

Dodatok č. 13
k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti
č. 1001OPLK000612

Článok 1
Zmluvné strany

Union zdravotná poisťovňa, a. s.

zastúpená: Ing. Elena Májeková, riaditeľka sekcie zdravotného poistenia
so sídlom: Karadžičova 10, 814 53 Bratislava
IČO: 36 284 831
DIČ: 2022152517
IBAN: SK37 8180 0000 0070 0025 6518
označenie registra: Okresný súd Bratislava I, oddiel: Sa, vložka číslo: 3832/B
právna forma: akciová spoločnosť
kód Union zdravotnej poisťovne, a. s.: 27
(ďalej len „zdravotná poisťovňa“)

a

Ministerstvo vnútra Slovenskej republiky

zastúpený: Ing. Denisa Saková, PhD., ministerka vnútra Slovenskej republiky
so sídlom: Pribinova 2, 81272 Bratislava - Staré Mesto
IČO: 00151866
identifikátor poskytovateľa (prvých šesť znakov kódu poskytovateľa): P58480
(ďalej len "poskytovateľ" alebo spoločne aj „zmluvné strany“)

Zmluvné strany uzatvárajú tento dodatok č. 13 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti č. 1001OPLK000612 (ďalej v texte aj ako „zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti“):

Článok 2
Predmet dodatku

Na základe článku IX bodu 9.4. zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa zmluvné strany dohodli na tejto zmene zmluvy:

1. Príloha č. 2 – Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa nahrádza novým znením, ktoré tvorí neoddeliteľnú prílohu tohto dodatku.
2. Bod 9.3. článku IX zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa mení a znie nasledovne:
„9.3. Zmluva sa uzatvára na dobu neurčitú, s výnimkou prílohy č. 2, ktorá je účinná do 31.03.2021.“.
3. Ostatné ustanovenia zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti ostávajú týmto dodatkom nezmenené.

Článok 3
Spoločné a záverečné ustanovenia

1. Tento dodatok je neoddeliteľnou súčasťou zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Tento dodatok je vyhotovený vo dvoch rovnopisoch, z ktorých sa každý považuje za originál. Každá zo zmluvných strán obdrží po jednom vyhotovení dodatku.
2. Súhlas s obsahom dodatku vyjadria zástupcovia zmluvných strán svojím podpisom na poslednej strane tohto dodatku.

3. Tento dodatok nadobúda platnosť dňom podpisu zmluvnými stranami a účinnosť prvým dňom nasledujúceho kalendárneho mesiaca po jeho podpísaní. Zdravotná poisťovňa zverejní dodatok v deň nadobudnutia jeho platnosti a poskytovateľ zverejní dodatok v Centrálnom registri zmlúv.

V Bratislave dňa 28.11.2019

Union zdravotná poisťovňa, a.s.

Ministerstvo vnútra Slovenskej republiky

.....
Ing. Elena Májeková
riaditeľka sekcie zdravotného poistenia
na základe plnej moci

.....
Ing. Ondrej Varačka
generálny tajomník služobného úradu
Ministerstva vnútra Slovenskej republiky
na základe plnej moci

Príloha č. 2
k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah

Časť – Všeobecné ustanovenia

1. Zdravotné výkony sa uhrádzajú v súlade so zmluvou o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a za nasledovných podmienok:

- a) Zdravotná poisťovňa uhrádza všetky medicínsky indikované, zdravotnej poisťovni vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony podľa podmienok vyplývajúcich zo zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.
- b) Ak je ako spôsob úhrady určená „cena bodu“, výška úhrady za zdravotný výkon sa určí ako súčin počtu bodov podľa „Zoznamu výkonov a ich bodové hodnoty k zdravotným výkonom uvedeným v časti A“ (ďalej len „zoznam výkonov“) uvedeným v prílohe č. 4 časť C opatrenia MZ SR č. 07045/2003 – OAP z 30. decembra 2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov, s výnimkou zdravotných výkonov, pre ktoré je v tejto prílohe určené iné bodové ohodnotenie, a príslušnej (výslednej) ceny bodu dohodnutej v tejto prílohe pre daný výkon; ak dôjde k zrušeniu právneho predpisu uvedeného v tomto písmene, použije sa na účely určenia bodovej hodnoty posledné platné a účinné znenie tohto právneho predpisu, ak nebude dohodnuté inak.
- c) Ak je ako spôsob úhrady určená „cena výkonu“, príslušná cena za výkon dohodnutá v tejto prílohe predstavuje výšku úhrady za výkon.
- d) Ak je úhrada za zdravotný výkon zahrnutá v úhrade za iný zdravotný výkon alebo v kapitácii, takýto zdravotný výkon sa osobitne neuhrádza a vykazuje sa na úhradu do zdravotnej poisťovne s nulovou výškou úhrady.
- e) Úhrada za zdravotný výkon zahŕňa náklady na všetku zdravotnú starostlivosť poskytnutú v rámci zdravotného výkonu, ak nie je dojednané inak.
- f) Zdravotný výkon, ktorý nemá v zozname výkonov určenú bodovú hodnotu, môže zdravotná poisťovňa uhradiť poskytovateľovi len s jej predchádzajúcim súhlasom a to najviac vo výške preukázateľných nákladov spojených s jeho poskytnutím poistencovi.

2. Ak je ako spôsob úhrady určená kapitácia, zdravotná poisťovňa ju uhrádza za nasledovných podmienok:

- a) Kapitácia je mesačná paušálna úhrada za poskytovanie zdravotnej starostlivosti jednému poistencovi (ďalej aj ako „kapitovaný poistenec“), s ktorým má poskytovateľ podľa § 12 zákona č. 576/2004 Z. z. uzavretú platnú a účinnú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „dohoda“).
- b) Pre účely úhrady kapitácie zdravotná poisťovňa akceptuje uzavretie dohody len s jedným poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti a s jedným poskytovateľom ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodnictvo. Ak poistenec uzatvorí dohodu s ďalším poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo poskytovateľom ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodnictvo, zdravotná poisťovňa pre účel úhrady kapitácie akceptuje novú dohodu len za podmienky, že predchádzajúca dohoda zanikne v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z.
- c) Kapitácia zahŕňa náklady na všetku zdravotnú starostlivosť poskytnutú kapitovanému poistencovi za daný kalendárny mesiac, ak v tejto prílohe nie je dojednané inak.
- d) Poskytovateľ:
 - da) zasiela kópiu dohody zdravotnej poisťovni na jej vyžiadanie v prípade, ak v jednom kalendárnom mesiaci budú fakturovať kapitáciu na tohto istého poistenca dvaja alebo viacerí poskytovatelia; zdravotná poisťovňa je oprávnená vyžiadať kópie dohody písomne, telefonicky alebo e-mailom; za účelom prípadného doriešenia kolízie podľa tohto bodu je zdravotná poisťovňa oprávnená vyžiadať aj preukázanie odstúpenia od dohody poistencom a vyžiadanie (odovzdanie) zdravotnej dokumentácie poistenca zo strany toho poskytovateľa, ktorý uzavrel s poistencom novú dohodu,
 - db) zasiela k termínu 30. jún a 31. december príslušného kalendárneho roka hlásenie o počte kapitovaných poistencov zdravotnej poisťovni v elektronickej podobe v dátovom rozhraní určenom metodickým usmernením vydaným Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou,
 - dc) má nárok na úhradu kapitácie aj spätne, ak poistenec alebo jeho zákonný zástupca neohlásil poskytovateľovi zmenu zdravotnej poisťovne; nárok na spätnú úhradu kapitácie za kapitovaného poistenca, ktorého opomenul vykázať má iba v tom prípade, ak zdravotná poisťovňa v období, za ktoré si tohto poistenca spätne vykazuje, neuhradila kapitáciu inému poskytovateľovi,
 - dd) má nárok, aby zdravotná poisťovňa vykonala porovnanie kapitačného stavu poistencov poskytovateľa a oznámila výsledok poskytovateľovi na základe údajov poskytnutých poskytovateľom podľa písm. db) tohto bodu a informovala poskytovateľa o skutočnom počte kapitovaných poistencov u poskytovateľa, evidovaných v informačnom systéme zdravotnej poisťovne,
- e) Ak poskytovateľ nemal uzavretú dohodu s poistencom po dobu celého kalendárneho mesiaca, zdravotná poisťovňa má právo krátiť kapitáciu za tie dni kalendárneho mesiaca, za ktoré nebola uzavretá dohoda.

3. Výška úhrady za zdravotný výkon a kapitácia nezahŕňa náklady na lieky plne alebo čiastočne uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia zaradené v Zozname kategorizovaných liekov (platnom čase podania lieku), označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom A a AS. Úhrada za výkony domácej ošetrovateľskej starostlivosti nezahŕňa náklady na špeciálny zdravotnícky materiál zaradený v Zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov.

Časť - Všeobecná ambulantná starostlivosť pre dospelých

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

Špecifikácia podmienok úhrady	Kapitácia v €
poistenec vo veku od 18 rokov do 50 rokov života vrátane	2,38
poistenec vo veku od 51 rokov do 60 rokov života vrátane	2,73
poistenec vo veku od 61 rokov do 80 rokov života vrátane	3,82
poistenec vo veku od 81 rokov života	4,19

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

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

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €		
159b	Vyказuje sa - s kódom choroby Z00.1, Z00.0 alebo Z52.0 u darcov krvi, - s výkonom 160, - aj u poistencov vo veku od 19 do 39 rokov vrátane, ak výkon doteraz alebo v uplynulom roku poskytnutý nebol.	0,0485		
3671	Vyказuje sa - s kódom choroby Z00.1, Z00.0 alebo Z52.0 u darcov krvi - s výkonom 160	0,0485		
252b	pri očkovaní proti chrípke sa vyказuje s kódom choroby Z25.1	0,0485		
	pri povinnom očkovaní proti diftérii a tetanu sa vyказuje s kódom choroby Z00.0			
	pri očkovaní proti vírusovej hepatitíde typu A*/ sa vyказuje s kódom choroby Z20.5			
	pri očkovaní proti vírusovej hepatitíde typu B*/ sa vyказuje s kódom choroby Z00.0			
	pri očkovaní proti vírusovej hepatitíde typu A + B*/ sa vyказuje s kódom choroby Z24.6 môže byť poskytnutý len poistencovi, ktorý nebol očkovaný proti vírusovej hepatitíde typu A alebo B			
	pri očkovaní proti meningokokovej meningitíde*/ sa vyказuje s kódom choroby Z20.8			
	pri očkovaní proti kliešťovej encefalitíde sa vyказuje s kódom choroby Z24.1			
	pri očkovaní proti pneumokokom*/ sa vyказuje s kódom Z23.8 v zmysle indikačných obmedzení			
25 26 29	Výkon 25 je možné vykázat aj: - s výkonom 160 u imobilných poistencov alebo z dôvodu iného závažného dlhodobého zdravotného postihnutia poistenca, - s výkonom 252b, ak ide o vykonanie očkovania na základe rozhodnutia regionálneho úradu verejného zdravotníctva alebo Úradu verejného zdravotníctva SR u poistencov, ktorí dlhodobo odmietajú dostaviť sa do ambulancie poskytovateľa za účelom vykonania očkovania. O uvedených skutočnostiach vykoná poskytovateľ záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca	0,025		
	4;5;6;30		Výkony sa vyказujú nasledovne: - výkon 4 s výkonom 25 alebo 26 - výkon 5 s výkonom 26 a s výkonom 30 - výkon 6 s výkonom 26 alebo 29 a s výkonom 30 - výkon 30 s výkonom 26 alebo 29	0,015
	40		Zotrúvanie poskytovateľa pri poistencovi mimo ambulancie cez deň (za každú začatú polhodinu), najmä v súvislosti s potrebou jeho zotrúvania do príchodu záchranej zdravotnej služby zabezpečujúcej prevoz poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti; vyžaduje sa odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii poistenca.	0,015
41	Zotrúvanie poskytovateľa pri poistencovi mimo ambulancie v noci medzi 20.00 a 7.00 hodinou (za každú začatú polhodinu), najmä v súvislosti s potrebou jeho zotrúvania do príchodu záchranej zdravotnej služby zabezpečujúcej prevoz poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti; vyžaduje sa odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii poistenca	0,015		
5702*	Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil.	0,0082		

5300*	USG vyšetrenie v ambulancii VLD – hornej časti brucha	0,0082
5301*	USG vyšetrenie v ambulancii VLD – jedného orgánu alebo orgánového systému	
4571a	C - reaktívny proteín, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil (380 bodov).	0,0116
-	Výkony (okrem SVLZ výkonov) neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanému poistencovi	0,026
-	SVLZ výkony neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanému poistencovi	0,0082
-	Výkony (okrem SVLZ výkonov) zdravotnej starostlivosti poskytnuté poistencovi EÚ s výnimkou výkonov, pre ktoré je v tejto časti prílohy určená iná cena bodu alebo cena výkonu	0,026
-	SVLZ výkony zdravotnej starostlivosti poskytnuté poistencovi EÚ s výnimkou výkonov, pre ktoré je v tejto časti prílohy určená iná cena bodu alebo cena výkonu	0,0082

*Výkon sa uhrádza na základe splnenia povinnosti poskytovateľa podľa bodu 4.6. písm. f) tejto zmluvy, prípadne aj po preukázaní ďalších podmienok úhrady výkonu. Zdravotnou poisťovňou schválený zdravotný výkon podľa predchádzajúcej vety, s uvedením kódu odbornosti ambulantnej zdravotnej starostlivosti a kódu zdravotného výkonu tvoria prílohu č. 3, ktorá tvorí neoddeliteľnú súčasť tejto zmluvy. Pri výkone 5300 a 5301 sa vyžaduje zdokladovanie certifikátu o spôsobilosti vykonávať dané vyšetrenia.

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

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena výkonu v €
160	Vyказuje sa - s kódom choroby Z00.0 alebo Z52.0 u darcov krvi, - s výkonom 5702 u poistencov, ktorí dovŕšili 40 rokov veku, ak ho poskytovateľ sám urobil a vyhodnotil	17,70
159a	Vyказuje sa - pri pozitívnom výsledku s kódom choroby Z00.0 alebo Z12.1 - u poistencov vo veku nad 40 rokov raz za dva roky a u poistencov s pozitívnou rodinnou anamnézou karcinómu hrubého čreva a konečníka	8,00
159z	Vyказuje sa - pri negatívnom výsledku s kódom choroby Z00.0 alebo Z12.1 - u poistencov vo veku nad 40 rokov raz za dva roky a u poistencov s pozitívnou rodinnou anamnézou karcinómu hrubého čreva a konečníka	8,00
159x	Vyказuje sa - pri neznámom / znehodnotenom teste s kódom choroby Z00.0 alebo Z12.1 - u poistencov vo veku nad 40 rokov raz za dva roky a u poistencov s pozitívnou rodinnou anamnézou karcinómu hrubého čreva a konečníka	2,01
60b	Základné vyšetrenie zahŕňa potrebné odbery krvi, zhodnotenie laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení a zaradenie pacienta do rizikovej skupiny ASA. Výkon možno vykazovať iba raz v rámci jednej operácie, výkon sa vyказuje s kódom choroby, pre ktorú je poistenec plánovaný na operáciu. V prípade odoslania poistenca na vykonanie predoperačného vyšetrenia k lekárovi špecializovanej zdravotnej starostlivosti, zdravotná poisťovňa poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súvislosti s predoperačným vyšetrením uhrádza v rámci kapitačnej platby za poistenca.	10,50
5702Z*	Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie ako súčasť predoperačného vyšetrenia; vyказuje sa s výkonom 60b.	4,41
3842a*	Meranie INR z kapilárnej krvi všeobecným lekárom pre dospelých (ďalej aj ako „vyšetrenie INR VLD“) sa uhrádza, ak poskytovateľ: - je držiteľom certifikátu o absolvovaní certifikačného školenia na Lekárskej fakulte Slovenskej zdravotníckej univerzity (LF SZU) alebo predloží písomné čestné vyhlásenie, že sa oboznámil a bude dodržiavať postupy antikoagulačnej liečby zverejnené na webovom sídle zdravotnej poisťovne, - je účastníkom povinného externého hodnotenia kvality akreditovaným prevádzkovateľom EHK so získaním osvedčenia o účasti a absolvovaní externého hodnotenia kvality v dvojročnom cykle, - je držiteľom Prehlásenia ES o zhode P.O.C.T. prístroja podľa smernice IVD; technická špecifikácia prístroja je v zhode s ISO 17593 a ISO 22870 a metrologická nadväznosť merania je v súlade s WHO, - dodržiava indikácie a štandardné terapeutické postupy pri výkone zdravotného výkonu, - správne vedie a archivuje zdravotnú dokumentáciu vrátane písomného záznamu o posúdení rizika krvácania a určenia rizika tromboembolizmu pri nastavovaní pacienta na antikoagulačnú liečbu,	5,00

	<p>- vedie dokumentáciu údržby P.O.C.T. prístroja v predpísanom režime.</p> <p>- Poskytovateľ je povinný v polročných intervaloch vyhodnotiť a v dokumentácii zaznamenať hodnotu TTR. V prípade dvoch za sebou nasledujúcich neuspokojivých hodnôt TTR je poskytovateľ povinný odoslať pacienta na ďalší manažment antikoagulačnej liečby na pracovisko ŠAS (hematolog, kardiológ, internista).</p> <p>Výšetrenie INR VLD v ambulancii lekára nie je povolené vykázať, ak súčasne v ten istý deň bolo toto vyšetrenie indikované do laboratória.</p> <p>Maximálna frekvencia vyšetrení INR VLD v ambulancii lekára u jedného poistenca maximálne 16 / rok.</p>	
5715*	<p>24 hodinové monitorovanie tlaku krvi“ pre diagnostiku a liečbu artériovej hypertenzie u dospelých pacientov v ambulancii všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti (ďalej aj ako „výkon AMTK v ambulancii VLD“). Výkon AMTK v ambulancii VLD pre účel tejto prílohy zahŕňa meranie a vyhodnotenie tohto výkonu na základe Klinických indikácií pre meranie tlaku krvi mimo ambulancie na diagnostické účely podľa Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s artériovou hypertenziou, pokiaľ vyšetrenie nemožno nahradiť domácim monitorovaním tlaku krvi.</p> <p>Výkon sa uhrádza, ak</p> <ul style="list-style-type: none"> - pri realizácii výkonu AMTK v ambulancii VLD boli dodržané podmienky indikácie a štandardné terapeutické postupy, - indikácia poskytnutia výkonu zodpovedá klinickému stavu a odporúčaniam podľa Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s artériovou hypertenziou. Kontrola vyšetrením v dvojročnom intervale. V prípade nutnosti častejšej kontroly písomné zdôvodnenie PZS, - je zabezpečené správne vedenie a archivovanie zdravotnej dokumentácie pacienta vrátane písomného záznamu, vyhodnotenia vyšetrenia a diagnostického záveru. <p>Výkon sa uhrádza maximálne raz za dva roky u jedného poistenca.</p>	9,00
H0008*	<p>Obsahom zdravotného výkonu je stanovenie indexu ABI oscilometrickou metódou, meranie a vyhodnotenie indexu ABI na štyroch končatinách na zistenie zvýšeného rizika ischemickej choroby dolných končatín;</p> <p>Výkon sa uhrádza, ak:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bol poskytnutý v rámci preventívnej prehliadky poistencovi vo veku nad 40 rokov s minimálne jedným rizikovým faktorom - podozrenie na ischemickú chorobu dolných končatín, artériová hypertenzia, abnormálne EKG, diabetes mellitus, obezita, fajčenie, vysoká hladina celkového cholesterolu, porucha metabolizmu lipidov, - nebude súčasne vykázaný v ambulancii ŠAS, - poskytovateľ predložil aj doklady o zaškolení výrobcou prístrojového vybavenia. 	4,50
163	<p>Obsahom zdravotného výkonu je realizácia testu na zistenie rizika kognitívneho deficitu, ktorý/ktorého</p> <ul style="list-style-type: none"> - sa môže vykonať u poistencov vo veku nad 50 rokov maximálne raz dva roky v rámci preventívnej prehliadky, alebo v prípade záujmu poistenca, - sa vykazuje s diagnózami v závislosti od výsledku testu: <ul style="list-style-type: none"> • negatívny výsledok testu: Z00.0 (všeobecné lekárske vyšetrenie) • pozitívny výsledok testu: Z03.2 (pozorovanie pri podozrení na duševnú poruchu a poruchu správania), - výstupom je celkové dosiahnuté skóre, - po vyplnení zostáva súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca. <p>Výsledok testu všeobecný lekár oznámi poistencovi, poskytne mu informácie a zabezpečí jeho ďalší manažment (napr. odporúčenie odborného vyšetrenia u špecialistu).</p>	6,00
10	<p>Starostlivosť o poistenca s artériovou hypertenziou, dyslipidémiou a/alebo obezitou</p> <p>Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie</p> <ul style="list-style-type: none"> - u kapítovaného poistenca, ktorý má aspoň jedno z nasledujúcich ochorení alebo ich kombináciu: <ul style="list-style-type: none"> • artériová hypertenzia • dyslipidémia • obezita (ďalej jednotlivo aj ako „dané ochorenie“ alebo spoločne ako „dané ochorenia“) - ak ide o poistenca, ktorý má len izolovanú obezitu (t.j. nemá artériovú hypertenziu a/alebo dyslipidémiu), podmienkou úhrady je aj: <ul style="list-style-type: none"> • BMI: 30 – 34,99 (obezita I. stupňa) alebo 	8,00

	<p>35 – 39,99 (obezita II. stupňa) alebo nad 40 (obezita III. stupňa)</p> <ul style="list-style-type: none"> • a súčasne prítomný marker vysokého rizika vzniku metabolických a obehových komplikácií spojených s obezitou na základe distribúcie tuku - obvod pásu v cm: muži nad 102 cm, ženy nad 88 cm <ul style="list-style-type: none"> - ak poistenec nie je dispenzarizovaný a/alebo liečený u iného poskytovateľa pre dané ochorenia; ak je poistenec dispenzarizovaný u iného poskytovateľa pre dané ochorenia, podmienkou akceptácie zmluvnej úhrady výkonu 10 je absencia výkonov v špecializovanej ambulantnej starostlivosti nad rámec dispenzárnej starostlivosti u pacienta s daným ochorením, a to v období 6 mesiacov pred vykázaním výkonu 10; táto podmienka akceptácie sa netýka výkonov ústavnej pohotovostnej služby, urgentných príjmov a záchranej zdravotnej služby ani výkonov počas hospitalizácie, - po stanovení diagnózy a liečebného plánu s tým, že poskytovateľ určí aj BMI poistenca a zapíše ho do zdravotnej dokumentácie, - ak je vykázaný s príslušnou diagnózou, - maximálne trikrát za kalendárny rok u jedného poistenca; v prípade potreby vyššej frekvencie vyšetrení je úhrada za ďalšiu zdravotnú starostlivosť zahrnutá v kapitácii, - ak poskytovateľ postupuje v súlade s príslušnými platnými odbornými usmerneniami pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti vydanými Ministerstvom zdravotníctva SR podľa príslušného ustanovenia zákona č. 576/2004 Z. z. (ak existujú), - ak poskytovateľ vykonáva príslušné zápisy v súvislosti s liečbou daného ochorenia do zdravotnej dokumentácie. <p>V cene výkonu je zahrnuté komplexné poskytovanie zdravotnej starostlivosti v súvislosti daným ochorením, najmä</p> <ul style="list-style-type: none"> - iniciálne a/alebo kontrolné vyšetrenie poistenca, - odbery na laboratórne vyšetrenia a/alebo vyhodnotenie dostupných výsledkov vyšetrení poistenca, - ďalšia zdravotná starostlivosť v zmysle príslušných odborných usmernení vydaných Ministerstvom zdravotníctva SR (ak existujú). <p>Pre účely úhrady tohto výkonu nad rámec kapitácie zároveň platí:</p> <ul style="list-style-type: none"> - o iniciálne vyšetrenie ide v prípade, keď poistenec, nebol v posledných 24 mesiacoch liečený, diagnostikovaný alebo dispenzarizovaný pre dané ochorenie u iného poskytovateľa, - kontrolné vyšetrenie je každé ďalšie vyšetrenie po iniciálnom vyšetrení, - pri hodnotení laboratórnych a iných výsledkov vyšetrení zdravotná poisťovňa akceptuje vyšetrenia, ktoré neboli realizované neskôr ako 3 mesiace pred dňom realizácie iniciálneho alebo kontrolného vyšetrenia. 	
--	---	--

* Výkon sa uhrádza na základe splnenia povinností poskytovateľa podľa bodu 4.6. písm. f) tejto zmluvy, prípadne aj po preukázaní ďalších podmienok úhrady výkonu. Zdravotnou poisťovňou schválený zdravotný výkon podľa predchádzajúcej vety, s uvedením kódu odbornosti ambulantnej zdravotnej starostlivosti a kódu zdravotného výkonu tvoria prílohu č. 3, ktorá tvorí neoddeliteľnú súčasť tejto zmluvy.

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

- a) Zdravotná poisťovňa na základe údajov zo svojho informačného systému vyhodnotí, či poskytovateľ splnil ukazovatele podľa tabuľky tohto bodu v kalendárnom polroku alebo kalendárnom roku, za ktorý sa vykonáva hodnotenie (ďalej len „hodnotené obdobie“). Ukazovateľ je dojednaná podmienka, za splnenia ktorej zdravotná poisťovňa prizná bonus poskytovateľovi podľa tabuľky tohto bodu.
- b) Hodnotené obdobie je kalendárny polrok, ktorý bezprostredne predchádza kalendárnemu polroku, v ktorom sa vykonáva hodnotenie, s výnimkou Ukazovateľa „Preventívne prehliadky“, kde hodnoteným obdobím je bezprostredne predchádzajúci kalendárny rok.
- c) Zdravotná poisťovňa uhrádza bonusy, pri ktorých poskytovateľ splnil ukazovatele v celom kalendárnom polroku, ktorý bezprostredne nasleduje po kalendárnom polroku, v ktorom zdravotná poisťovňa vykonala hodnotenie plnenia ukazovateľov. Zdravotná poisťovňa oznámi poskytovateľovi bonusy, pri ktorých splnil ukazovatele. Ak dôjde k úprave sadzby na verejné zdravotné poistenie za poistencov štátu, zdravotná poisťovňa môže na vybrané obdobie hodnoty priznaných bonusov navýšiť nad rámec hodnôt bonusov podľa tabuľky tohto bodu, o čom informuje poskytovateľa.
- d) Ukazovatele a bonusy, ktoré sa uplatňujú u poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti sú uvedené v nasledovnej tabuľke:

		Maximálny bonus spolu:	1,26 €
		Ukazovateľ*	Špecifikácia ukazovateľa
			Bonus (€)
Prevenčia	Preventívne prehliadky (PP)**	Splnené, ak % vykonaných PP u kapitovaných poistencov, ktorí ju mali absolvovať v hodnotenom období, bolo minimálne 21 %.	0,05
	Prevenčia rizík farmakoterapie	Splnené, ak minimálne u 30% pacientov, ktorým bol elektronicky vystavený lekársky predpis alebo lekársky poukaz, bola v deň jeho vystavenia zobrazená aj elektronická lieková knižka.	0,02

Optimus	Náklady**	Výška bonusu sa určí ako podiel = $[(\text{prepočítané náklady} - \text{priemerné náklady}) \times \text{počet ošetrovaných poistencov}] / (\text{počet kapitovaných poistencov} \times \text{počet mesiacov v hodnotenom období})$; výška bonusu je min. 0,01 € a max. 0,06 €. Prepočítané náklady sú náklady na poskytovateľom predpísané lieky, zdravotnicke pomôcky (ZP) a indikované výkony SVLZ na jedného poistenca v € po prepočítaní zohľadňujúcim rôznu chorobnosť poistencov zahŕňajúce tzv. indexy rizika nákladov. Priemerné náklady sú náklady na jedno jedinečné rodné číslo na lieky a výkony SVLZ u poskytovateľov s rovnakou odbornosťou, ktoré boli vypočítané za účelom porovnania s prepočítanými nákladmi. V prípade, že hodnota prepočítaných nákladov na poistenca neprekročí hodnotu priemerných nákladov v danej odbornosti, vzniká nárok na bonus	0,06 (max.)
	Primárna starostlivosť bez odoslania k špecialistovi**	Splnené, ak % ošetrovaných kapitovaných poistencov odoslaných do ambulancie špecializovanej ambulantnej starostlivosti neprekročí 25%.	0,75
Elektronické služby	Elektronické zúčtovanie cez online pobočku	Splnené, ak minimálne 75% dávok bolo vykázaných elektronicky cez Online pobočku zdravotnej poisťovne.	0,02
	Elektronický recept	Splnené, ak minimálne 75% lekárske predpisov a lekárske poukazy s výdajom v zariadení lekárskej starostlivosti a vykázaných do zdravotnej poisťovne bolo vystavených elektronicky cez službu eRecept prevádzkovanú zdravotnou poisťovňou	0,02
	eLab	Splnené, ak minimálne 75% realizovaných SVLZ laboratórnych bolo žiadaných poskytovateľom po zobrazení existujúcich výsledkov. V roku 2020 bude tento bonus uhradený aj bez splnenia ukazovateľa.	0,02
Dostupnosť	Počet kapitovaných poistencov	V závislosti od počtu kapitovaných poistencov u poskytovateľa k poslednému dňu hodnoteného obdobia sa výška bonusu za tento ukazovateľ určí podľa podmienok v zmysle ďalšieho bodu tejto časti prílohy. výška bonusu je min. 0,01 € a max. 0,32 €.	0,32 (max.)

*Uvedené ukazovatele sa uplatnia pri hodnotení, na základe ktorého zdravotná poisťovňa vypláca bonusy od 01.01.2020. Týmto nie sú dotknuté bonusy priznané na kalendárny polrok od 01.07.2019.

**Neuplatňuje sa u poskytovateľov, ktorí mali v hodnotenom období menej ako 30 kapitovaných poistencov.

6. Výška bonusu v € za ukazovateľ Dostupnosť – Počet kapitovaných poistencov sa určí podľa tabuľky tohto bodu. Poskytovateľ je zaradený vždy do jedného a to najvyššieho možného pásma, ktorého spodnú hranicu už dosahuje alebo prekračuje podľa nasledovnej tabuľky:

počet kapitovaných u poskytovateľa (vrátane)	pásma pre stanovenie príslušnej hodnoty							
	od 1	od 201	od 301	od 501	od 801	od 1001	od 2001	od 3501
Výška bonusu za ukazovateľ Dostupnosť	0,01	0,04	0,08	0,12	0,16	0,20	0,25	0,32