

**Dodatok č. 10**  
**k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**  
**č. 1003OPLK000513**

**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

**Národná transfúzna služba SR**

zastúpený: Ing. Renáta Dundová, generálna riaditeľka; JUDr. Adam Kalužay, LL.M., ekonomický riaditeľ;  
MUDr. Nataša Chovancová, medicínska riaditeľka  
so sídlom: Ďumbierska 3/L, 83101 Bratislava - Nové Mesto  
IČO: 30853915  
identifikátor poskytovateľa (prvých šesť znakov kódu poskytovateľa): P79167

(ďalej len "poskytovateľ" alebo spoločne aj „zmluvné strany“)

Zmluvné strany uzatvárajú tento dodatok č. 10 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti č. 1003OPLK000513 (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. 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 tejto zmluvy, ktorá je účinná do 30.06.2021.“.
2. V prílohe č. 2 – Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa dopĺňa nová časť, ktoré vrátane nadpisu znie nasledovne:

**„Časť – platobný mechanizmus pre ambulancie špecializovanej ambulantnej starostlivosti**

1. Zdravotná poisťovňa uhradí zdravotnou poisťovňou uznanú zdravotnú starostlivosť poskytnutú poistencom zdravotnej poisťovne v období najskôr od 01.05.2020 do 30.06.2020 v rámci všetkých druhov ambulancií podľa § 7 ods. 3 písm. a) bod 2 zákona č. 578/2004 Z. z. v spojení s prílohou č. 1a k uvedenému zákonu, s výnimkou gynekologicko-pôrodnickej ambulancie (ďalej len „ambulancie ŠAS“) v cenách určených podľa prílohy č. 2 k zmluve, minimálne však vo výške paušálnej úhrady (ďalej len „minimálna paušálna úhrada“).
2. Výška minimálnej paušálnej úhrady za poskytovanie zdravotnej starostlivosti vo všetkých ambulanciách ŠAS prevádzkovaných poskytovateľom je 185 eur mesačne. Výška minimálnej paušálnej úhrady je určená spravidla vo výške 75 % z priemernej mesačnej úhrady za zdravotnou poisťovňou uhradenú zdravotnú starostlivosť poskytnutú poistencom zdravotnej poisťovne v roku 2019.
3. Ak poskytovateľ v kalendárnom mesiaci poskytne v rámci ambulancií ŠAS zdravotnú starostlivosť poistencom zdravotnej poisťovne v rozsahu väčšom ako je mesačná minimálna paušálna úhrada, má nárok na úhradu všetkej zdravotnou poisťovňou uznanej zdravotnej starostlivosti poskytnutej poistencom zdravotnej poisťovne vrátane zdravotnej starostlivosti poskytnutej nad minimálnu paušálnu úhradu. Ak poskytovateľ v kalendárnom mesiaci poskytne zdravotnú starostlivosť poistencom zdravotnej poisťovne v rozsahu menšom ako je mesačná minimálna paušálna úhrada, má nárok na úhradu minimálnej paušálnej úhrady. Rozsahom poskytnutej zdravotnej starostlivosti sa pre účely tohto bodu rozumie hodnota zdravotnou poisťovňou uznanej zdravotnej starostlivosti v cenách určených podľa prílohy č. 2 k zmluve.
4. Do minimálnej paušálnej úhrady sa nezahŕňajú a teda nad minimálnu paušálnu úhradu sú hradené náklady na lieky/zdravotnícke pomôcky plne alebo čiastočne uhrádzané ako pripočítateľné položky k zdravotnému výkonu na základe verejného zdravotného poistenia a zaradené v Zozname kategorizovaných liekov/Zozname kategorizovaných zdravotníckych pomôcok/Zozname zdravotníckych pomôcok na mieru (platnom v čase podania lieku/poskytnutia

zdravotníckej pomôcky).

5. Poskytovateľ je povinný dodržiavať všetky povinnosti jemu vyplývajúce ako poskytovateľovi zo všeobecne záväzných právnych predpisov a povinnosti, opatrenia, nariadenia a príkazy príslušných orgánov verejnej moci uložené poskytovateľovi v súlade so zákonom. Ak poskytovateľ povinnosti, opatrenia, nariadenia a príkazy podľa tohto bodu, prípadne niektoré z nich, neplní, zdravotná poisťovňa môže znížiť alebo odňať minimálnu paušálnu úhradu; týmto nie je dotknutá úhrada samotnej zdravotnej starostlivosti uznannej zdravotnou poisťovňou.

6. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností sa zmluvné strany dohodli, že nároky zdravotnej poisťovne podľa čl. VII zmluvy, vrátane nároku zdravotnej poisťovne na vrátenie neoprávnenej úhrady, nie sú ustanoveniami tejto časti dotknuté. Ustanovenia tejto časti sa nevzťahujú na EÚ poistencov.“

3. Príloha č. 2 – Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s výnimkou Časti - Zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek sa nahrádza novým znením, ktoré tvorí neoddeliteľnú prílohu tohto dodatku.

4. 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

Union zdravotná poisťovňa, a.s

Národná transfúzna služba SR

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

.....  
Ing. Renáta Dundová, generálna riaditeľka

.....  
JUDr. Adam Kalužay, LL.M., ekonomický riaditeľ

**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 - 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“). V tejto tabuľke je uvedená minimálna a maximálna cena bodu za výkony ŠAS; konkrétna výška ceny bodu závisí od bonusov k cene bodu za výkony ŠAS priznaných poskytovateľovi za podmienok stanovených v tejto časti prílohy.	<b>0,0237 až 0,0270</b>
15d	Ohodnocuje sa <b>150 bodmi</b> . 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, M02 – M99 (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.	<b>0,015</b>
-	Výkony SVLZ poskytnuté na ambulancii ŠAS, okrem výkonov 5330, 5331, 5332, 5793, 5794 a 5795.	<b>0,0082</b>
5330* 5331* 5332*		<b>0,0055</b>
5793* 5794* 5795*		<b>0,012083</b>
-	Vybrané výkony za podmienok uvedených v dokumente „Usmernenie k vykazovaniu výkonov telemedicíny“ zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne. V prípade zmeny uvedeného dokumentu zdravotná poisťovňa elektronickou poštou o tom informuje poskytovateľa najneskôr 7 dní pred plánovaným dňom účinnosti takejto zmeny, ak zdravotná poisťovňa disponuje mailovým kontaktom poskytovateľa.	<b>0,026</b>

\*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 bodu 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 časti prílohy. 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, artérová hypertenzia, abnormálne EKG, diabetes mellitus, obezita, fajčenie, vysoká hladina celkového cholesterolu, porucha metabolizmu lipidov,	<b>4,50</b>

- nebude súčasne vykázaný v ambulancii všeobecnej ambulantnej starostlivosti,
- poskytovateľ predložil aj doklady zaškolení výrobcov prístrojového vybavenia.

\*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 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 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 lekársky predpis alebo lekársky 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, 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. Skutočné náklady sú náklady na poskytovateľom predpísané lieky, zdravotnicke pomôcky (ZP) a indikované výkony SVLZ na jedného poistenca v €.	0,0008 (max.)
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.	0,0005
	Elektronické zúčtovanie cez online pobočku	Splnené, ak minimálne 75% dávok bolo vykázaných elektronicky cez Online pobočku zdravotnej poisťovne.	0,0005
Elektronické služby	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:

	<b>Maximálny bonus spolu:</b>	<b>0,0033 €</b>	
	<b>Ukazovateľ*</b>	<b>Špecifikácia ukazovateľa</b>	<b>Bonus (€)</b>
<b>Optimus</b>	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
<b>Elektronické služby</b>	Elektronické zúčtovanie cez online pobočku	Splnené, ak minimálne 75% dávok bolo vykázaných elektronicky cez Online pobočku zdravotnej poisťovne.	0,0013

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