil Poistovni zmeny v zozname lekárov podľa príslušných ustanovení VZP, považuje sa to za splnenie povinnosti podľa bodu 1.3. Zmluvy.
- 17.9. Poistovňa sa podľa zákona č. 315/2016 Z. z. o registri partnerov verejného sektora a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o RPVS“) zapisuje do registra partnerov verejného sektora (ďalej len „register“). Poskytovateľ, ktorý prijíma na základe Zmluvy

finančné prostriedky alebo plnenie od Poistovne, ktoré jednorazovo presiahnu sumu 100 000,00 € alebo v kalendárnom roku v úhrne presiahnu sumu 250 000,00 € je povinný byť najmenej počas doby platnosti Zmluvy registrovaný v registri a plniť všetky povinnosti, ktoré Poskytovateľovi zo zákona o RPVS vyplývajú. Poskytovateľ berie na vedomie oprávnenia, ktoré Poistovni priznáva § 15 a 23 zákona o RPVS v prípade nesplnenia povinností Poskytovateľom, ktorými sú právo odstúpiť od Zmluvy a skutočnosť, že Poistovňa sa nedostane do omeškania splnením pri neuhradení úhrady Poskytovateľovi podľa VZP. Poistovňa o skutočnosti neuhradenia úhrady podľa predchádzajúcej vety Poskytovateľa informuje v lehote splatnosti faktúry dohodnutej vo VZP.

17.10. Poistovňa aj Poskytovateľ vyhlasujú, že si Zmluvu aj VZP prečítali, ich obsahu porozumeli a na znak toho, že obsah Zmluvy aj VZP zodpovedá ich skutočnej a slobodnej vôli, túto Zmluvu podpísali.

V Trnave, dňa 28. februára 2023

DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s.
Ing. Peter Sýkora, MPH
regionálny riaditeľ nákupu zdravotnej
starostlivosti

Zdravá župa, s. r. o.

□

ZOZNAM ŠPECIALIZAČNÝCH ODBOROV

(podľa bodu 1.2 Zmluvy)

Názov PZS:

Zdravá župa, s. r. o.

Špecializačný odbor	Druh poskytovanej zdravotnej starostlivosti					
	VLD	VLDD	GYN	Zubné lekárstvo	ŠAS	SVLZ
Všeobecné lekárstvo pre dospelých (020201)	áno	-	-		-	-
Kardiológia (049201)	-	-	-	-	áno	-

Kritériá na uzatvorenie zmluvy s Poskytovateľom podľa bodu 2.1. Zmluvy

Názov kritéria <i>Popis kritéria</i>	Váha kritéria (%)
Zabezpečenie dostupnosti zdravotnej starostlivosti Dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre poistenca najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľov.	20
Personálne vybavenie zdravotníckeho zariadenia Poskytovanie zdravotnej starostlivosti je zabezpečené osobami, ktoré spĺňajú podmienky na výkon zdravotníckeho povolania alebo samostatnej zdravotníckej praxe v príslušnom odbore v počte najmenej na úrovni stanovenej všeobecne záväznými právnymi predpismi.	20
Materiálno-technické vybavenie zdravotníckeho zariadenia Materiálno-technické vybavenie pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti je najmenej na úrovni stanovenej všeobecne záväznými právnymi predpismi.	20
Parametre efektivity a kvality Jednotnými ukazovateľmi sú: náklady na lieky, zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny, náklady na vyšetrenie SVALZ, počet vyšetrení na unikátneho poistenca, kontrola predpísaných liekov elektronicky	20
Využívanie elektronických služieb (inovácií) Využívanie: eRecept, eZúčtovanie, eLAB, návrhy online	10
Úväzky Pracovný úväzok lekára poskytujúceho zdravotnú starostlivosť u poskytovateľa je minimálne vo výške 0,8 lekárskeho miesta.	10

Poisťovňa uzatvára zmluvu v prípade, že poskytovateľ spĺňa stanovené kritériá aspoň vo výške 75 %.

Poznámka:

Pokiaľ nie je niektoré z kritérií možné vyhodnotiť, kritérium sa posudzuje individuálne.

Preventívna prehliadka pre dospelých v zmysle platnej legislatívy

Meno a priezvisko poistenca: _____

Rodné číslo _____

Dátum poslednej preventívnej prehliadky: _____

Anamnéza:

Subjektívne: bez ťažkostí popis ťažkostí: _____

Prekonané choroby (aké a kedy): _____

Škodlivé návyky: _____

Kontrola očkovania (kedy naposledy, aké očkovanie, odporúčenie očkovania): _____

RA: závažné ochorenia rodičov, manžela (manželky), detí (kedy a v akom veku): _____

Objektívne vyšetrenie (patologické nálezy):

Habitus, postoj, chôdza, stav výživy, rozloženie tuku, koža:

Hlava: _____

Krk: _____

Hrudník: _____

Pulmo: _____

Cor: _____

Abdomen: _____

Urogenitálny aparát (u mužov a per rectum vyšetrenie): _____

Pohybový aparát: _____

Výška: _____ cm Hmotnosť _____ kg Teplota _____ °C FW _____

TK: _____ mmHg PF: _____ /min Moč chem.: _____

EKG (nad 40 rokov): _____

V štyridsiatom roku života: celkový cholesterol: _____ triaglyceridy: _____

U jedincov nad päťdesiat rokov a u mladších jedincov s pozitívnou RA karcinómu hrubého čreva alebo konečníka vyšetrenie stolice na okultné krvácanie: _____

Iné potrebné vyšetrenie: _____

Rozsah laboratórnych vyšetrení určený zákonom č. 577/2004 je uvedený v prílohe č. 1.

Záver preventívnej prehliadky:

Odporúčenie:

Preventívnu prehliadku vykonal:

V _____ dňa: _____

praktický lekár pre dospelých

(pečiatka a podpis lekára)

Potvrdzujem, že som údaje v anamnéze uviedla úplne a pravdivo, že som bola informovaný o výsledku preventívnej prehliadky a nutnosti dodržiavať doporučený postup a že som bol poučený, že ďalšia preventívna prehliadka sa vykoná o dva roky.

_____ podpis poistenca

Z|105876|1|72OPLK000423

Preventívna prehliadka pre deti od 5 rokov a dorast

v zmysle platnej legislatívy

Meno a priezvisko poistenca: _____

Rodné číslo: _____

Dátum poslednej preventívnej prehliadky: _____

Anamnéza:

Prekonané choroby: _____

Hospitalizácie: _____

Alergie: _____

Dispenzár: _____

Predchádzajúce očkovanie: úplné neúplné: _____

Objektívne vyšetrenie:

Výška: _____ cm Váha: _____ kg TK: _____ mmHg

Habitus: *normostenický* *hyperstenický* *astenický*

Držanie tela: *správne* *chybné* *skolióza*

Koža: *čistá* *ekzém*

Psychomotorický vývoj: *primeraný veku* *zaostáva*

Zrak: _____ Farby: *rozlišuje* *nerozlišuje*

Sluch: _____

Pulmo: *eupnoe* *dyspnoe* *vedľ. fenomény*

Cor: *AS pravidelná* *AS nepravidelná* *šelest*

Brucho: _____

Genitál: _____ Končatiny: : _____

Zaradenie do kolektívu: *áno* *nie*

Očkovanie v rámci prehliadky:

DiTePer *DiTe* *Polio* *MMR* *Tetanus* *HB*

Iné _____ *neuskutočnené* *dôvod:* _____

Záver preventívnej prehliadky:

dieťa zdravé

dieťa odoslané do poradne: *nie*

áno

Preventívnu prehliadku vykonal:

V _____ dňa _____

praktický lekár pre deti (dorast)
(podpis a pečiatka)

Potvrdzujem, že som údaje v anamnéze uviedol úplne a pravdivo, že som bol informovaný o výsledku preventívnej prehliadky a o nutnosti dodržiavať doporučený postup a že som bol poučený, že ďalšia preventívna prehliadka sa vykoná o dva roky.

podpis zákonného zástupcu
(poistenca)

Preventívna gynekologická prehliadka

v zmysle platnej legislatívy

Meno a priezvisko poistenca: _____

Rodné číslo _____

Dátum poslednej preventívnej prehliadky: _____

Anamnéza:

Prekonané choroby: _____

Prekonané operácie: _____

Škodlivé návyky: _____

fajčenie: _____

Gynekologická anamnéza

Menštruačný cyklus _____

dní

PM: _____

Pôrody: _____

UPT: _____

Ab sp: _____

HAK: _____

Komplexné gynekologické vyšetrenie:

Inšpekcia a palpácia prsníkov a reg. LU: _____

Inšpekcia genitálií a vyšetrenie genitálií v speculách: _____

Bimanuálne palpačné vyšetrenie: _____

Vyšetrenie per rectum: _____

Kolposkopia: _____

Cytologia endocervix _____

exocervix: _____

MICR (MOP): _____

USG prsníkov a reg. LU: _____

MMG: _____

USG vyšetrenie vagin. Sondou: _____

Rozsah laboratórnych vyšetrení určený zákonom č. 577/2004 v znení neskorších predpisov je uvedený v prílohe č. 2.

Záver preventívnej prehliadky:

Doporučenie:

Preventívnu prehliadku vykonal:

V _____

dňa: _____

pečiatka a podpis lekára

Potvrdzujem, že som údaje v anamnéze uviedla úplne a pravdivo, že som bola informovaná o výsledku preventívnej prehliadky a nutnosti dodržiavať doporučený postup a že som bola poučená, že ďalšia preventívna prehliadka sa vykoná o jeden rok.

_____ podpis poistenca

Zoznam zdravotníckej techniky a zdravotných výkonov podľa bodu 3.3. Zmluvy

Poskytovateľ je oprávnený pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti používať zdravotnícku techniku a vykazovať zdravotné výkony uvedené v Zozname výkonov s bodovou hodnotou, s výnimkou výkonov vykonávaných zdravotníckou technikou uvedených v nasledujúcej tabuľke.

Poskytovateľ je oprávnený vykazovať výkony vykonávané pomocou zdravotníckej techniky uvedenej v nasledujúcej tabuľke, len v rozsahu výkonov v nej uvedených.

Názov prístroja	Kódy zdravotných výkonov
Počítačový tomograf	
Magnetická rezonancia	
Mamograf	
Pozitrónový emisný tomograf	
PCR analyzátor	
Osteodenzitometer celotelový	
EKG	
USG (GYN)	

Iné výkony vykonávané zdravotníckou technikou neuvedené v predchádzajúcej tabuľke, je Poskytovateľ oprávnený vykazovať len s predchádzajúcim písomným súhlasom Poistovne.

Zoznam špecializovaných nemocníc a liečební

Názov	Mesto	Adresa
Národné rehabilitačné centrum	Kováčová	Slnečná 1

ŽIADOSŤ o ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti
v špecializovaných nemocniciach a liečebniach

Názov a sídlo liečebného zariadenia.....

.....

Meno poistenca:.....tel.

Rodné číslo:.....BydliskoPSČ.....

Medicínske odôvodnenie návrhu:

Anamnéza:

.....

.....

Objektívne vyšetrenie:.....

.....

.....

Záver odborných vyšetrení a zhodnotenie vyšetrení SVLZ súvisiacich s navrhovanou liečbou:

.....

.....

.....

Epikríza:.....

.....

.....

Diagnostický záver (slovom)kód MKCH 10:.....

.....

Doterajšia ústavná a iná liečba (zdravotnícke zariadenie, oddelenie, časové obdobie, dg,

dekubity, atď.):

.....

.....

Údaj o fajčení:poistenec chodiaci, chodiaci pomocou barlí, na vozíku.....

Predpokladané obdobie liečby:

.....

Prílohy (uviesť poradové číslo a názov prílohy)

Dňa:

.....

riaditeľ zdrav. zariadenia

.....
primár oddelenia

.....

navrhujúci lekár

pečiatka a kód navrhujúceho lekára

I. Zoznam kategorizovaného materiálu podľa bodu 3.13. ZmluvyMateriál spotrebovaný priamo pri vyšetrení a liečbe **v spoločných vyšetrovacích a liečebných zložkách**

kód ZM	Názov ZM
-	-

II. Zoznam nekategorizovaného materiálu podľa bodu 3.13. ZmluvyMateriál spotrebovaný priamo pri vyšetrení a liečbe **v spoločných vyšetrovacích a liečebných zložkách**

Kód skupiny	Skupina ZM	Kód ZM	Názov druhu ZM	Max. cena
-	-	-	-	-

Cenník VLD

Výška kapitácie

<i>Označenie</i>	<i>Hodnota v €</i>	
Kapitácia za jedného Kapitovaného poistenca	do dovŕšenia 19. roku života	4,40
	od 19 rokov veku do dovŕšenia 27. roku života	2,83
	od 27 rokov veku do dovŕšenia 45. roku života	2,95
	od 45 rokov veku do dovŕšenia 51. roku života	3,06
	od 51 roku veku do dovŕšenia 53. roku života	3,33
	od 53 roku veku do dovŕšenia 57. roku života	3,99
	od 57 roku veku do dovŕšenia 61. roku života	4,29
	od 61 roku veku do dovŕšenia 64. roku života	4,57
	od 64 roku veku do dovŕšenia 68. roku života	5,01
	od 68 roku veku do dovŕšenia 72. roku života	5,42
	od 72 roku veku do dovŕšenia 87. roku života	5,97
	od 87 roku veku	5,89

Jednotková cena bodu

<i>Cena bodu</i>	<i>Hodnota v €</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)	0,07345
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

Doplnková kapitácia podľa článku VI. Zmluvy pre kapitovaných Poistencov

<i>Počet všetkých kapitovaných osôb</i>	<i>Výška príplatku v € podľa bodu 6.3. 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 nezahŕňa do kapitácie

Cena výkonu	Hodnota v €
4571a C – reaktívny proteín pre kapitovaných poistencov	5,00
<p>Výkon 10 - Rozbor a plánovanie cielených 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 kapitovaného pacienta s chronických 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 poistenec plánovaný na operáciu</p> <p>V prípade odoslania poistenca k špecialistovi (konziliárnemu lekárovi), ktorý vykoná predoperačné vyšetrenie, zdravotná poisťovňa poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súvislosti s predoperačným vyšetrením uhrádza v rámci kapitačnej platby za poistenca.</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 hrazená 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>5702Z - 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 poistencov 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 – PRIPOČÍTATEĽNÁ 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 €
<p>1b - Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky (160 bodov)*</p> <p>Popis výkonu (ďalej len „výkon“): Konzultácia s pacientom prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cielenú 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 vyplývajú 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 z online prostredia (časový údaj o realizácii telefonického rozhovoru, 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • výkon vykonáva lekár, klinický psychológ 	0,027
<p>11a - Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor) (210 bodov)*</p> <p>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 / vyšetrovaného orgánu pre pridanie do zdravotnej dokumentácie a obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cielenú 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • výkon vykonáva lekár 	0,027

<p>70 - Opätovné lekárske vystavenie receptov a (alebo) poukazov (40 bodov)</p> <p>Popis výkonu(ďalej len „výkon“):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronickou formou pre lieky/ zdravotné pomôcky, ktoré pacient užíva dlhšie ako 3 mesiace a nebola realizovaná zmena dávkovania lieku • Vykazovanie výkonu: • výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta • 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.</p> <p>Vykonávanie zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • výkon vykonáva lekár 	0,027
---	-------

*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 prístrojom typu POCT (Point of Care Testing) (s výnimkou CRP), prístrojom 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
	eLab	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

*Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že v prípade, ak Poistovňa umožní výmenu akéhokoľvek hodnotiaceho parametra za voliteľný parameter v zabezpečenej zóne Poskytovateľa na webovej stránke lekarom.dovera.sk, Poskytovateľ má právo hodnotiaci parameter nahradiť voliteľným parametrom, pričom zvolený voliteľný parameter sa uplatní pri najbližšom vyhodnotení parametrov kvality, efektivity a inovácií.

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 príjmov/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

*Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že v prípade, ak Poistovňa umožní výmenu akéhokoľvek hodnotiaceho parametra za voliteľný parameter v zabezpečenej zóne Poskytovateľa na webovej stránke lekarom.dovera.sk, Poskytovateľ má právo hodnotiaci parameter nahradiť voliteľným parametrom, pričom zvolený voliteľný parameter sa uplatní pri najbližšom vyhodnotení parametrov kvality, efektivity a inovácií.

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 %	$v_5 = 20 \%$

Cenník VLDD

Výška kapitácie

Označenie	Hodnota v €	
Kapitácia za jedného Kapitovaného poistenca	do dovŕšenia 1. roku života	--
	od 1 roku veku do dovŕšenia 2. roku života	--
	od 2 roku veku do dovŕšenia 7. roku života	--
	od 7 rokov veku do dovŕšenia 19. roku života	--
	od 19 rokov veku do dovŕšenia 27. roku života	--
	od 27 rokov do dovŕšenia 28. roku života	--

Jednotková cena bodu

Cena bodu	Hodnota v €
pri zdravotných výkonoch vykonaných pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia: 143, 143a, 144, 145, 145a, 146, 146a, 146b, 146c, 148, 148a, 148b, 148c, 149, 149a, 149b, 149c, 149d, 149f (poskytnutý držiteľovi preukazu ZŤP), 159b, 950, 953, 159a, 159x(počet bodov 180), 159z(počet bodov 180), 160 (počet bodov 390)	--
pri zdravotných výkonoch vykonaných pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia: 142	--
pri výkone očkovania: 252b, ktorý nie je zahrnutý v kapitácii	--
pri výkone 67 - (počet bodov 100) – príplatok pri sťaženom výkone do dovŕšenia piateho roku života pri výkone očkovania nutná kombinácia s výkonom 252b	--

Výkony Telemedicíny

Výkon	Cena bodu v €
<p>1b - Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky (160 bodov)*</p> <p>Popis výkonu (ďalej len „výkon“): Konzultácia s pacientom prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cielenú 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 vyplývajú 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 z online prostredia (časový údaj o realizácii telefonického rozhovoru, emailu a sms správy), popis zdravotného výkonu dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára; 	0,027

<ul style="list-style-type: none"> 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>	
<p>11a - Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor) (210 bodov)*</p> <p>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 / vyšetrovaného orgánu pre pridanie do zdravotnej dokumentácie a obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> cieľenú 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>	<p>0,027</p>
<p>70 - Opätovné lekárske vystavenie receptov a (alebo) poukazov (40 bodov)</p> <p>Popis výkonu(ďalej len „výkon“):</p> <ul style="list-style-type: none"> Vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronickou formou pre lieky/ zdravotné pomôcky, ktoré pacient užíva dlhšie ako 3 mesiace a nebola realizovaná zmena dávkovania lieku Vykazovanie výkonu: výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta 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.</p> <p>Vykonávanie zdravotného výkonu: výkon vykonáva lekár</p>	<p>0,027</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.

Finančný objem

Finančný objem na kalendárny mesiac podľa	Dolná hranica	Horná hranica
bod 8.12. Zmluvy	--€	--€

Zoznam zdravotných výkonov a iných nákladov, ktoré sa nezahŕňajú do finančného objemu

Zdravotné výkony a iné náklady, ktoré sa nezahŕňajú do finančného objemu podľa bodu 8.12. Zmluvy
Výkony, ktoré Poskytovateľ vykonal pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia
Náklady na lieky, ktoré sú v Zozname liekov označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“, „AS“
Výkon očkovania 252b , 67
Pripočítateľné položky k výkonu 8 alebo 4
Výkony 8, 4, 1, 250 vykázané pri zastupovaní iného poskytovateľa
Výkony, ktoré Poskytovateľ vykonal pre nekapitovaného poistenca podľa bodu 8.15 b) a c)
Výkony Telemedicíny

Výkony podľa článku VIII. Zmluvy		
8	Vyšetrenie všeobecným lekárom I	Komplexné vstupné vyšetrenie pacienta pri prevzatí do starostlivosti, alebo cieľné vyšetrenie osoby s akútnou chorobou alebo s akútnou exacerbáciou chronického ochorenia bez odoslania pacienta k špecialistovi, alebo predoperačné vyšetrenie. V prípade potreby vyšetrenia C-reaktívny proteín, sa toto vykazuje ako pripočítateľná položka k výkonu pod kódom "4571a"
4	Vyšetrenie všeobecným lekárom II	Cieľné vyšetrenie pacienta s akútnou chorobou alebo s akútnou exacerbáciou chronického ochorenia s odslaním pacienta k špecialistovi, alebo kontrolné vyšetrenie pacienta. V prípade potreby vyšetrenia C-reaktívny proteín, sa toto vykazuje ako pripočítateľná položka k výkonu pod kódom "4571a".
1	Vyhodnotenie sprievodnej zdravotnej dokumentácie, konzultácie.	Vyhodnotenie obsahuje: zhodnotenie laboratórnych výsledkov vo vzťahu k zdravotnému stavu a optimalizácii liečby s písomným záverom a odporúčaním, opakované vystavenie lekárskeho predpisu alebo lekárskeho poukazu na predpísanom tlačíve, poskytnutie odpovede lekára inému lekárovi, inému zdravotníckemu pracovníkovi alebo pacientovi na základe telefonickkej konzultácie.
250	Odbery, merania, injekcie, infúzie a ošetrenia v ambulancii všeobecného lekára pre deti a dorast	Odmeranie krvného tlaku manuálnym alebo automatickým manžetovým manometrom a odmeranie pulzovej frekvencie. Odmeranie telesnej teploty teplomerom. Meranie, váženie, meranie obvodu brucha a končatín. Odobratie venóznej krvi do uzavretého systému, odobratie vzorky stolice do predpísanej odberovej plastovej nádoby za vopred stanovených podmienok. Odobratie moču na kvantitatívne a kvalitatívne vyšetrenie, odobratie moču a vyšetrenie moču pomocou testovacích prúžkov. Lokálna aplikácia masti, pást alebo roztokov na kožu alebo sliznice. Nácvik prikladania novorodenca k prsníku matky. Posudzovanie váhového prírastku novorodenca s prípadným plánovaním vhodných intervencií. Príprava pomôcok, meranie a váženie detí. Edukácia šesťnedeľky, rodičov

		<p>dieťaťa alebo osôb, ktorým je dieťa zverené do starostlivosti.</p> <p>Edukácia rodičov a dieťaťa alebo osôb, ktorým je dieťa zverené do starostlivosti o ošetrovaní chorého dieťaťa alebo adolescenta v domácom prostredí.</p> <p>Aseptická príprava infúznej zmesi zmiešaním. Podávanie injekcií a infúzií. Kontrola miesta vpichu, funkčnosti katétra, výmena filtra, vrátane fixácie a preväzu.</p> <p>Preplach permanentného močového katétra, kontrola jeho funkčnosti, starostlivosť o jeho okolie. Dezinfekcia okolia, vyplnenie nerovnosti, výmena stomického setu, edukácia. Odborný nácvik potrebných výkonov pri ošetrovaní chorého v domácnosti.</p>
--	--	---

Pozn.: Poskytovateľ pri jednej návšteve vykazuje práve jeden výkon 8, 4, 1 alebo 250. V prípade kumulácie viacerých výkonov pri jednej návšteve sa vykáže ten najnáročnejší.

Základná a zvýhodnená cena výkonov podľa článku VIII. Zmluvy pre kapitovaných poistencov a pri zastupovaní iného poskytovateľa

Výkon	Základná cena (ZC) v €	Zvýhodnená cena (ZvC) v €
8	3,21	7,16
4	2,40	5,05
1	0,65	1,35
250	0,96	2,00

Cena výkonov podľa článku VIII. Zmluvy pre nekapitovaných poistencov

Výkon	Hodnota v €
8	--
4	--

Doplnková kapitácia podľa článku IX. Zmluvy pre kapitovaných Poistencov

Počet všetkých kapitovaných osôb	Výška príplatku v € podľa bodu 9.3. Zmluvy
0 - 1199	--
1200 - 1279	--
1280 - 1359	--
1360 - 1439	--
1440 - 1519	--
1520 - 1599	--
1600 a viac	--

Pripočítateľné položky k výkonom

Pripočítateľná položka „4571a“ k výkonom 8 a 4 za spotrebovaný materiál pri výkone C – reaktívny proteín pre kapitovaných poistencov	-- €
--	------

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
	Predpis ATB	I ₃ = celkové náklady na poskytovateľom predpísané ATB/ počet rizikovo vážených kapitovaných poistencov podľa veku a pohlavia
INOVÁCIE	eRecept	I ₄ = najmenej 75% Liekov predpísaných Poskytovateľom elektronicke poskytovateľom vydaných lekárske predpisov a lekárske poukazov
	eZúčtovanie	I ₅ = najmenej 75% zúčtovacích dokladov zasielaných a potvrdených elektronicke, a to prostredníctvom Elektronickej pobočky alebo zo softvéru Poskytovateľa
	eLab	I ₆ = najmenej 75% elektronicke žiadostí o vykonanie laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení odoslaných po zobrazení existujúcich žiadostí o vykonanie laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení
	NávrhyOnline	I ₇ = najmenej 10% návrhov na poskytnutie zdravotnej starostlivosti odoslaných elektronicke

*Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že v prípade, ak Poistovňa umožní výmenu akéhokoľvek hodnotiaceho parametra za voliteľný parameter v zabezpečenej zóne Poskytovateľa na webovej stránke lekarom.dovera.sk, Poskytovateľ má právo hodnotiaci parameter nahradiť voliteľným parametrom, pričom zvolený voliteľný parameter sa uplatní pri najbližšom vyhodnotení parametrov kvality, efektivity a inovácií.

Váhy pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h _n			V _n
	plnenie	Plnenie		
Subjektívna spokojnosť	0 %	100 %		V ₁ = 10 %
Bezpečná medikácia	0 %	100 %		V ₂ = 10 %
Predpis ATB	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	V ₃ = 10 %
	100 %	100 %	0 %	
eRecept	0 %	100 %		V ₄ = 5 %
eZúčtovanie	0 %	100 %		V ₅ = 5 %
eLab	0 %	100 %		V ₆ = 15 %
NávrhyOnline	0 %	100 %		V ₇ = 10 %

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 príjmov/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. (Sledované obdobie je 12 kalendárnych mesiacov)

*Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že v prípade, ak Poistovňa umožní výmenu akéhokoľvek hodnotiaceho parametra za voliteľný parameter v zabezpečenej zóne Poskytovateľa na webovej stránke lekarom.dovera.sk, Poskytovateľ má právo hodnotiaci parameter nahradiť voliteľným parametrom, pričom zvolený voliteľný parameter sa uplatní pri najbližšom vyhodnotení parametrov kvality, efektivity a inovácií.

Váhy a pásma pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h_n			v_n
	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	
Starostlivosť o pacienta	100 %	100 %	0 %	$v_1 = 15 \%$
Náklady na pacienta	100 %	100 %	0 %	$v_2 = 15 \%$
Preventívne prehliadky	0 %	100 %	100 %	$v_3 = 5 \%$

Cenník GYN**Výška kapitácie**

Označenie	Hodnota v €
Kapitácia za jedného Kapitovaného poistenca pri špecializovanej ambulantnej starostlivosti v špecializačnom odbore „gynekológia a pôrodníctvo“	--

Jednotková cena bodu

Cena bodu	Hodnota v €
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“	--
pri iných zdravotných výkonoch ako uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“	--
pri zdravotných výkonoch vykonaných pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia: 157, 102, 103, 105, 108 (max 4 krát počas fyziologického priebehu tehotenstva), 1070 (nutná kombinácia s výkonom 157)	--
Pri zdravotnom výkone 297 (50b) pri populačnom skríningu (vykazovanie s Dg. Z12.4; rovnaká diagnóza sa uvedie aj na žiadanke o cytologické vyšetrenie) Pri zdravotnom výkone 297 (50b) pri oportúnnom skríningu (Dg. Z01.4; rovnaká diagnóza sa uvedie aj na žiadanke o cytologické vyšetrenie)	--
pri zdravotných výkonoch: 5303, 5305, 5308	--
pri neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnutej inému ako Kapitovanému poistencovi	--

Výkony Telemedicíny

Výkon	Cena bodu v €
<p>1b - Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky (160 bodov)</p> <p>Popis výkonu (ďalej len „výkon“): Konzultácia s pacientom prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cielenú 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 odporúčení 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; 	0,027

<ul style="list-style-type: none"> súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj z online prostredia (časový údaj o realizácii telefonického rozhovoru, 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>	
<p>11a - Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor) (210 bodov)</p> <p>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 / vyšetrovaného orgánu pre prídanie do zdravotnej dokumentácie a obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> cieľnú 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>	<p>0,027</p>
<p>70 - Opätovné lekárske vystavenie receptov a (alebo) poukazov (40 bodov)</p> <p>Popis výkonu(ďalej len „výkon“):</p> <ul style="list-style-type: none"> Vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronickou 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 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.</p> <p>Vykonávanie zdravotného výkonu: výkon vykonáva lekár</p>	<p>0,027</p>

Finančný objem

Finančný objem na kalendárny mesiac podľa bodu 10.7. Zmluvy	-- €
---	------

Zoznam zdravotných výkonov a iných nákladov, ktoré sa nezahŕňajú do finančného objemu

Zdravotné výkony a iné náklady, ktoré sa nezahŕňajú do finančného objemu podľa bodu 10.7. Zmluvy
Náklady na lieky, ktoré sú v Zozname liekov označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“, „AS“
Výkony, ktoré Poskytovateľ vykonal pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia, výkony vykonané v súvislosti s populačným a oportúnnym skríningom
Výkony Telemedicíny

Parametre kvality a efektívnosti pre výpočet Dodatkovej kapitácie*

Názov a určenie hodnoty parametrov:

Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
Priemerný počet ošetrovaných poistencov za kalendárny mesiac	I_1 = počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť / počet kapitovaných poistencov
Vyšetrenia SVALZ	I_2 = počet bodov vlastných SVALZ zdravotných výkonov vykonaných bez objednania a objednaných SVALZ zdravotných výkonov vykonaných pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti poistencom / počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť – okrem vyšetrení vykonaných v súvislosti s preventívnou prehliadkou
Prevenčia karcinómu prsníka	I_3 = počet poistencov s vykonaným mamografickým alebo sonografickým vyšetrením prsníkov / počet kapitovaných poistencov v súlade s náplňou preventívnej prehliadky
Preventívne prehliadky	I_4 = počet kapitovaných poistencov s vykonanou preventívnou prehliadkou / počet kapitovaných poistencov
Dostupnosť zdravotnej starostlivosti	I_5 = aspoň jeden lekár s úväzkom u Poskytovateľa najmenej 0,8 lekárskeho miesta a zároveň ordinačný čas najmenej v rozsahu 30 hodín/týždeň
Subjektívna spokojnosť	I_6 = najmenej 6 dotazníkov vyplnených Kapitovanými poistencami Poskytovateľa

*Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že v prípade, ak Poistovňa umožní výmenu akéhokoľvek hodnotiaceho parametra za voliteľný parameter v zabezpečenej zóne Poskytovateľa na webovej stránke lekarom.dovera.sk, Poskytovateľ má právo hodnotiaci parameter nahradiť voliteľným parametrom, pričom zvolený voliteľný parameter sa uplatní pri najbližšom vyhodnotení parametrov kvality, efektivity a inovácií.

Váhy a pásma pre jednotlivé parametre:

Názov parametra	h_n			v_n
	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	
Priemerný počet ošetrovaných poistencov za kalendárny mesiac	0 %	100 %	100 %	$v_1 = 25 \%$
Vyšetrenia SVALZ	100 %	100 %	0 %	$v_2 = 15 \%$
Prevenčia karcinómu prsníka	0 %	100 %	100 %	$v_3 = 20 \%$
Preventívne prehliadky	0 %	100 %	100 %	$v_4 = 10 \%$
Dostupnosť zdravotnej starostlivosti	neplní	Plní		$v_5 = 15 \%$
	0%	100%		
Subjektívna spokojnosť	neplní	Plní		$v_6 = 15 \%$
	0%	100%		

Hodnota HKK podľa bodu 11.7. Zmluvy	71%
-------------------------------------	------------

Základ pre výpočet Dodatkovej kapitácie

<i>Gynekológia a pôrodnictvo</i>	<i>Hodnota v €</i>
Základná hodnota	--
Zvýhodnená hodnota pri splnení podmienky: Prístrojové vybavenie	--
Zvýhodnená hodnota pri splnení: Podmienok pre vznik nároku na zvýhodnenú dodatkovú kapitáciu okrem podmienky Prístrojové vybavenie	--
Zvýhodnená hodnota pri splnení: Podmienok pre vznik nároku na zvýhodnenú dodatkovú kapitáciu vrátane podmienky Prístrojové vybavenie	--

Podmienky pre vznik nároku na Zvýhodnenú hodnotu základu pre výpočet Dodatkovej kapitácie

<i>Názov podmienky</i>	<i>Kritériá pre splnenie podmienky</i>
E – recept	Zasielanie online preskripčných záznamov mesačne, najmenej 75% zo všetkých poskytovateľom vydaných lekárske predpisov a lekárske poukazov a aktívne využívanie elektronickej zdravotnej karty, liekovej knižky, alebo interakcií pacienta na vyžiadanie Poskytovateľa, ktoré sú zobrazované v softvéri Poskytovateľa

Poisťovňa je povinná vyhodnotiť následné splnenie podmienok a oznámiť Poskytovateľovi výšku základu pre výpočet Dodatkovej kapitácie vždy najneskôr pred začiatkom tých dvoch kalendárnych štvrtí, za ktoré bude Poskytovateľovi Dodatková kapitácia patriť.

Základná/Zvýhodnená hodnota sa použije ako základ pre výpočet dodatkovkej kapitácie od účinnosti Zmluvy **do 31.12.2023**.

Cenník výkonov

Cena bodu hodnota v €	Základná cena	Zvýhodnená cena
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačnom odbore fyziatra, balneológia a liečebná rehabilitácia	-	-
pri zdravotných výkonoch: 509a, 512, 513, 514a, 516, 518, 522, 523a, 530, 531, 532, 533a, 540, 541, 542 vykonaných v špecializačnom odbore fyziatra, balneológia a liečebná rehabilitácia	0,016527	-
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“, v ambulancii špecializačného odboru, pre ktorú nie je dohodnutý finančný objem v zmysle bodu 12.5. Zmluvy	0,009724	-
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“, v ambulancii špecializačného odboru, pre ktorú nie je dohodnutý finančný objem v zmysle bodu 12.5. Zmluvy: : 5300 (4250 bodov), 5301 (1500 bodov) v špecializačnom odbore :154	0,009724	-
pri iných zdravotných výkonoch ako uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“, v ambulancii špecializačného odboru, pre ktorú nie je dohodnutý finančný objem v zmysle bodu 12.5. Zmluvy	0,028058	0,036146
pri zdravotných výkonoch: 60 (450 bodov), 62 (290 bodov); 63 (230 bodov) v iných špecializačných odboroch ako: 001, 004, 104, 060, 154	0,028058	0,036146
pri zdravotných výkonoch: 60 (620 bodov), 62 (400 bodov), 63 (310 bodov) v špecializačných odboroch: 001, 004, 060, 104, 154	0,028058	0,036146
pri zdravotných výkonoch: 200 (80 bodov), 2100 (190 bodov), 2101 (240 bodov), 2106 (840 bodov) v špecializačnom odbore: 010	0,028058	0,036146
pri zdravotnom výkone 15D (150bodov) – Zhodnotenie RTG dokumentácie, ak nie je vykonané pracoviskom RTG, vrátane popisu v zdravotnej dokumentácii, pre odbornosti: 003, 004, 107, 108, 010, 011, 013, 014, 045, 114, 145, 156	0,0193	-
pri zdravotnom výkone 159c vykonanom lekárom so špecializáciou v špecializačnom odbore urológia	0,055	-
pri zdravotných výkonoch: 5793, 5794, 5795 v špecializačnom odbore: 004, 104	0,019866	-
pri zdravotnom výkone 819D (800 bodov) v špecializačnom odbore: 004, 104	0,028058	0,036146
pri zdravotných výkonoch: 65 (200 bodov), 66 (320 bodov), 67 (200 bodov), v špecializačnom odbore: 001, 004, 007, 010, 017, 040, 060, 063, 104, 105, 107, 108, 109, 114, 116, 140, 145, 153, 154, 155, 156, 163, 323, 329, 331, 335, 336, 341	0,028058	0,036146
pri zdravotných výkonoch: 820 (950 bodov), 821 (890 bodov), 822 (360 bodov), 825(470 bodov), 841 (2130 bodov), 847 (610 bodov), v špecializačnom odbore: 105, 005	0,028058	0,036146
pri zdravotných výkonoch: 3335 (90 bodov), 3337 (450 bodov), 3322 (130 bodov), 3323 (900), v špecializačnom odbore: 141	0,028058	0,036146

pri zdravotných výkonoch: 867 (1200 bodov), 869 (1200 bodov), v špecializačnom odbore: 144	0,028058	0,036146
pri zdravotných výkonoch: 735 (1500 bodov), 736 (1800 bodov), 737 (1800 bodov), 740 (2840 bodov), 741 (4940 bodov), 745 (4040 bodov), 745A (1200 bodov), 745B (2540 bodov), 746 (5840 bodov), 755 (2240 bodov), 756 (4340 bodov), 760 (5840 bodov), 761 (7340 bodov), 762 (8840 bodov), 763 (10340 bodov), 763A (11838 bodov), 360 (180 bodov), 361 (360 bodov), 363 (480 bodov), 364 (240 bodov), 365 (660 bodov), 366 (600 bodov), 367 (600 bodov) v špecializačnom odbore: 154	0,028058	0,036146
pri zdravotných výkonoch: 5766, 5769, 5770, 5771, 5772, v špecializačnom odbore: 003, 040, 156	0,01892	

Výkony Telemedicíny

Výkon	Cena bodu v €
<p>1b - Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky (190 bodov)</p> <p>Popis výkonu (ďalej len „výkon“): Konzultácia s pacientom prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cielenú 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 z online prostredia (časový údaj o realizácii telefonického rozhovoru, 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 v online prostredí (webová aplikácia, videohovor) (250 bodov)</p> <p>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 / vyšetrovaného orgánu pre pridanie do zdravotnej dokumentácie a obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cielenú 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 	0,027

<ul style="list-style-type: none"> • 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: Vykonávanie výkonu: výkon vykonáva lekár, neplatí pre zubno-lekársku zdravotnú starostlivosť</p>	
<p>70 - Opätovné lekárske vystavenie receptov a (alebo) poukazov (50 bodov)</p> <p>Popis výkonu(ďalej len „výkon“):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronickou formou pre lieky/ zdravotné pomôcky, ktoré pacient užíva dlhšie ako 3 mesiace a nebola realizovaná zmena dávkovania lieku • Vykazovanie výkonu: • výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta • 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.</p> <p>Vykonávanie zdravotného výkonu: výkon vykonáva lekár</p>	0,027
<p>1c – Krízová konzultácia psychiatrom a psychológom prostredníctvom elektronickej komunikácie (1200 bodov)</p> <p>Popis zdravotného výkonu (ďalej len „výkon“): Konzultácia s pacientom telefonicky alebo prostredníctvom elektronickej pošty alebo webovej aplikácie alebo videohovoru obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ciele anamnézu, • popis subjektívnych ťažkostí, • krízovú psychoterapeutickú intervenciu ako okamžité opatrenie pri akútnej psychickej dekompenzácii (napríklad pokus o samovraždu) • diagnostický záver, • poučenie o psychohygiene, • v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu • 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 osobnej prítomnosti pacienta • zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii • súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj z online prostredia, popis zdravotného výkonu v trvaní najmenej 45 minút, 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. • výkon sa vykazuje samostatne, najviac 1x za deň • opakované vykazovanie v jednom liečebnom prípade vyžaduje osobitné zdôvodnenie v zdravotnej dokumentácii <p>Vykonávanie výkonu : výkon vykonáva lekár so špecializáciou psychiatria, detská psychiatria, gerontopsychiatria a klinický psychológ</p>	0,027

Finančný objem

Finančný objem	Hodnota v €
podľa bodu 12.5. písm. a. Zmluvy	-----
podľa bodu 12.5. písm. b. Zmluvy	-----

Zoznam zdravotných výkonov a iných nákladov, ktoré sa nezahŕňajú do finančného objemu podľa bodu 12.5. Zmluvy

Náklady na lieky, ktoré sú v Zozname liekov označené v stĺpci „*spôsob úhrady*“ písmenom „A“, „AS“ pre stanovené finančné objemy podľa bodu 12.5. písm a. Zmluvy

Parametre Kvality a Inovácií*

	Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
KVALITA	Subjektívna spokojnosť	I ₁ = najmenej 6 dotazníkov vyplnených poistencami ošetrovanými u Poskytovateľa
	Bezpečná medikácia	I ₂ = najmenej jedno zobrazenie elektronickej liekovej knižky počas najmenej 90% ordinačných dní
INOVÁCIE	eRecept	I ₃ = najmenej 75% Liekov predpísaných Poskytovateľom elektronicke
	eZúčtovanie	I ₄ = najmenej 75% zúčtovacích dokladov zasielaných a potvrdených elektronicke, a to prostredníctvom Elektronickej pobočky alebo zo softvéru Poskytovateľa
	eLab	I ₅ = najmenej 75% elektronických žiadostí o vykonanie laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení odoslaných po zobrazení existujúcich žiadostí o vykonanie laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení
	NávrhyOnline	I ₆ = najmenej 10% návrhov na poskytnutie zdravotnej starostlivosti odoslaných elektronicke

*Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že v prípade, ak Poistovňa umožní výmenu akéhokoľvek hodnotiaceho parametra za voliteľný parameter v zabezpečenej zóne Poskytovateľa na webovej stránke lekarom.dovera.sk, Poskytovateľ má právo hodnotiaci parameter nahradiť voliteľným parametrom, pričom zvolený voliteľný parameter sa uplatní pri najbližšom vyhodnotení parametrov kvality, efektivity a inovácií.

Váhy pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h _n		v _n
	Neplní	plní	
Subjektívna spokojnosť	0 %	100 %	v ₁ = 10 %
Bezpečná medikácia	0 %	100 %	v ₂ = 15 %
eRecept	0 %	100 %	v ₃ = 10 %
eZúčtovanie	0 %	100 %	v ₄ = 10 %
eLab	0 %	100 %	v ₅ = 15 %
NávrhyOnline	0 %	100 %	v ₆ = 10 %

Parametre Kvality a Inovácií*

	Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
KVALITA	Subjektívna spokojnosť	I ₁ = najmenej 6 dotazníkov vyplnených poistencami ošetrovanými u Poskytovateľa
	Bezpečná medikácia	I ₂ = najmenej jedno zobrazenie elektronickej liekovej knižky počas najmenej 90% ordinačných dní
INOVÁCIE	Štandard liečby HbA _{1c}	I ₃ = najmenej 90% pacientov v kmeni, ktorí majú za rok od poslednej návštevy u diabetológa aspoň 1x odmeranú hladinu HbA _{1c}
	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
	eLab	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

*Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že v prípade, ak Poistovňa umožní výmenu akéhokoľvek hodnotiaceho parametra za voliteľný parameter v zabezpečenej zóne Poskytovateľa na webovej stránke lekarom.dovera.sk, Poskytovateľ má právo hodnotiaci parameter nahradiť voliteľným parametrom, pričom zvolený voliteľný parameter sa uplatní pri najbližšom vyhodnotení parametrov kvality, efektivity a inovácií.

Váhy pre jednotlivé parametre*

Názov parametra	h _n		v _n
	Neplní	plní	
Subjektívna spokojnosť	0 %	100 %	v ₁ = 10 %
Bezpečná medikácia	0 %	100 %	v ₂ = 5 %
Štandard liečby HbA _{1c}	0 %	100 %	v ₃ = 10 %
eRecept	0 %	100 %	v ₄ = 10 %
eZúčtovanie	0 %	100 %	v ₅ = 10 %
eLab	0 %	100 %	v ₆ = 15 %
NávrhyOnline	0 %	100 %	v ₇ = 10 %

*Platí pre odbornosť 050 Diabetológia

Parametre Efektívnosti*

	Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
EFEKTÍVNOSŤ	Kontakt	I_1 = počet ošetrení/počet unikátnych prepočítaných rodných čísiel (s výnimkou vybraných klinických výkonov a vstupných vyšetrení)
	Náklady na pacienta	I_2 = náklady na vlastné a indukované (ŠAS aj SVALZ) vyšetrenia vrátane pripočítateľných položiek, okrem výkonov vykonaných v súvislosti s preventívnou prehliadkou, a náklady na predpísané a odporúčané lieky, zdravotnícke pomôcky, dietetické potraviny, okrem očkovacích látok, rizikové váženie podľa veku a pohlavia (s výnimkou 2% najdrahších)

*Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že v prípade, ak Poistovňa umožní výmenu akéhokoľvek hodnotiaceho parametra za voliteľný parameter v zabezpečenej zóne Poskytovateľa na webovej stránke lekarom.dovera.sk, Poskytovateľ má právo hodnotiaci parameter nahradiť voliteľným parametrom, pričom zvolený voliteľný parameter sa uplatní pri najbližšom vyhodnotení parametrov kvality, efektivity a inovácií.

Váhy a pásma pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h_n			v_n
	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	
Kontakt	100 %	100 %	0 %	$v_1 = 10 \%$
Náklady na pacienta	100 %	100 %	0 %	$v_2 = 20 \%$

Parametre Kvality a Inovácií*

	Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
KVALITA	-	-
INOVÁCIE	eZúčtovanie	I ₁ = najmenej 75% zúčtovacích dokladov zasielaných a potvrdených elektronicky, a to prostredníctvom Elektronickej pobočky alebo zo softvéru Poskytovateľa

*Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že v prípade, ak Poistovňa umožní výmenu akéhokoľvek hodnotiaceho parametra za voliteľný parameter v zabezpečenej zóne Poskytovateľa na webovej stránke lekarom.dovera.sk, Poskytovateľ má právo hodnotiaci parameter nahradiť voliteľným parametrom, pričom zvolený voliteľný parameter sa uplatní pri najbližšom vyhodnotení parametrov kvality, efektivity a inovácií.

Váhy pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h _n		V _n
	neplní	Plní	
eZúčtovanie	0 %	100 %	v ₁ = 20 %

Parametre Efektívnosti*

Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
Počet bodov na poistenca pri psychoterapii	I ₁ = počet bodov vlastných zdravotných výkonov vykonaných bez objednania poskytovateľom špecializovanej ambulancie a objednaných pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti poistencom pri psychoterapii/ počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť
Počet bodov na poistenca pri psychodiagnostike	I ₂ = počet bodov vlastných zdravotných výkonov vykonaných bez objednania poskytovateľom špecializovanej ambulancie a objednaných pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti poistencom pri psychodiagnostike/ počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť
Počet vyšetrení na jedného poistenca pri psychoterapii	I ₃ = počet vyšetrení psychoterapie/ počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť pri psychoterapii
Počet vyšetrení na jedného poistenca pri psychodiagnostike	I ₄ = počet vyšetrení psychodiagnostiky/ počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť pri psychodiagnostike

*Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že v prípade, ak Poistovňa umožní výmenu akéhokoľvek hodnotiaceho parametra za voliteľný parameter v zabezpečenej zóne Poskytovateľa na webovej stránke lekarom.dovera.sk, Poskytovateľ má právo hodnotiaci parameter nahradiť voliteľným parametrom, pričom zvolený voliteľný parameter sa uplatní pri najbližšom vyhodnotení parametrov kvality, efektivity a inovácií.

Váhy a pásma pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h_n			v_n
	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	
Počet bodov na poistenca pri psychoterapii	75 %	100 %	0 %	$v_1 = 25 \%$
Počet bodov na poistenca pri psychodiagnostike	75 %	100 %	0 %	$v_2 = 15 \%$
Počet vyšetrení na jedného poistenca pri psychoterapii	100 %	100 %	0 %	$v_3 = 25 \%$
Počet vyšetrení na jedného poistenca pri psychodiagnostike	100 %	100 %	0 %	$v_4 = 15 \%$

Parametre Kvality a Inovácií*

	Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
KVALITA	-	-
INOVÁCIE	eZúčtovanie	I ₁ = najmenej 75% zúčtovacích dokladov zasielaných a potvrdených elektronicky, a to prostredníctvom Elektronickej pobočky alebo zo softvéru Poskytovateľa

*Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že v prípade, ak Poistovňa umožní výmenu akéhokoľvek hodnotiaceho parametra za voliteľný parameter v zabezpečenej zóne Poskytovateľa na webovej stránke lekarom.dovera.sk, Poskytovateľ má právo hodnotiaci parameter nahradiť voliteľným parametrom, pričom zvolený voliteľný parameter sa uplatní pri najbližšom vyhodnotení parametrov kvality, efektivity a inovácií.

Váhy pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h _n		V _n
	neplní	Plní	
eZúčtovanie	0 %	100 %	v ₁ = 20 %

Parametre Efektívnosti*

Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
Počet bodov na poistenca za ambulantné výkony	I ₁ = počet bodov vlastných ambulantlych zdravotných výkonov vykonaných bez objednania poskytovateľom špecializovanej ambulancie a objednaných ambulantlych zdravotných výkonov vykonaných pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti poistencom/ počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť – okrem vyšetrení vykonaných v súvislosti s preventívnou prehliadkou
Počet vyšetrení na jedného poistenca	I ₂ = počet vyšetrení / počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť

*Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že v prípade, ak Poistovňa umožní výmenu akéhokoľvek hodnotiaceho parametra za voliteľný parameter v zabezpečenej zóne Poskytovateľa na webovej stránke lekarom.dovera.sk, Poskytovateľ má právo hodnotiaci parameter nahradiť voliteľným parametrom, pričom zvolený voliteľný parameter sa uplatní pri najbližšom vyhodnotení parametrov kvality, efektivity a inovácií.

Váhy a pásma pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h _n			V _n
	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	
Počet bodov na poistenca	100 %	100 %	0 %	v ₁ = 40 %
Počet vyšetrení na jedného poistenca	100 %	100 %	0 %	v ₂ = 40 %