

**DODATOK č.15**  
**K ZMLUVE O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI**  
**č. 77NSP1000517**

uzatvorenej 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, zákona č. 513/1991 Zb. Obchodný zákonník v znení neskorších predpisov a zákona č. 18/1996 Z. z. o cenách v znení neskorších predpisov (ďalej len „Zmluva“) medzi zmluvnými stranami:

Zdravotná poisťovňa:

**DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s.**

so sídlom Einsteinova 25, 851 01 Bratislava

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

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

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

(ďalej len „Poisťovňa“)

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti:

Obchodné meno / Priezvisko, meno a titul:	<b>Lubovnianska nemocnica, n. o.</b>
IČO / registračné číslo:	37886851
DIČ, IČ DPH:	2022057565
Sídlo / Miesto trvalého pobytu:	Obrancov mieru 3, 064 01 Stará Lubovňa
Zápis v registri (iba v prípade takéhoto zápisu):	Krajský úrad v Prešove, číslo OVVS-119/2005-NO

(ďalej len „Poskytovateľ“)

## I. ÚVODNÉ USTANOVENIE

- 1.1. Poisťovňa a Poskytovateľ sa v súlade s ustanoveniami Všeobecných zmluvných podmienok pre zdravotnú starostlivosť (ďalej len „VZP“) dohodli na zmene Zmluvy.
- 1.2. Poisťovňa a Poskytovateľ pri uzatváraní tohto dodatku k Zmluve (ďalej len „Dodatok“) vychádzajú z predpokladu, že pre účely pokrytia zvýšených nákladov Poskytovateľa v súvislosti so mzdovými nárokmi zdravotníckych pracovníkov, ktoré sú upravené zákonom č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov zabezpečí Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky navýšenie finančných prostriedkov pre tento účel vo forme zvýšenia sadzby poistného pre štát.
- 1.3. Poisťovňa a Poskytovateľ uvedomujú si dôležitosť naplnenia účelu zákona a zohľadňujú požiadavky Poskytovateľa dohodli na úprave Zmluvy, ktorá spočíva aj v dohode o zvýšení úhrad za poskytnutú ústavnú zdravotnú starostlivosť za ďalej dohodnutých podmienok.

## II. OBSAH DODATKU

2.1. Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli na zmene bodu 5.2. nasledovne:

„5.2. *Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi za ústavnú starostlivosť poskytnutú Poistencom EÚ v zmysle článku IX. VZP a poistencom poisťovne HIGHMARK v zmysle článku X. VZP úhradu za podmienok stanovených v článku XIV. a XV. Zmluvy, pričom úhrada za Hospitalizačný prípad na DRG relevantných oddeleniach podľa článku XV. Zmluvy sa určí súčinom základnej sadzby, platnej v čase začiatku Hospitalizačného prípadu a efektívnej relatívnej váhy daného Hospitalizačného prípadu. K úhrade za Hospitalizačný prípad určenej podľa predchádzajúcej vety sa pripočíta úhrada za pripočítateľné položky poskytnuté v rámci Hospitalizačného prípadu za podmienok, ako je uvedené*

v bode 15.15. Zmluvy. Úhrada za Hospitalizačné prípady podľa tohto bodu Zmluvy zahŕňa aj úhradu podľa bodov 15.7. až 15.12. Zmluvy, ktoré sa použijú primerane. Úhrada za Hospitalizačné prípady podľa tohto bodu Zmluvy je zároveň fakturovaná a uhrádzaná spôsobom podľa bodu 15.5. Zmluvy, ktorý sa použije primerane.“

2.2. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli na zmene bodu 5.3. nasledovne:

„5.3. Na účely výpočtu úhrady za ústavnú starostlivosť podľa predchádzajúceho bodu sa zmluvné strany dohodli na pevnej sume základnej sadzby vo výške 919,08 € (slovom: deväťstodevätnásť eur osem centov“). Takto stanovená pevná suma základnej sadzby sa použije prvé 2 mesiace od podpisu Zmluvy, až do konca kalendárneho štvrťroka, v ktorom uplynie táto lehota. Základná sadzba sa prehodnotí vždy od začiatku každého nasledujúceho kalendárneho štvrťroka, pričom jej výška sa určí nasledovne:

$$ZS = \frac{(CelkUHR_{x-n;hod} + EMZS_{x-n;ref} + CNP_{x-n;hod}) - PP_{x-n;hod}}{CM_{x-n;hod}}$$

,kde hodnoty uvedené vo vzorci majú rovnaký význam, aký im je pripísaný v bode 15.4. Zmluvy, okrem

- hodnoty  $n$ , ktorá sa použije ako označenie posledného kalendárneho mesiaca kalendárneho štvrťroka, ktorý dva kalendárne štvrťroky predchádza kalendárnemu štvrťroku, za ktorý sa určuje výška základnej sadzby a
- hodnoty  $PP$ , ktorá predstavuje hodnotu pripočítateľných položiek vykázaných Poskytovateľom a akceptovaných Poistovňou, ktorých úhrada je zahrnutá v CelkUHR.“

2.3. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli na vypustení bodu 5.6. písm. b) Zmluvy. Bod 5.6. písm. a) Zmluvy sa označuje ako bod 5.6. Zmluvy.

2.4. Poistovňa a Poskytovateľ sa **od 1.5.2019** dohodli na zmene bodu 15.5. písm. a) Zmluvy nasledovne:

„a. Poskytovateľ je oprávnený fakturovať Poistovni mesačnú úhradu za Hospitalizačné prípady podľa bodu 15.4. vo výške za príslušné obdobie nasledovne:

Od 1.5.2019	132 214 €
-------------	-----------

príčom táto úhrada podlieha dodatočnému prepočtu podľa písmena b.;“

2.5. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli na zmene bodu 15.6. Zmluvy, ktorý znie nasledovne:

„15.6. Poskytovateľ sa zaväzuje vykazovať zdravotnú starostlivosť podľa tohto článku Zmluvy v príslušnom Zúčtovacom období podľa VZP a zaväzuje sa, že vyvinie všetko úsilie, ktoré je možné od neho požadovať, aby v príslušnom Zúčtovacom období vykázal a fakturoval Poistovni všetku poskytnutú zdravotnú starostlivosť.

V prípade, ak Poskytovateľ požaduje úhradu pripočítateľnej položky, zaväzuje sa vykazovať Poistovni v položke 50, v type dávky 274b jednoznačný kód podľa stĺpca „kód PP pre vykazovanie do ZP“ zo zoznamu pripočítateľných položiek uverejneného na webovom sídle Poistovne.“

2.6. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli na zmene bodu 15.9. Zmluvy, ktorý znie nasledovne:

„15.9. Zmluvné strany sa dohodli, že úhrada za Hospitalizačný prípad zahŕňa aj náklady uvedené v bode 14.7. Zmluvy, ako aj iné pripočítateľné položky určené Úradom, keďže ich zohľadňuje výška dohodnutej úhrady za Hospitalizačný prípad, okrem úhrady za Hospitalizačné prípady podľa bodu 5.2. Zmluvy. Poskytovateľ vykazuje tieto náklady ako pripočítateľnú položku v dátovom rozhraní určenom pre ústavnú starostlivosť spolu s kódom pripočítateľnej položky, určeným Poistovňou v stĺpci „kód PP pre vykazovanie do ZP“ v zozname pripočítateľných položiek uverejnenom na webovom sídle Poistovne (ďalej len „Zoznam pripočítateľných položiek“).

2.7. V bode 15.12. Zmluvy sa vypúšťa písmeno e). Bod 15.12. písm. f) Zmluvy sa označuje ako bod 15.12. písm. e) Zmluvy.

2.8. Článok XV. Zmluvy sa dopĺňa o nový bod 15.15., ktorý znie nasledovne:

„ Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi nad rámec úhrady za Hospitalizačný prípad podľa bodu 5.2. Zmluvy pripočítateľné položky poskytnuté Poskytovateľom v rámci daného Hospitalizačného prípadu, definované v Zozname pripočítateľných položiek nasledovne:

- a) úhradu za pripočítateľné položky typu A vo výške vykázananej Poskytovateľom, maximálne však vo výške určenej v Zozname pripočítateľných položiek. Poskytovateľ je oprávnený vykazovať cenu týchto pripočítateľných položiek vo výške ich nadobúdacej ceny;
- b) úhradu za pripočítateľné položky typu B a C vo výške dohodnutej medzi Poisťovňou a Poskytovateľom, ak sa na úhrade a výške úhrady týchto pripočítateľných položiek nad rámec úhrady za Hospitalizačný prípad Poisťovňa a Poskytovateľ dohodli;
- c) úhradu za pripočítateľné položky typu D vo výške pevnej ceny určenej v Zozname pripočítateľných položiek. “

2.9. V Článku XX. Zmluvy, bod 20.1., písm. a) sa mení a znie nasledovne:

„a) po vykonaní kontroly na vzorke náhodne vybraných Hospitalizačných prípadov určenej hlavnej diagnostickej kategórie, kde vzorka obsahuje minimálne 5 % všetkých Hospitalizačných prípadov a minimálne však 10 Hospitalizačných prípadov vykázaných v kontrolovanom období v danej hlavnej diagnostickej kategórii, je Poisťovňa oprávnená znížiť úhradu za všetky Hospitalizačné prípady vykázané v kontrolovanom období o sumu priemerného rozdielu medzi výškou úhrady za Hospitalizačný prípad vypočítanou podľa údajov vykázaných Poskytovateľom a správnu výškou úhrady zistenou na kontrolovannej vzorke Hospitalizačných prípadov, ktoré Poskytovateľ mal vykázať pri dodržaní Pravidiel kódovania, za všetky Hospitalizačné prípady vykázané v kontrolovanom období v danej hlavnej diagnostickej kategórii;“

2.10. V bode 21.6. písm. f) Zmluvy sa vypúšťa text „a Zoznam nekategorizovaného materiálu“.

2.11. V Prílohe č. 6 Zmluvy sa vypúšťajú časti III. až V. – Zoznam nekategorizovaného materiálu.

2.12. Vzhľadom na zmenu výpočtu základnej sadzby v zmysle bodu 5.3. Zmluvy v priebehu trvania Zmluvy sa zmluvné strany dohodli na pevnej sume základnej sadzby pre prvé 2 mesiace od podpisu tohto Dodatku, ktorá je už vypočítaná podľa bodu 5. 3. Zmluvy. Pokiaľ je preto v bode 5.3. Zmluvy stanovené, že pevná suma základnej sadzby sa použije prvé 2 mesiace od podpisu Zmluvy, myslí sa tým, že takto stanovená pevná suma základnej sadzby sa použije prvé 2 mesiace od nadobudnutia účinnosti Dodatku. Základná sadzba bude následne prepočítaná spôsobom dohodnutým v bode 5.3. Zmluvy v znení tohto Dodatku.

2.13. V Prílohe č. 14 sa písm. c) a d) mení a znie nasledovne:

”  
c) Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli na určení konkrétnej hodnoty parametra  $UHR_{x-n;ref}$ ,  $EMZS_{x-n;ref}$ ,  $CM_{x-n;ref}$  a  $PHP_{x-n;ref}$  v referenčnom období 2018 nasledovne:

<b>RO</b>	<b>UHR</b>	<b>EMZS</b>	<b>CM</b>	<b>PHP</b>
1-3;2018	366 540	10 651	368	488
1-6;2018	753 148	26 983	787	1 071
1-9;2018	1 149 790	43 315	1 206	1 654
1-12;2018	1 546 432	59 647	1 625	2 237

d) Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli na určení konkrétnej hodnoty parametra  $UHR_{x-n;ref}$ ,  $EMZS_{x-n;ref}$ ,  $CM_{x-n;ref}$  a  $PHP_{x-n;ref}$  v referenčnom období 2019 a nasledujúcom takto:

<b>RO</b>	<b>UHR</b>	<b>EMZS</b>	<b>CM</b>	<b>PHP</b>
1-3;2019 a nasl.	396 642	16 332	419	583
1-6;2019 a nasl.	793 284	32 664	838	1 166
1-9;2019 a nasl.	1 189 926	48 996	1 257	1 749
1-12;2019 a nasl.	1 586 568	65 328	1 676	2 332

*Zmluvné strany sa pre vylúčenie pochybností dohodli, že číselné vyjadrenie parametra uvedené v tabuľke vyššie má vždy prednosť pred jeho slovným vyjadrením podľa bodu 15.4. písmeno a. a b. Zmluvy.“*

2.14. Poskytovateľ sa dohodli, že doterajšia Príloha č. 11 Zmluvy sa nahrádza novým znením, ktorá tvorí prílohu Dodatku.

2.15. Ostatné ustanovenia Zmluvy nie sú týmto Dodatkom dotknuté.

### III. ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA

3.1. Dodatok nadobúda účinnosť nasledujúcim dňom po jeho zverejnení na webovom sídle Poistovne. V prípade, že má zákonom uloženú povinnosť zverejniť Dodatok aj Poskytovateľ, Dodatok nadobúda účinnosť nasledujúcim dňom po zverejnení Dodatku oboma zmluvnými stranami; pre určenie účinnosti Dodatku je rozhodujúci okamih, kedy si povinnosť zverejniť Dodatok splní v poradí prvá zmluvná strana. Poistovňa a Poskytovateľ sa zaväzujú pristúpiť k uzavretiu Dodatku tak, aby nadobudol účinnosť **k 1.5.2019.**

3.2. Dodatok je vyhotovený v dvoch rovnopisoch, po jednom rovnopise pre každú Zmluvnú stranu.

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

V Prešove, dňa

V \_\_\_\_\_, dňa

---

DÓVERA zdravotná poisťovňa, a. s.  
PhDr. Jana Šťastná  
regionálna riaditeľka pre nákup ZS

---

Ľubovnianska nemocnica, n. o.  
MUDr. Peter Bizovský, MPH  
riaditeľ

## Cenník výkonov

<b>Cena bodu hodnota v €</b>	<b>Základná cena</b>	<b>Zvýhodnená cena*</b>
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačnom odbore <b>magnetická rezonancia</b>	0,004232	
pri zdravotných výkonoch <b>počítačovej tomografie</b> vrátane aplikovania kontrastnej látky vykázané na pracovisku (N56229576501)	<b>0,0040</b>	
pri zdravotných výkonoch: 5010, 5011, 5012, 5015, 5016, 5020, 5021, 5022, 5023, 5024, 5025, 5030, 5031, 5032, 5033, 5035, 5050, 5051, 5052, 5053, 5056, 5060, 5061, 5062, 5065, 5070, 5071, 5072, 5075, 5076, 5077, 5080, 5081, 5082, 5083, 5090, 5095 vykonaných na pracovisku: <b>rádiológia</b> (N56229023501, N56229023502 )	<b>0,010955</b>	
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačnom odbore <b>rádiológia</b> (N56229023501, N56229023502 )	0,007801	
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačnom odbore <b>funkčná diagnostika</b>	0,007635	
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačnom odbore <b>hematológia a transfuziológia</b>	0,005378	
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačnom odbore <b>klinická biochémia</b>	0,004780	
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačnom odbore <b>fyziatra, balneológia a liečebná rehabilitácia</b> (027 501)	0,008617	-
pri zdravotných výkonoch: 509a, 512, 513, 514a, 516, 518, 522, 523a, 530, 531, 532, 533a, 540, 541, 542 vykonaných v špecializačnom odbore <b>fyziatra, balneológia a liečebná rehabilitácia</b> (027 501)	0,013766	
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 12.6. Zmluvy	0,008195	-
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 12.6. Zmluvy	0,022725	0,027614
pri zdravotnom výkone: 60 (420bodov)	0,026432	-
pri zdravotných výkonoch: 62 (270 bodov); 63 (210 bodov)	0,022725	0,027614
pri zdravotnom výkone 15D (50bodov) – Zhodnotenie RTG dokumentácie, ak nie je vykonané pracoviskom RTG, vrátane popisu v zdravotnej dokumentácii, pre odbornosti: 003, 010, 011, 013, 014,	0,0193	-

045, 114, 156, 145, 107,108		
pri zdravotnom výkone 159c vykonanom lekárom so špecializáciou v špecializačnom odbore urológia	0,048972	-
pri zdravotných výkonoch vykonaných v rámci ústavnej pohotovostnej služby (007 801, 009 801)	0,022725	-
pri zdravotných výkonoch vykonaných v rámci Urgentného príjmu (975 801)	0,022725	-
pri zdravotných výkonoch 5330, 5331, 5332	0,0055	
pri zdravotnom výkone: 760sp, 760sn, 760 pp, 760 pn (Preventívna kolonoskopia 1500 bodov)	0,048972	-
pri zdravotnom výkone: 763pp, 763pn, 763sp, 763sn (Preventívna kolonoskopia 2230 bodov)	0,048972	-
pri zdravotných výkonoch: 5793, 5794, 5795 v špecializačnom odbore neurológia	0,012610	

### Základný rozsah

<b>Základný rozsah na kalendárny polrok pre špecializačný odbor podľa bodu 13.11. Zmluvy</b>	<b>hodnota v bodoch</b>
(001) - vnútorné lekárstvo	348 000
(004) - neurológia	212 000
(007) - pediatria	77 500
(009) - gynekológia a pôrodnictvo	162 000
(010) - chirurgia	429 474
(013) - úrazová chirurgia	112 000
(014) - otorinolaryngológia	176 000
(019) - klinická onkológia	262 000
(025) - anestéziológia a intenzívna medicína	35 000
(027) - fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	466 000
(031) - hematológia a transfuziológia	50 000
(046) - algeziológia	30 000
(048) - gastroenterológia	300 000
(068) - cievna chirurgia	27 000

### Základný rozsah

<b>Základný rozsah na kalendárny polrok pre špecializačný odbor odo dňa účinnosti Zmluvy</b>	<b>hodnota v bodoch</b>
V prípade, ak zmluva začína a končí v priebehu kalendárneho polroka, použije sa pomerná časť. Pomerná časť sa uplatňuje aj pri zmene hodnoty v priebehu kalendárneho polroka.	
-	-

### Minimálna jednotková cena

<b>Minimálna jednotková cena podľa bodu 12.4. Zmluvy</b>	<b>hodnota v €</b>
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“	0,003319
pri iných zdravotných výkonoch ako uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“	0,003319

## Zoznam zdravotných výkonov, pri ktorých sa hodnotiaci koeficient rovná číslu „1“

Ultrazvukové vyšetrenia, ktoré tvoria náplň preventívnej gynekologickej prehliadky plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia a Poskytovateľ ich vykonal na základe požiadavky lekára so špecializáciou v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodníctvo, ktorý vykonáva preventívnu gynekologickú prehliadku plne uhrádzanú z verejného zdravotného poistenia

Výkon: 159c, 689, 760sp, 760sn, 760 pp, 760 pn 763pp, 763pn, 763sp, 763sn

## Finančný objem

<b>Finančný objem</b>	<b>hodnota v €</b>
podľa bodu 12.6. písm. a. Zmluvy	-----
podľa bodu 12.6. písm. b. Zmluvy (rádiológia, klinická biochémia, hematológia a transfuziológia , fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia(027 501), funkčná diagnostika, počítačová tomografia-CT, magnetická rezonancia)	<b>20 890,00</b>

## Zoznam zdravotných výkonov a iných nákladov, ktoré sa nezahrňajú do finančného objemu podľa bodu 12.6. Zmluvy

Náklady na lieky, ktoré sú v Zozname liekov označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ lebo „AS“ pre stanovené finančné objemy podľa bodu 12.6. písm a. Zmluvy

-

## Parametre Kvality a Inovácií

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

váhy pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h <sub>n</sub>		V <sub>n</sub>
	Neplní	plní	
Subjektívna spokojnosť	0 %	100 %	v <sub>1</sub> = 10 %
Bezpečná medikácia	0 %	100 %	v <sub>2</sub> = 15 %
eRecept	0 %	100 %	v <sub>3</sub> = 10 %
eZúčtovanie	0 %	100 %	v <sub>4</sub> = 10 %
eLab	0 %	100 %	v <sub>5</sub> = 15 %
NávrhyOnline	0 %	100 %	v <sub>6</sub> = 10 %

**Parametre Kvality a Inovácií\***

	Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
<b>KVALITA</b>	Subjektívna spokojnosť	I <sub>1</sub> = najmenej 6 dotazníkov vyplnených poistencami ošetrenými u Poskytovateľa
	Bezpečná medikácia	I <sub>2</sub> = najmenej jedno zobrazenie elektronickej liekovej knižky počas najmenej 90% ordinačných dní
	Štandard liečby HbA1c	I <sub>3</sub> = najmenej 90% pacientov v kmeni, ktorí majú za rok od poslednej návštevy u diabetológa aspoň 1x odmeranú hladinu HbA1c
<b>INOVÁCIE</b>	eRecept	I <sub>4</sub> = najmenej 75% Liekov predpísaných Poskytovateľom elektronicke
	eZúčtovanie	I <sub>5</sub> = najmenej 75% zúčtovacích dokladov zasielaných a potvrdených elektronicke, a to prostredníctvom Elektronickej pobočky alebo zo softvéru Poskytovateľa
	eLab	I <sub>6</sub> = najmenej 75% elektronických žiadostí o vykonanie laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení odoslaných po zobrazení existujúcich žiadostí o vykonanie laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení
	NávrhyOnline	I <sub>7</sub> = najmenej 10% návrhov na poskytnutie zdravotnej starostlivosti odoslaných elektronicke



\*váhy pre jednotlivé parametre

Názov parametra	$h_n$		$v_n$
	Neplní	plní	
Subjektívna spokojnosť	0 %	100 %	$v_1 = 10 \%$
Bezpečná medikácia	0 %	100 %	$v_2 = 5 \%$
Štandard liečby HbA1c	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
<b>EFEKTÍVNOSŤ</b>	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)

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 %	$v_2 = 20 \%$

špecializačný odbor klinická psychológia, klinická logopédia, klinická psychológia, liečebná pedagogika, špeciálna pedagogika, psychoterapia

## Parametre Kvality a Inovácií

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

váhy pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h <sub>n</sub>		V <sub>n</sub>
	Neplní	Plní	
eZúčtovanie	0 %	100 %	v <sub>1</sub> = 20 %

## Parametre Efektívnosti

Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
Počet bodov na poistenca pri psychoterapii	I <sub>1</sub> = 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 <sub>2</sub> = 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 <sub>3</sub> = počet vyšetrení psychoterapie/ počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť pri psychoterapii
Počet vyšetrení na jedného poistenca pri psychodiagnostike	I <sub>4</sub> = počet vyšetrení psychodiagnostiky/ počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť pri psychodiagnostike

váhy a pásma pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h <sub>n</sub>			V <sub>n</sub>
	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	
Počet bodov na poistenca pri psychoterapii	75 %	100 %	0 %	v <sub>1</sub> = 25 %
Počet bodov na poistenca pri psychodiagnostike	75 %	100 %	0 %	v <sub>2</sub> = 15 %
Počet vyšetrení na jedného poistenca pri psychoterapii	100 %	100 %	0 %	v <sub>3</sub> = 25 %
Počet vyšetrení na jedného poistenca pri psychodiagnostike	100 %	100 %	0 %	v <sub>4</sub> = 15 %