

Dodatok č. 25
k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti
č. 4004OPLK001513

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

Mestská poliklinika

zastúpený: Ing. Miroslava Križanová, riaditeľka Mestskej polikliniky
 so sídlom: SNP 2, 94218 Šurany
 IČO: 35606347
 identifikátor poskytovateľa (prvých šesť znakov kódu poskytovateľa): P81753
 (ďalej len "poskytovateľ" alebo spoločne aj „zmluvné strany“)

Zmluvné strany uzatvárajú tento dodatok č. 25 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti č. 4004OPLK001513 (ďalej v texte aj ako „zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti“):

Článok 2
Predmet dodatku

Na základe článku IX bodu 9.5. 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 s výnimkou Časti - Finančný rozsah pre ŠAS 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. V bode 9.4. článku IX zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa vypúšťa bodkočiarka a slová „účinnosť prílohy č. 2 sa podľa tohto bodu v tomto prípade predlžuje najviac o tri kalendárne mesiace“.
4. Príloha č. 2 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, Časť - Finančný rozsah pre ŠAS sa za obdobie od 01.07.2019 do 30.06.2020 nepoužije.
5. 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 kalendárneho mesiaca nasledujúceho po kalendárnom mesiaci, v ktorom bol dodatok zverejnený na webovom sídle zdravotnej poisťovne.

V Bratislave dňa 25.11.2019

Union zdravotná poisťovňa, a.s.

Mestská poliklinika

1

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 kapítovaného 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 kapítovanému poistencovi, ktoré sa podľa tejto časti uhrádzajú u kapítovaného poistenca cenou bodu alebo cenou výkonu.

3. Cenou bodu sa u kapítovaného 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 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 pri očkovaní proti osýpkam sa vyказuje s kódom choroby Z27.4, Z27.8, Z27.3, Z27.1, Z24.4	0,0485
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 vykonával 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	Vykazuje 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	Vykazuje sa - pri pozitívnom výsledku s kódom choroby Z00.0 alebo Z12.1 - u poistencov vo veku nad 40 rokov raz za dva roky a u poistencov s pozitívnou rodinnou anamnézou karcinómu hrubého čreva a konečníka	8,00
159z	Vykazuje sa - pri negatívnom výsledku s kódom choroby Z00.0 alebo Z12.1 - u poistencov vo veku nad 40 rokov raz za dva roky a u poistencov s pozitívnou rodinnou anamnézou karcinómu hrubého čreva a konečníka	8,00
159x	Vykazuje 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 vykazuje 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 kapitálnej platby za poistenca.	10,50
5702Z*	Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie ako súčasť predoperačného vyšetrenia; vykazuje 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

	- vedie dokumentáciu údržby P.O.C.T. prístroja v predpísanom režime. - 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). Vyšetrenie INR VLD v ambulancii lekára nie je povolené vykázať, ak súčasne v ten istý deň bolo toto vyšetrenie indikované do laboratória. Maximálna frekvencia vyšetrení INR VLD v ambulancii lekára u jedného poistenca maximálne 16 / rok.	
5715*	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. Výkon sa uhrádza, ak - 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. Výkon sa uhrádza maximálne raz za dva roky u jedného poistenca.	9,00
H0008*	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; Výkon sa uhrádza, ak: - 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	Obsahom zdravotného výkonu je realizácia testu na zistenie rizika kognitívneho deficitu, ktorý/ktorého - sa môže vykonať u poistencov vo veku nad 50 rokov maximálne raz dva roky v rámci preventívnej prehliadky, alebo v prípade záujmu poistenca, - sa vykazuje s diagnózami v závislosti od výsledku testu: • negatívny výsledok testu: Z00.0 (všeobecné lekárske vyšetrenie) • pozitívny výsledok testu: Z03.2 (pozorovanie pri podozrení na duševnú poruchu a poruchu správania), - výstupom je celkové dosiahnuté skóre, - po vyplnení zostáva súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca. Výsledok testu všeobecný lekár oznámi poistencovi, poskytne mu informácie a zabezpečí jeho ďalší manažment (napr. odporúčenie odborného vyšetrenia u špecialistu).	6,00
10	Starostlivosť o poistenca s artériovou hypertenziou, dyslipidémiou a/alebo obezitou Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie - u kapítovaného poistenca, ktorý má aspoň jedno z nasledujúcich ochorení alebo ich kombináciu: • 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: • BMI: 30 – 34,99 (obezita I. stupňa) alebo	8,00

	35 – 39,99 (obezita II. stupňa) alebo nad 40 (obezita III. stupňa) - a súčasne prítomný marker vysokého rizika vzniku metabolických a obehových komplikácií spojených s obezitou na základe distribúcie tuku - obvod pásu v cm: muži nad 102 cm, ženy nad 88 cm - 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 záchrannej 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. V cene výkonu je zahrnuté komplexné poskytovanie zdravotnej starostlivosti v súvislosti daným ochorením, najmä - 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). Pre účely úhrady tohto výkonu nad rámec kapitácie zároveň platí: - 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 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.

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 (€)
Prevencia	Preventívne prehliadky (PP)**	Splnené, ak % vykonaných PP u kapítovaných poistencov, ktorí ju mali absolvovať v hodnotenom období, bolo minimálne 21 %.	0,05
	Prevencia rizík farmakoterapie	Splnené, ak minimálne u 30% pacientov, ktorým bol elektronicky vystavený lekárske predpis alebo lekárske poukaz, bola v deň jeho vystavenia zobrazená aj elektronická lieková knižka.	0,02

Optimus	Náklady**	Výška bonusu sa určí ako podiel = [(prepočítané náklady - priemerné náklady) x počet ošetrovaných poistencov] / (počet kapitovaných poistencov x počet mesiacov v hodnotenom období); výška bonusu je min. 0,01 € a max. 0,06 €. Prepočítané náklady sú náklady na poskytovateľom predpísané lieky, zdravotnícke 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 predpisy a lekárske poukazy s výdajom v zariadení lekárenskej 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

Časť - Všeobecná ambulantná starostlivosť pre deti a dorast (vrátane dorastu)

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

Špecifikácia podmienok úhrady	Kapitácia v €
poistenec do 1 roka veku	6,98
poistenec od 1 do 5 rokov veku vrátane	5,48
poistenec od 6 do 14 rokov veku vrátane	3,78
poistenec od 15 do 18 rokov veku vrátane	2,38
poistenec od 19 do 28 rokov vrátane	2,38

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	Cena bodu v €
142	0,0900
143, 143a, 144, 145, 145a, 146, 146a, 146b, 146c, 148, 148a, 148b, 148c, 149, 149a, 149b, 149c, 149d, 149f, 950, 953 (pri vykázaní s kódom choroby Z00.1) Výkon 950 je možné vykázať v kombinácii s výkonom 143, 143a, 144, 145, 145a, 146, 146a, 146b, 146c.	0,0485
143, 143a, 144, 145, 145a, 146, 146a, 146b, 146c, 148 (pri vykázaní s kódom choroby P07.00, P07.01, P07.02, P07.10, P07.11 podľa pôrodnej hmotnosti novorodenca)	0,0539

4. 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	Vykazuje sa - s kódom choroby Z00.1 - s výkonom 149 alebo 149d - aj u poistencov v 13. roku veku	0,0485
3671	Vykazuje sa - s kódom choroby Z00.1, Z00.0 alebo Z52.0 u darcov krvi - s výkonom 149 alebo 149d	0,0485
252a	pri očkovaní proti rotavírusom sa vykazuje s kódom choroby Z25.8 alebo Z26.8	0,0600
252b	pri očkovaní proti chrípke sa vykazuje s kódom choroby Z25.1	
	pri povinnom očkovaní vrátane povinného očkovania proti diftérii a tetanu a povinného očkovania proti pneumokokom sa vykazuje s kódom choroby Z23.8 alebo Z27.4 alebo Z27.8 alebo Z00.1,	
	pri odporúčanom očkovaní proti pneumokokom sa vykazuje s kódom choroby Z23.8	
	pri očkovaní proti vírusovej hepatitíde typu A sa vykazuje s kódom choroby Z20.5 alebo Z24.6	
	pri očkovaní proti vírusovej hepatitíde typu A + B sa vykazuje 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 vykazuje s kódom choroby Z20.8 alebo Z23.8	
	pri očkovaní proti varicelle sa vykazuje s kódom choroby Z26.8	
	pri očkovaní proti kliešťovej encefalitíde sa vykazuje s kódom choroby Z24.1	
	pri očkovaní proti HPV u dievčat a chlapcov od 13. roku života až do dovŕšenia 16. roku života, vykazuje sa s kódom choroby Z25.8 (s platnosťou do 31.12.2020)	
	pri očkovaní proti osýpkam sa vykazuje s kódom Z27.4, Z27.8, Z27.3, Z27.1 alebo Z24.4	
25 26 29	Výkon 25 je možné vykázať aj: - s výkonmi preventívnych prehliadok u imobilných poistencov alebo z dôvodu iného závažného dlhodobého zdravotného postihnutia poistenca,	0,025

	- 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	
4;5;6;30	Výkony sa vykazujú 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
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.

5. 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 Z00.1, Z00.0 alebo Z52.0 u darcov krvi	17,70
60	Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie - pri prevzatí poistenca do zdravotnej starostlivosti - maximálne jedenkrát u jedného poistenca	2,30
60b	Základné vyšetrenie zahŕňa potrebné odbery krvi, zhodnotenie laboratórných 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 poisteneц 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 kapitácie platby za poistenca.	10,50
67	U detí do dovŕšenia 5 roku veku pri sťaženom výkone: očkovanie alebo odber krvi. V ostatných prípadoch je úhrada za tento výkon zahrnutá v kapitácii	4,10
5702Z*	Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie ako súčasť predoperačného vyšetrenia; vyказuje sa s výkonom 60b.	4,41
1544a*	Otoskopické vyšetrenie jednostranne	4,40
10	Starostlivosť o poistenca s obezitou, artériovou hypertenziou a/alebo dyslipidémiou Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie - u poistenca, ktorý má aspoň jedno z nasledujúcich ochorení alebo ich kombináciu: • obezita	8,00

	- dyslipidémia - hypertenzia (ďalej jednotlivo aj ako „dané ochorenie“ alebo spoločne ako „dané ochorenia“) – ak ide o poistenca, ktorý má len izolovanú obezitu (t.j. nemá arteriálnu hypertenziu a/alebo dyslipidémiu), podmienkou úhrady je aj BMI nad 90 percentil pre daný vek poistenca (štandardné hodnoty BMI u detí sú stanovené Odborným usmernením Ministerstva zdravotníctva SR č. 13278-OZS-2011 o diagnostike a liečbe obezity u detí) – ak poistenec nie je dispenzarizovaný a/alebo liečený u iného poskytovateľa pre dané ochorenia (okrem jednorazového vyšetrenia u poskytovateľa špecializovanej ambulantnej starostlivosti za účelom konzultácie alebo vykonania zobrazovacieho vyšetrenia), – ak je vykázaný s príslušnou diagnózou, – maximálne dvakrát 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. V cene výkonu je zahrnuté komplexné poskytovanie zdravotnej starostlivosti v súvislosti s daným ochorením, najmä - 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). Pre účely úhrady tohto výkonu nad rámec kapitácie zároveň platí: - 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 laboratórných a iných výsledkov vyšetrení zdravotná poisťovňa akceptuje vyšetrenia, ktoré neboli realizované neskôr ako 3 mesiace pred dňom realizácie iniciálneho alebo kontrolného vyšetrenia, poskytovateľ vykonáva aj priebežný selektívny skríning hypertenzie ako aj selektívny skríning dyslipidémie u poistencov v prípade pozitívnej rodinnej anamnézy.	
--	---	--

*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.

6. 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:	1,47 €	
	Ukazovateľ*	Špecifikácia ukazovateľa	Bonus (€)
Prevenčia	Preventívne prehliadky (PP)**	Splnené, ak % vykonaných PP u kapitovaných poistencov, ktorí ju mali absolvovať v hodnotenom období, bolo minimálne 35 %,	0,05
	Prevenčia rizík farmakoterapie	Splnené, ak minimálne u 30% pacientov, ktorým bol elektronicky	0,02

		vystavený lekársky predpis alebo lekársky poukaz, bola v deň jeho vystavenia zobrazená aj elektronická lieková knižka.	
Optimus	Náklady**	Výška bonusu sa určí ako podiel = $[(\text{prepočítané náklady} - \text{priemerné náklady}) \times \text{počet ošetrovaných poistencov}] / (\text{počet kapítovaných poistencov} \times \text{počet mesiacov v hodnotenom období})$; výška bonusu je min. 0,01 € a max. 0,06 €. Prepočítané náklady sú náklady na poskytovateľom predpísané lieky, zdravotnícke 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 kapítovaných poistencov odoslaných do ambulancie špecializovanej ambulantnej starostlivosti neprekročí 25%.	0,75
	Elektronické zúčtovanie cez online pobočku	Splnené, ak minimálne 75% dávok bolo vykázaných elektronicky cez Online pobočku zdravotnej poisťovne.	0,02
Elektronické služby	Elektronický recept	Splnené, ak minimálne 75% lekárske predpisy 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 kapítovaných poistencov	V závislosti od počtu kapítovaných poistencov u poskytovateľa k poslednému dňu hodnoteného obdobia sa výška bonusu za tento ukazovateľ určí podľa podmienok v zmysle ďalšieho bodu tejto časti prílohy. Výška bonusu je min. 0,01 € a max. 0,53 €.	0,53 (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 kapítovaných poistencov.

7. Výška bonusu v € za ukazovateľ Dostupnosť – Počet kapítovaných poistencov sa určí podľa tabuľky tohto bodu. Poskytovateľ je zaradený do toho pásma, ktorého spodnú hranicu už dosahuje alebo ktorého hornú hranicu už prekračuje.

	pásma pre stanovenie príslušnej hodnoty bonusu							
počet kapítovaných u poskytovateľa (vrátane)	od 1	od 201	od 301	od 501	od 801	od 1001	od 2001	od 3001
Výška bonusu za ukazovateľ Dostupnosť	0,01	0,07	0,12	0,18	0,24	0,33	0,43	0,53

Časť - Špecializovaná ambulantná starostlivosť v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo

1. Kapitácia sa uhrádza nasledovne:

Špecifikácia podmienok úhrady	Kapitácia v €
poistenky po dovŕšení 15-teho roku veku	1,47

2. V kapitácii nie je zahrnutá úhrada za zdravotné výkony poskytnuté kapitolovanej poistenke, ktoré sa podľa tejto časti uhrádzajú u kapitolovaného poistenca cenou bodu.

3. Cenou bodu sa u kapitolovanej poistenky a poistenky EÚ, ktorá 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 €
100	Vyказuje sa - s kódom choroby Z34.0 alebo Z34.8 - ak nie je súčasťou iného výkonu	0,0485
102	Vyказuje sa - po potvrdení gravidity pri prvej návšteve - s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4	0,0485
103 ¹	Vyказuje sa - od druhého mesiaca tehotenstva 1x/za 28 dní (max. 8x u jednej poistenky počas tehotenstva), ak ďalej nie je uvedené inak, - 1x/týždenne v posledných 4 týždňoch tehotenstva (max. 4x u jednej poistenky počas posledných 4 týždňov tehotenstva) - s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4	0,0485
105	Vyказuje sa - 1x v súvislosti so šestonedelím - s kódom choroby Z39.2	0,0485
157	vyказuje sa - 1x/kalendárny rok u ženy vo veku od 18 rokov veku alebo od prvého tehotenstva - s kódom choroby Z01.4	0,0485
167	Skrining rakoviny krčka maternice pre ženy vo veku od 18 do 64 rokov, prvé dva odbery cytologie v ročnom intervale. V prípade negativity týchto dvoch cytologických výsledkov pokračovať v 3-ročnom intervale do veku 64 rokov. Uvedená periodicita platí aj pre poistenku, u ktorej sa začal skrining aj neskôr ako v 23. roku života. Skrining sa ukončí vo veku 64 rokov, ak budú posledné 3 cytologické nálezy negatívne. Vyказuje sa s kódom choroby Z01.4.	0,0485
-	Výkony SVLZ (vrátane prístrojových) okrem 108, 118, 5303, 5305 a 5308 akceptovaných ako preventívne prístrojové výkony	0,0082
108	Výkon 108 sa akceptuje ako preventívny prístrojový výkon najviac štyri razy počas tehotenstva. Vyказuje sa súčasne s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4	0,0485
118	Výkon 118 sa akceptuje ako preventívny prístrojový výkon raz týždenne počas obdobia posledných štyroch týždňov gravidity (maximálne 6x). Vyказuje sa súčasne s výkonom 103 a s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4	0,0266
252b	- pri očkovaní proti chrípke sa vyказuje s kódom choroby Z25.1 - pri očkovaní proti čiernemu kašľu s kódom choroby Z23.7 - pri očkovaní proti HPV u dievčat od dovŕšenia 15. roku života až do dovŕšenia 16 roku života, vyказuje sa s kódom choroby Z25.8 (s platnosťou do 31.12.2020) Zdravotná poisťovňa výkon neuhradí, ak už bol u daného poistenca v danom kalendárnom roku uhradený u iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.	0,0485
1070	Vyказuje sa - s výkonom 157 - s kódom choroby Z01.4	0,0485
5303*	Výkony 5303 a 5305 sa akceptujú ako preventívne výkony raz za dvanásť mesiacov, vyказujú sa v nadväznosti na výkon 157 a s kódom choroby Z01.4. Výkony 5303 a 5305 sa	0,0200

¹ Pri rizikovitom tehotenstve sa vyказuje uvedená prehliadka pod kódom zdravotného výkonu č. 63; zdravotný výkon č. 63 sa neuhradza ako preventívna prehliadka nad rámec kapitácie

5305*	nevykazujú naraz v rámci vykonania jednej preventívnej prehliadky (výkon 157). Výkony 5303 a 5305 sa akceptujú k úhrade aj bez naviazania na vykonanie preventívnej prehliadky (výkon 157); v tomto prípade sa uhrádzajú cenou bodu za výkony SVLZ, ktoré nie sú preventívne prístrojové výkony.	0,0200
5308*	Výkon 5308 sa akceptuje ako preventívny výkon raz za dva roky v intervaloch a vekovom rozmedzí stanovených v skriningu. Vykazuje sa súčasne s výkonom 157 a kódom choroby Z01.4	0,008535
5809*	Vykazuje sa s výkonom 108	0,0266
-	Výkony (okrem SVLZ výkonov) neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanej poistienke	0,026
-	SVLZ výkony neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanej poistienke	0,0082
-	Výkony (okrem SVLZ výkonov) zdravotnej starostlivosti poskytnuté poistienke EÚ s výnimkou výkonov, pre ktoré je v tejto časti prílohy určená iná cena bodu	0,026
-	SVLZ výkony zdravotnej starostlivosti poskytnuté poistienke EÚ s výnimkou výkonov, pre ktoré je v tejto časti prílohy určená iná cena bodu	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. V prípade, že poskytovateľ nie je oprávnený výkony SVLZ prístrojové vykonávať, lebo nespĺňa podmienky podľa tejto vysvetlivky, zdravotná poisťovňa uhradí tieto výkony tomu poskytovateľovi, ktorý tieto podmienky spĺňa, ktorý je zároveň jej zmluvným poskytovateľom a ktorý bol písomne oznámený zdravotnej poisťovni poskytovateľom. V prípade, že u poskytovateľa vykonáva SVLZ prístrojové vyšetrenia lekár inej odbornosti ako je gynekológia a pôrodnictvo (napr. rádiológ), poskytovateľ vykazuje vykonané výkony lekárom inej odbornosti podľa tohto bodu pod kódom lekára, ktorý vyšetrenia vykonával. Podmienkou vykazovania podľa tohto bodu je zároveň oprávnenie na vykonávanie činnosti podľa tohto bodu v platnom povolení poskytovateľa pre príslušnú odbornosť.

4. 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“ a „Mamografie“, 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 ambulantnej starostlivosti sú uvedené v nasledovnej tabuľke:

Maximálny bonus spolu:		0,46 €	
Ukazovateľ*		Špecifikácia ukazovateľa	Bonus (€)
Prevenčia	Preventívne prehliadky (PP)**	Splnené, ak % vykonaných PP u kapitovaných poistencov, ktorí ju mali absolvovať v hodnotenom období, bolo minimálne 40 %,	0,02
	Mamografie**	Splnené, ak % vykonaných mamografických vyšetrení u kapitovaných poistencov, ktoré ju mali absolvovať v hodnotenom období, bolo minimálne 40 %,	0,02
	Prevenčia rizík farmakoterapie	Splnené, ak minimálne u 10% 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 = [(prepočítané náklady - priemerné náklady) x počet ošetrovaných poistencov] / (počet kapitovaných poistencov x počet mesiacov v hodnotenom období); výška bonusu je min. 0,01 € a max. 0,06 €. Prepočítané náklady sú náklady na poskytovateľom predpísané lieky, zdravotnícke 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.)
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 predpisy a lekárske poukazy so výdajom v zariadení lekárenskej 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	Úväzok lekára	Ukazovateľ je splnený, ak v čase hodnotenia tohto ukazovateľa úväzok evidovaný na jedného lekára so špecializáciou gynekológia a pôrodnictvo u daného poskytovateľa je minimálne 0,5 lekárskeho miesta.	0,02
	Počet kapítovaných poistenkýň	V závislosti od počtu kapítovaných 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. 0,26 €.	0,26 (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*.

**Nevyhodnocuje sa u poskytovateľov, ktorí mali v hodnotenom období menej ako 30 kapítovaných poistencov.

5. Výška bonusu v € za ukazovateľ Dostupnosť – Počet kapítovaných 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 kapítovaných u poskytovateľa (vrátane)	pásma pre stanovenie príslušnej hodnoty bonusu							
	od 1	od 201	od 401	od 701	od 1001	od 1501	od 3001	od 5001
Výška bonusu za ukazovateľ Dostupnosť	0,02	0,03	0,05	0,08	0,10	0,15	0,20	0,26

Časť - Špecializovaná ambulantná starostlivosť v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo, reprodukčná medicína, materno-fetálna medicína, ultrazvuk v gynekológii a pôrodnictve, mamológia a v certifikovanej pracovnej činnosti mamodiagnostika v gynekológii

1. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
-	Výkony špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo	0,0237
-	Výkony SVLZ (vrátane prístrojových) okrem 108, 118, 5303, 5305 a 5308 akceptovaných ako preventívne prístrojové výkony	0,0082
108	Výkon 108 sa akceptuje ako preventívny prístrojový výkon najviac štyri razy počas tehotenstva. Vykazuje sa súčasne s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4	0,0485
118	Výkon 118 sa akceptuje ako preventívny prístrojový výkon raz týždenne počas obdobia posledných štyroch týždňov gravidity (maximálne 6x). Vykazuje sa súčasne s výkonom 103 a s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4	0,0266
1070	Vykazuje sa - s výkonom 157 - s kódom choroby Z01.4	0,0485
5303*	Výkony 5303 a 5305 sa akceptujú ako preventívne výkony raz za dvanásť mesiacov, vykazujú sa v nadväznosti na výkon 157 a s kódom choroby Z01.4. Výkony 5303 a 5305 sa nevykazujú naraz v rámci vykonania jednej preventívnej prehliadky (výkon 157). Výkony 5303 a 5305 sa akceptujú k úhrade aj bez naviazania na vykonanie preventívnej prehliadky (výkon 157); v tomto prípade sa uhrádzajú cenou bodu za výkony SVLZ, ktoré nie sú preventívne prístrojové výkony.	0,0200
5305*		0,0200
5308*	Výkon 5308 sa akceptuje ako preventívny výkon raz za dva roky v intervaloch a vekovom rozmedzí stanovených v skríningu. Vykazuje sa súčasne s výkonom 157 a kódom choroby Z01.4.	0,008535
5809*	Vykazuje sa s výkonom 108	0,0266
-	Výkony (okrem SVLZ výkonov) neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanej poistenke	0,026
-	SVLZ výkony neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanej poistenke	0,0082
-	Výkony (okrem SVLZ výkonov) zdravotnej starostlivosti poskytnuté poistenke EÚ s výnimkou výkonov, pre ktoré je v tejto časti prílohy určená iná cena bodu	0,026
-	SVLZ výkony zdravotnej starostlivosti poskytnuté poistenke EÚ s výnimkou výkonov, pre ktoré je v tejto časti prílohy určená iná cena bodu	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.

Časť - Špecializovaná ambulantná starostlivosť

1. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
-	Výkony špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti (ďalej aj ako „ŠAS“) Cena bodu za výkony ŠAS uvedená v tejto tabuľke je základná a za podmienok v tejto časti prílohy sa k nej pripočítavajú bonusy.	0,0237
15d	Ohodnocuje sa 150 bodmi. Výkon popisu RTG natívnej snímky vykonaný lekárom špecialistom v súvislosti s uskutočneným zdravotným výkonom. V závislosti od odbornosti (kód odbornosti je uvedený v zátvorke) vykazuje sa s nasledovnými kódmi chorôb: J10 – J22, J40 – J99, R09, R84 (003) S00 – S99, K20 – K67, K80 – K93 (010,013) S00 – S99, K20 – K67, K80 – K93 (011) J01.0 – J01.9, J32.0 – J34.2, S 01.2 – S03.4 (014) M00 – M99 (045) Zápis o vykonaní výkonu lekár založí do zdravotnej dokumentácie, ktorá bude spolu s popisom RTG vyšetrenia v prípade požiadania predložená revíznemu lekárovi zdravotnej poisťovne. Zdravotná poisťovňa uhradí pri jednom rodnom čísle v jednom dni iba jeden výkon 15d; platí aj v prípade kontrolného vyšetrenia, ak je v jednom dni potrebné.	0,006666
-	Výkony SVLZ poskytnuté na ambulancii ŠAS, okrem výkonov 5330, 5331, 5332, 5793, 5794 a 5795.	0,0082
5330* 5331* 5332*		0,0055
5793* 5794* 5795*		0,012083

*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.

2. Cenou výkonu sa uhrádzajú nasledovné výkony ŠAS:

Kód výkonu	Počet bodov	Špecifikácia podmienok úhrady
60	420	Cena výkonu sa určí ako súčin počtu bodov podľa tejto tabuľky a (výslednej) ceny bodu za výkony ŠAS s bonusom priznaným pre príslušným kalendáry polrok podľa tejto časti prílohy. Takto určená cena výkonu sa zaokrúhľuje matematicky na dve desatinné miesta. V prípade výkonu s kódom 741 ustanovenia tohto bodu platia len pre odbornosť pediatrika gastroenterológia (kód odbornosti 154).
60r	480	
62	270	
63	210	
65	150	
67	150	
741	3 292	

3. Cenou výkonu sa uhrádza nasledovný výkon:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena za výkon v €
H0008*	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. Výkon sa uhrádza, ak: - bol poskytnutý 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 všeobecnej ambulantnej starostlivosti, - poskytovateľ predložil aj doklady zaškolení výrobcou prístrojového vybavenia.	4,50

*Výkon sa uhrádza u odborností vnútorné lekárstvo, kardiológia a angiológia 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. U iných odborností ako je vnútorné lekárstvo, kardiológia a angiológia zdravotná poisťovňa po splnení podmienok v tomto bode môže výkon schváliť, ak poskytovateľ medicínsky zdôvodní žiadosť o zazmluvnenie výkonu.

4. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi bonusy k cene bodu za výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti 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, 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.

c) Zdravotná poisťovňa uhradza 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 špecializovanej ambulantnej starostlivosti (okrem poskytovateľov špecializovanej ambulantnej starostlivosti poskytujúcich zdravotnú starostlivosť výlučne v odbornosti klinická psychológia a/alebo klinická logopédia) sú uvedené v nasledovnej tabuľke:

Maximálny bonus spolu:		0,0033 €	
	Ukazovateľ*	Špecifikácia ukazovateľa	Bonus (€)
Prevenčia	Prevenčia rizík farmakoterapie	Splnené, ak minimálne u 20% pacientov, ktorým bol elektronicky vystavený lekárske predpis alebo lekárske poukaz, bola v deň jeho vystavenia zobrazená aj elektronická lieková knižka.	0,0005
	Náklady**	Výška bonusu sa určí ako (prepočítané náklady – priemerné náklady)/skutočné náklady x cena bodu. výška bonusu je min. 0,0001 € a max. 0,0008 €. Prepočítané náklady sú náklady na poskytovateľom predpísané lieky, zdravotnícke 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. Skutočné náklady sú náklady na poskytovateľom predpísané lieky, zdravotnícke pomôcky (ZP) a indikované výkony SVLZ na jedného poistenca v €.	0,0008 (max.)
	Návštevy**	Splnené, ak je u poskytovateľa priemerný počet návštev na jedného jedinečného poistenca nižší ako priemerný počet návštev na jedného jedinečného poistenca v danej odbornosti (ďalej len „priemerná návštevnosť odbornosti“). Ak má poskytovateľ viac odborností, vyhodnocujú sa potenciálne náklady, t.j., aké by boli náklady zdravotnej poisťovne na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej poskytovateľom, ak by poskytovateľ pri všetkých jeho odbornostiach dosahoval priemernú návštevnosť danej odbornosti. Ukazovateľ je splnený, ak sú potenciálne náklady vyššie ako skutočné náklady zdravotnej poisťovne na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej poskytovateľom.	0,0005
Elektronické služby	Elektronické zúčtovanie cez online pobočku	Splnené, ak minimálne 75% dávok bolo vykázaných elektronicky cez Online pobočku zdravotnej poisťovne.	0,0005
	Elektronický recept	Splnené, ak minimálne 75% receptov s výdajom v lekárni bolo vystavených elektronicky cez službu eRecept	0,0005
	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.	0,0005

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.

**Nevyhodnocuje sa u poskytovateľov, ktorí mali v hodnotenom období menej ako 30 ošetrovaných poistencov, resp. ako ide o pediatrické špecializácie menej ako 20 ošetrovaných poistencov. Nevyhodnocuje sa ani u odborností s kódom 027, 141, 144 a odborností zazmluvnených u menej ako 10 ambulantných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

e) Ukazovatele a bonusy, ktoré sa uplatňujú u poskytovateľov špecializovanej ambulantnej starostlivosti poskytujúcich zdravotnú starostlivosť výlučne v špecializačnom odbore klinická logopédia a/alebo klinická psychológia sú uvedené v nasledovnej tabuľke:

Maximálny bonus spolu:		0,0033 €	
	Ukazovateľ*	Špecifikácia ukazovateľa	Bonus (€)

Optimus	Návštevy**	Splnené, ak je u poskytovateľa priemerný počet návštev na jedného jedinečného poistenca nižší ako priemerný počet návštev na jedného jedinečného poistenca v danej odbornosti (ďalej len „priemerná návštevnosť odbornosti“). Ak má poskytovateľ viac odborností, vyhodnocujú sa potenciálne náklady, t.j., aké by boli náklady zdravotnej poisťovne na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej poskytovateľom, ak by poskytovateľ pri všetkých jeho odbornostiach dosahoval priemernú návštevnosť danej odbornosti. Ukazovateľ je splnený, ak sú potenciálne náklady vyššie ako skutočné náklady zdravotnej poisťovne na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej poskytovateľom.	0,0020
Elektronické služby	Elektronické zúčtovanie cez online pobočku	Splnené, ak minimálne 75% dávok bolo vykázanych elektronicky cez Online pobočku zdravotnej poisťovne.	0,0013

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.

**Nevyhodnocuje sa u poskytovateľov, ktorí mali v hodnotenom období menej ako 30 ošetrovaných poistencov.

Časť - Špecializovaná ambulantná starostlivosť v špecializačnom odbore gastroenterológia

1. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
-	Výkony špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti Cena bodu za výkony ŠAS uvedená v tejto tabuľke je základná a za podmienok v tejto časti prílohy sa k nej pripočítavajú bonusy.	0,0237
-	Výkony SVLZ poskytnuté na ambulancii ŠAS	0,0082

2. Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0485 €** uhrádzajú zdravotné výkony preventívnej gastroenterologickej prehliadky podľa prílohy č. 2 k zákonu č. 577/2004 Z. z., v znení neskorších predpisov:

a) poskytovateľovi **zaradenému** do programu skriningu kolorektálneho karcinómu v zmysle Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva SR pre realizáciu programu skriningu kolorektálneho karcinómu²⁾, za podmienok podľa tejto tabuľky:

Kód výkonu	Vykazovanie / výsledok	Počet bodov / vyšetrenie	Vek / frekvencia
760sp 760pp	vykazuje sa v prípade <u>pozitívneho</u> nálezu s kódom choroby Z12.1	1 350	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov
760sn 760pn	vykazuje sa v prípade <u>negatívneho</u> nálezu s kódom choroby Z12.1		
763sp 763pp	vykazuje sa v prípade <u>pozitívneho</u> nálezu s kódom choroby Z12.1	2 369	
763sn 763pn	vykazuje sa v prípade <u>negatívneho</u> nálezu s kódom choroby Z12.1		

b) poskytovateľovi **nezaradenému** do programu skriningu kolorektálneho karcinómu za podmienok podľa tejto tabuľky:

Kód výkonu	Vykazovanie	Vek / frekvencia	Počet bodov / vyšetrenie
763p	vykazuje sa s kódom choroby Z12.1	za podmienok a vo frekvencii podľa zákona č. 577/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov	2 369

1. Cenou výkonu sa uhrádzajú nasledovné výkony ŠAS:

Kód výkonu	Počet bodov	Špecifikácia podmienok úhrady
60	420	Cena výkonu sa určí ako súčin počtu bodov podľa tejto tabuľky a (výslednej) ceny bodu za výkony ŠAS s bonusom priznaným pre príslušným kalendárny polrok podľa tejto prílohy. Takto určená cena výkonu sa zaokrúhľuje matematicky na dve desatinné miesta.
62	270	
63	210	
65	150	
67	150	

2. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi bonusy k cene bodu za výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti 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, 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.

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 poisťencov štátu, zdravotná poisťovňa môže na vybrané obdobie hodnoty priznaných bonusov navýšiť nad rámec hodnôt bonusov podľa tabuľky tohto bodu, o čom informuje poskytovateľa.

²⁾ Zoznam endoskopických pracovísk a zoznam špecialistov oprávnených na výkon skriningu kolorektálneho karcinómu je zverejnený na www.health.gov.sk.

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

Maximálny bonus spolu:		0,0033 €	
	Ukazovateľ*	Špecifikácia ukazovateľa	Bonus (€)
Prevencia	Prevencia rizík farmakoterapie	Splnené, ak minimálne u 20% pacientov, ktorým bol elektronicky vystavený lekársky predpis alebo lekársky poukaz, bola v deň jeho vystavenia zobrazená aj elektronická lieková knižka.	0,0005
Optimus	Náklady**	Výška bonusu sa určí ako (prepočítané náklady – priemerné náklady)/skutočné náklady x cena bodu. výška bonusu je min. 0,0001 € a max. 0,0008 €. Prepočítané náklady sú náklady na poskytovateľom predpísané lieky, zdravotnícke 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. Skutočné náklady sú náklady na poskytovateľom predpísané lieky, zdravotnícke pomôcky (ZP) a indikované výkony SVLZ na jedného poistenca v €.	0,0008
	Návštevy**	Splnené, ak je u poskytovateľa priemerný počet návštev na jedného jedinečného poistenca nižší ako priemerný počet návštev na jedného jedinečného poistenca v danej odbornosti (ďalej len „priemerná návštevnosť odbornosti“). Ak má poskytovateľ viac odborností, vyhodnocujú sa potenciálne náklady, t.j., aké by boli náklady zdravotnej poisťovne na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej poskytovateľom, ak by poskytovateľ pri všetkých jeho odbornostiach dosahoval priemernú návštevnosť danej odbornosti. Ukazovateľ je splnený, ak sú potenciálne náklady vyššie ako skutočné náklady zdravotnej poisťovne na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej poskytovateľom.	0,0005
Elektronické služby	Elektronické zúčtovanie cez online pobočku	Splnené, ak minimálne 75% dávok bolo vykázaných elektronicky cez Online pobočku zdravotnej poisťovne.	0,0005
	Elektronický recept	Splnené, ak minimálne 75% receptov s výdajom v lekárni bolo vystavených elektronicky cez službu eRecept	0,0005
	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.	0,0005

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.

**Nevyhodnocuje sa u poskytovateľov, ktorí mali v hodnotenom období menej ako 30 ošetrovaných poistencov, resp. ako ide o pediatrické špecializácie menej ako 20 ošetrovaných poistencov. Nevyhodnocuje sa ani u odborností s kódom 027, 141, 144 a odborností zazmluvnených u menej ako 10 ambulantných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Časť - Špecializovaná ambulantná starostlivosť v špecializačnom odbore zubné lekárstvo, detské zubné lekárstvo, maxilofaciálna chirurgia, čeľusťná ortopédia a v certifikovanej pracovnej činnosti dentoalveolárna chirurgia, choroby slizníc ústnej dutiny a mukogingiválna chirurgia (ďalej len „zubné lekárstvo“)

1. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
Výkony špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti v odbore zubné lekárstvo. Výkon V12 sa ohodnocuje 300 bodmi. Pre náročnosť ošetrovania poistencov s vrodenou vývojovou chybou čeľustí a tváre sa výška úhrady zdravotného výkonu O06 do dosiahnutia šiesteho roku veku a výška úhrady zdravotných výkonov O21 až O37 bez obmedzenia veku, násobí koeficientom H 1,3 . Zdravotné výkony preventívnych prehliadok D01, D02, D02a, D05 a D06 sa vykazujú s kódom choroby Z01.2.	0,0905

2. Do úhrady za zdravotný výkon nie sú zahrnuté náklady na:

- zdravotnícke pomôcky skupiny „Z“ uvedené v Zozname zdravotníckych pomôcok na mieru; ktorý vydáva Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky opatrením,
- materiál pri výkone RTG snímok podľa bodu 3 tejto časti.

3. Pevnou cenou sa uhrádza materiál pri výkone RTG snímok za každú správne vykázanú a uznanú RTG snímku:

Špecifikácia podmienok úhrady	Cena v €
materiál* k výkonu D 52 sa vyказuje pod kódom RTGIO	0,27
materiál* k výkonu D 54 sa vyказuje pod kódom OPG	0,50

*Uhrádza sa poskytovateľovi, ktorý zdravotnej poisťovni predložil príslušné povolenie na používanie zdrojov ionizujúceho žiarenia.

Časť - Zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek

1. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
Výkony spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej aj ako „SVLZ“), s výnimkou špecializačných odborov uvedených pod písm. A) a B) tejto časti prílohy.	0,0073 €

2. Úhrad za výkony nezahŕňa ani náklady na ďalšie pripočítateľné položky k zdravotným výkonom vykázané v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi, ak nie je dojednané inak.

A) Zobrazovacie vyšetrovacie metódy

1. Cenou bodu v rozmedzí **od 0,003700 € do 0,008000 €** sa uhrádzajú výkony SVLZ v špecializačnom odbore rádiológia. Výška ceny bodu závisí od technických parametrov prístrojového vybavenia pracoviska a od splnenia kritérií uvedených v tabuľke tohto bodu:

Zobrazovacia modalita	Kritérium	Cenové úrovne podľa splnenia kritérií v €	Zmluvná cena bodu v €
osteodenzitometria	-	0,005500	X
konvenčné rtg	-	0,008000	0,008000
ultrasonografia	-	0,007303	0,007303
mamografia	Poskytovateľ, ktorý poskytuje menej ako 3.000 vyšetrení za jeden kalendárny rok	0,007400	X
	Poskytovateľ, ktorý poskytuje minimálne 3.000 vyšetrení za jeden kalendárny rok	0,008000	
počítačová tomografia	CT prístroj do 16 MSCT	0,003700	X
	CT prístroj do 16 MSCT– 24 hodinová prevádzka	0,003900	
	CT prístroj 20 - 40 MSCT	0,004000	
	CT prístroj 20 - 40 MSCT– 24 hodinová prevádzka	0,004200	
	CT prístroj 64 MSCT a viac	0,004400	
	CT prístroj 64 MSCT a viac – 24 hodinová prevádzka	0,004600	
magnetická rezonancia	MR prístroj 0,2 T až 0,25 T pre vyšetrenie jedného orgánového systému - kĺbov	0,003800	X
	MR prístroj 0,25 T pre viac orgánovú diagnostiku	0,004300	
	MR prístroj 0,3 T - 1,0 T	0,004500	
	MR prístroj od 1,1 T do 2,9 T	0,005500	

2. V prípade, že poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zariadení SVLZ použije špeciálny zdravotnícky materiál (ďalej len „ŠZM“) uvedený v Zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov v zmysle zákona č. 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „Zoznam ŠZM“) a preskripčným obmedzením viazaný na špecializačný odbor rádiológia, zdravotná poisťovňa uhradí tento ŠZM ako pripočítateľnú položku k úhrade výkonu do výšky obstarávacej ceny ŠZM, najviac však do výšky príslušnej maximálnej úhrady zdravotnej poisťovne za ŠZM uvedenej v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne pri súčasnom dodržaní všetkých ostatných príslušných podmienok úhrady ŠZM, ak nie je dojednané inak. Ak je obstarávacia cena ŠZM vyššia ako maximálna úhrada zdravotnej poisťovne za ŠZM ako pripočítateľnej položky uvedenej v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne, je tento rozdiel zahrnutý do úhrady výkonu, v súvislosti s ktorým bol ŠZM použitý. Týmto bodom nie je dotknutá výška doplatku poistenca na úhradu ŠZM.

3. Poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačnom odbore rádiológia je úhrada zdravotnej poisťovne za použitý filmový materiál (FOTO) zahrnutá v cene poskytnutého zdravotného výkonu. Uvedené platí aj v prípade, že poskytovateľ dokumentuje a archivuje poskytnuté vyšetrenia v systéme PACS.

4. V cene poskytnutého zdravotného výkonu počítačovej tomografie a/alebo magnetickej rezonancie je zahrnutá aj úhrada zdravotnej poisťovne za výkon aplikovania kontrastnej látky k príslušnému výkonu počítačovej tomografie a/alebo magnetickej rezonancie.

B) Fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia

1. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

Špecifikácia podmienok úhrady	Zmluvná cena bodu v €
Výkony SVLZ v špecializačných odboroch fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia a fyzioterapia (ďalej aj ako „FBLR“), s výnimkou výkonov uvedených v druhom riadku tejto tabuľky	0,0087
Výkony FBLR s kódmi 509a, 512, 513, 514a, 516, 518, 522, 523a, 530, 531, 532, 533a, 540, 541, 542	0,013166

Časť - Finančný rozsah pre zariadenie SVLZ

1. Zmluvné strany sa pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti v zariadeniach SVLZ podľa tejto prílohy dohodli na finančnom objeme vo výške **7200 €** na kalendárny polrok od 1.7.2019 po dobu účinnosti prílohy č. 2 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa bodu 9.3. tejto zmluvy.
2. Zmluvné strany sa dohodli na platnosti finančného objemu podľa bodu 1 tejto časti prílohy aj pre obdobie predĺženej účinnosti prílohy č. 2 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa bodu 9.4. zmluvy.
3. Do finančného objemu na kalendárne obdobie podľa bodu 1 a 2 tejto časti prílohy (ďalej len „kalendárne obdobie“) sa zahrňajú všetky poskytovateľom vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané výkony SVLZ podľa tejto prílohy.
4. Výkony SVLZ budú v kalendárnom období hradené nasledovne:
 - a) do výšky finančného objemu v cene bodu podľa tejto prílohy,
 - b) po prekročení finančného objemu v cene bodu podľa tejto prílohy, vynásobenej koeficientom 0,10.
5. V prípade nevyčerpania finančného objemu sa nevyčerpaná časť neprenáša do nasledujúceho kalendárneho obdobia.