

Dodatok č. 7

k Zmluve č. 06PLDD002621

**Čl. 1
Zmluvné strany**

1.1. Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

sídlo: Panónska cesta 2, 851 04 Bratislava – mestská časť Petržalka
zastúpená: doc. JUDr. PhDr. Michal Ďuriš, PhD., predseda predstavenstva
Ing. Matej Fekete, MBA, podpredseda predstavenstva
Ing. Matúš Jurových, PhD., člen predstavenstva
IČO: 35937874
IČ DPH: SK2022027040
banka: Štátna pokladnica
číslo účtu: SK76 8180 0000 0070 0018 2387
zápis: Obchodný register Mestský súd Bratislava III, odd.: Sa, vložka č. 3602/B

osoba oprávnená konať vo veci zmluvy: Ing. Roman Čakajda, regionálny riaditeľ
oddelenia nákupu zdravotnej starostlivosti Nitra
adresa: Mostná 58, 949 01 Nitra

(ďalej len „poisťovňa“)

1.2. Obec Beladice

sídlo: Gaštanová 167, Beladice 951 75
zastúpená: PhDr. Mário Žáčik – starosta obce – na základe osvedčenia
IČO: 00 307 769
banka: Prima banka Slovensko, a.s.
číslo účtu: SK18 5600 0000 0022 4345 0005
identifikátor poskytovateľa: O95989

(ďalej len „poskytovateľ“)

uzatvárajú

tento dodatok k Zmluve č. 06PLDD002621 (ďalej len „zmluva“)

**Čl. 2
Predmet dodatku**

Na základe Čl. 7 zmluvy - Záverečné ustanovenia bod 8 zmluvy sa zmluvné strany dohodli na týchto zmenách zmluvy:

2.1 V Čl. 7 zmluvy – Záverečné ustanovenia, sa bod 6 nahrádza nasledovným znením:

„6. V prípade, že do skončenia dohodovacieho konania nedôjde medzi zmluvnými stranami k dohode o predĺžení platnosti ktorejkoľvek z príloh týkajúcich sa ceny a podmienok úhrady zdravotnej starostlivosti pre daný typ zdravotnej starostlivosti (ďalej ako „typ ZS“), dochádza k zániku iba tých častí zmluvy, ktoré sa týkajú predmetného typu ZS. V prípade, že poskytovateľ poskytuje zdravotnú starostlivosť iba v jednom type ZS, a do skončenia

Boy

dohodovacieho konania nedôjde medzi zmluvnými stranami k dohode o predĺžení platnosti príloh týkajúcich sa ceny a podmienok úhrady zdravotnej starostlivosti, dochádza k zániku zmluvy v celom rozsahu."

2.2 V Čl. 7 zmluvy – Záverečné ustanovenia, bod 9 sa označenia jednotlivých príloh k zmluve nahrádzajú označením uvedeným v tabuľke v bode 10.

2.3 V Čl. 7 zmluvy – Záverečné ustanovenia, sa tabuľka v bode 10 nahrádza nasledovným znením:

Prílohy k zmluve	Číslo prílohy	Typ ZS	Platnosť prílohy
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1b	102	30.4.2025
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2b	102	30.4.2025
Kritériá na uzatváranie zmlúv	3b	102	dobu neurčitá

2.4 Príloha č. 1b zmluvy – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti sa nahrádza novým znením, ktoré tvorí prílohu č. 1 tohto dodatku.

Čl. 3 Záverečné ustanovenia

3.1. Tento dodatok, ktorý tvorí súčasť zmluvy, nadobúda platnosť dňom podpisu zmluvnými stranami a účinnosť dňom nasledujúcim po jeho zverejnení v zmysle § 47a Občianskeho zákonníka v znení neskorších predpisov.

3.2. Zmluvné strany dohodli, že za účelom zachovania kontinuity poskytovania a úhrady zdravotnej starostlivosti bude zdravotná starostlivosť poskytnutá poskytovateľom v čase od 1.5.2024 do nadobudnutia účinnosti tohto dodatku, hrazená v súlade s týmto dodatkom.

3.3. Tento dodatok je vyhotovený v dvoch rovnopisoch po jednom pre každú zmluvnú stranu.

3.4. Zmluvné strany vyhlasujú, že si tento dodatok prečítali, jeho obsahu porozumeli a na znak toho, že obsah tohto dodatku zodpovedá ich skutočnej a slobodnej vôli, ho vlastnoručne podpísali.

V Nitre dňa 20.05.2024

Za poskytovateľa:

PhDr. Mário Žáčik
starosta obce – na základe osvedčenia
Obec Beladice

Za poisťovňu:

Ing. Roman Čakajda
regionálny riaditeľ oddelenia
nákupu zdravotnej starostlivosti Nitra
Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

Príloha č. 1b
k Zmluve č. 06PLDD002621

Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti

Časť A. Ambulantná zdravotná starostlivosť

Čl. I

Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (všeobecné ustanovenia)

1. Kapitácia

Kapitáciou sa rozumie paušálna mesačná platba za poskytovanie zdravotnej starostlivosti poistencovi, s ktorým má poskytovateľ uzatvorenú platnú a účinnú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „dohoda“). Pri zmene poskytovateľa z dôvodu odstúpenia od dohody je poskytovateľ povinný preukázateľne odovzdať zdravotnú dokumentáciu alebo jej rovnopis do 7 dní od jej vyžiadania novému poskytovateľovi, s ktorým poistenec uzatvoril dohodu a oznámiť dátum ukončenia dohody poisťovní.

Poistenec môže mať účinnú dohodu iba s jedným poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti a s jedným poskytovateľom špecializovanej ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodnictvo.

Ak poistenec uzatvorí dohodu s ďalším poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo s poskytovateľom špecializovanej ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodnictvo, poisťovňa v zmysle zákona č. 576/2004 Z. z. akceptuje účinnosť novej dohody prvým dňom kalendárneho mesiaca nasledujúcom po mesiaci, v ktorom bolo doručené odstúpenie od dohody. V prípade konfliktu sa kapitácia uhrádza poskytovateľovi, ktorý má ako posledný s poistencom uzavretú platnú Dohodu a súčasne na požiadanie zdravotnej poisťovni doručí preukázateľné odstúpenie poistenca od Dohody s predchádzajúcim poskytovateľom.

Predchádzajúca veta sa nevzťahuje na prípady narodenia dieťaťa, zmeny trvalého a prechodného bydliska poistenca, odchodov a príchodov poistencov z a do EÚ a na prípady taxatívne vymedzené zákonom 576/2004 Z. z. Kapitácia je v týchto prípadoch hradená s presnosťou na deň. V prípade, že počas kalendárneho mesiaca dôjde k úmrtiu poistenca, je kapitácia hradená s presnosťou na deň.

Kapitácia sa neuhrádza poskytovateľovi za poistencov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu, Švajčiarska, Srbska, bezdomovcov, cudzincov a poistencov, ktorí majú podľa platnej legislatívy nárok len na neodkladnú respektíve potrebnú zdravotnú starostlivosť.

Kapitácia nezahŕňa výkony uhrádzané cenou bodu alebo cenou za výkon, uvedené v tabuľke Cena bodu, alebo Cena za výkon a náklady na lieky so symbolom úhrady „A“ zaradené do zoznamu liekov podľa osobitného predpisu.

2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu

Úhrada za výkony uvedené v tabuľke Cena bodu sa vypočíta ako násobok jednotkovej ceny bodu a počtu bodov daného výkonu. Počet bodov vyplýva z opatrenia Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva platného v čase poskytnutia výkonu. Pokiaľ počet bodov nevyplýva z opatrenia Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva platného v čase poskytnutia výkonu, použije sa počet bodov pre daný výkon uvedený v poslednom opatrení Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva, v ktorom bol počet bodov pre daný výkon stanovený. V prípade zmluvne dohodnutého počtu bodov, použije sa pre výpočet úhrady za daný výkon počet bodov vyplývajúci zo zmluvy.

Výkony uvedené v tabuľke Cena bodu sa vo všeobecnej ambulantnej starostlivosti a špecializovanej ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodnictvo uhrádzajú za kapítovaných poistencov a poistencov EÚ, ktorí majú nárok na úhradu zdravotnej starostlivosti v plnom rozsahu v zmysle platnej legislatívy, ak nie je v tabuľke uvedené inak.

3. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

Výkony uvedené v tabuľke Cena za výkon sa uhrádzajú cenou za výkon. Cena za výkon zahŕňa náklady a úhradu za zdravotnú starostlivosť poskytnutú pri danom výkone, pokiaľ nie je uvedené inak.

B4

4. Individuálne zložky úhrady

Individuálnou zložkou úhrady je Individuálna dodatková kapitácia a predstavuje jednu zo zložiek úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť. Poistovňa individuálnu zložku úhrady poskytovateľovi uhradza vo výške, ktorá je závislá od plnenia Hodnotiacich parametrov (ďalej ako „HP“).

4.1. Individuálna dodatková kapitácia

Individuálnou dodatkovou kapitáciou (ďalej aj ako „IDK“) sa rozumie paušálna mesačná úhrada za každého kapitovaného poistenca, ktorá sa hradí spolu s Kapitáciou vo výške Výslednej ceny IDK alebo vo výške bonifikovanej Výslednej ceny IDK. Výsledná cena IDK sa vypočíta ako násobok Základu pre výpočet IDK a výsledného percenta plnenia HP v príslušnom type zdravotnej starostlivosti (ďalej ako typ ZS). Podmienky bonifikovania Výslednej ceny IDK sú uvedené v bode 4.1.1 tohto článku.

4.1.1. Bonifikácia Výslednej ceny IDK

K Výslednej cene IDK sa pripočítava suma v hodnote a za pravidiel uvedených v nasledovnej tabuľke:

Počet všetkých kapitovaných osôb u poskytovateľa v hodnotenom období	Bonifikácia Výslednej ceny IDK v € za kapitovaného poistenca poisťovne
1200 - 1279	0,10 €
1280 - 1359	0,20 €
1360 - 1439	0,30 €
1440 - 1519	0,40 €
1520 - 1599	0,50 €
1600 - 1839	0,60 €
1840 - 2079	0,70 €
2080 a viac	0,80 €

Za veľkokapacitnú ambulanciu sa považuje Poskytovateľ, ktorý má uzavretú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s 1200 a viac osobami na jedno lekárske miesto.

Kapitovaným poistencom poisťovne sa na účely tohto bodu rozumie taký poistenec poisťovne, za ktorého bola poskytovateľovi uhradená kapitačná platba aspoň za jedno zúčtovacie obdobie v rámci príslušného hodnoteného obdobia. Poistovňa údaje o celkovom počte kapitovaných osôb prehodnotí vždy k 30.6. a 31.12. príslušného kalendárneho roka na základe údajov z Národného centra zdravotníckych informácií (ďalej len „NCZI“).

Poskytovateľ, ktorému vznikne nárok na priznanie bonifikácie podľa tohto bodu, je povinný na vyžiadanie poisťovne zdokladovať pracovno-právny vzťah zdravotných sestier alebo zdravotníckeho pracovníka s poskytovateľom vo výške viac ako 1,0 sesterského miesta alebo vo výške viac ako 1,0 miesta zdravotníckeho pracovníka alebo iných pracovníkov, podieľajúcich sa na poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Zároveň je povinný preukázať, že priestorová dispozícia ambulancie umožňuje efektívne poskytovať zdravotnú starostlivosť viacerým zdravotným sestrám alebo zdravotníckym pracovníkom (t.j. ďalšia zdravotná sestra resp. zdravotnícky pracovník, môže pracovať v samostatnej miestnosti).

V prípadoch hodných osobitného zreteľa, kedy počas hodnoteného obdobia dôjde k výraznej zmene počtu kapitovaných osôb s vplyvom na vyhodnotenie bonifikácie sa zmluvné strany dohodli, že pristúpia k individuálnemu prehodnoteniu nároku na vznik a výšku bonifikácie. Prípadoch hodných osobitného zreteľa sa na účely tohto bodu rozumie minimálna zmena v počte 100 kapitovaných osôb. Zaradenie do nového bonifikačného pásma bude realizované s účinnosťou od mesiaca, ktorý bezprostredne nasleduje po mesiaci, v ktorom došlo k preukázaniu danej skutočnosti.

4.2. Hodnotiace parametre

HP ovplyvňujú výslednú cenu individuálnej zložky úhrady poskytovateľa uvedenej v bode 4.1. tohto článku. Výsledné percento plnenia HP je súčtom váh jednotlivých splnených parametrov. Kritérium pre splnenie parametra v jednotlivých typoch zdravotnej starostlivosti je uvedené v tabuľke „Hodnotiace parametre“ v článku II tejto prílohy. Pri splnení kritéria je parametru priradená uvedená váha v percentách, pri nesplnení kritéria je váha príslušného parametra 0%. Zoznam a váhy parametrov ako aj doplnujúce informácie pre jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti sú uvedené v článku II tejto prílohy.

HP vyhodnocuje poisťovňa dva krát počas kalendárneho roka nasledovným spôsobom:

I. vyhodnotenie

Hodnotené obdobie (od-do)		Vyhodnocovanie (od-do)		Aplikácia vyhodnotenia (od)
1.1.	30.6.	1.7.	30.9.	1.10.

II. vyhodnotenie

Hodnotené obdobie (od-do)		Vyhodnocovanie (od-do)		Aplikácia vyhodnotenia (od)
1.7.	31.12.	1.1.	31.3.	1.4.

Ak nie je hodnotené obdobie inak špecifikované v doplňujúcich informáciách k parametrom, vyhodnocuje sa predchádzajúci kalendárny polrok.

Každú zmenu Výsledného plnenia HP oznámi poisťovňa poskytovateľovi a to buď písomne formou listu, alebo elektronicky v ePobočke. Zmenu poisťovňa poskytovateľovi oznámi najneskôr v posledný deň mesiaca, ktorý predchádza mesiacu, od ktorého má byť zmena účinná.

HP vyhodnocuje poisťovňa u poskytovateľa za každý typ zdravotnej starostlivosti samostatne.

Metodiku a špecifiká aplikované pri výpočte jednotlivých HP zverejní poisťovňa na svojom webovom sídle.

Pri parametroch kategórie „Poistenec“ sú poskytovatelia zaradení do referenčných skupín (odbornosť a typ poskytovateľa), v ktorých sa na základe vykazanej zdravotnej starostlivosti v hodnotenom období vypočíta stredná hodnota a štandardná odchýlka, ktorá slúži na určenie horného resp. dolného pásma pre účely vyhodnotenia plnenia príslušného parametra.

Splnenie parametra Dostupnosť určuje aj „Flexibilný ordinačný čas“, ktorý je daný vyhradením aspoň 2 hodín týždenne, preferenčne určených pre poistencov poisťovne na vykonanie preventívnych prehliadok, predoperačných vyšetrení, skríningu, komplexnému manažmentu poistencov s chronickými ochoreniami alebo návštevnej služby poistencov. Poskytovateľ dokladuje poisťovní vyplnením formulára, ktorým určuje rozsah aspoň 2 ordinačných hodín preferenčne určených pre poistencov poisťovne. Formulár je zverejnený na webovej stránke poisťovne (ďalej ako: „formulár“). Formulár musí byť v súlade s ordinačnými hodinami, ktoré schválil príslušný samosprávny kraj. Dokladovaním sa rozumie zaslanie formulára príslušnej pobočke poisťovni elektronickou formou. Splnenie parametra Dostupnosť poisťovňa vyhodnotí k prvému dňu kalendárneho polroka, v ktorom realizuje vyhodnotenie HP.

B4

Čl. II

Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (ceny)

1. Všeobecný lekár pre deti a dorast (typ ZS 102)

1.1. Kapitácia

Cena kapitácie	
Veková skupina	Cena v €
do 1 roku	11,45
od 1 do 2 rokov vrátane	11,36
od 3 do 5 rokov vrátane	7,71
od 6 do 9 rokov vrátane	5,57
od 10 do 14 rokov vrátane	5,10
od 15 do 17 rokov vrátane	4,81
od 18 do 18 rokov vrátane	4,33
dorastový lekár	
od 19 do 19 rokov vrátane	4,33
od 20 do 25 rokov vrátane	3,44

1.2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu

Cena bodu			
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Počet bodov	Cena bodu v €
-	Preventívne výkony č. 143, 143a, 144, 145, 145a, 146, 146a, 146b, 146c, 148, 148a, 148b, 148c, 149, 149a, 149b, 149c, 149d, 159b	-	0,0840
1b	Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty, telefonicky alebo SMS. Konzultácia s poistencom prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky obsahuje: • cielenú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom alebo k psychickej poruche popis subjektívnych ťažkostí, • diagnostický záver, • v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplynuli z konzultácie ohľadom zdravotného stavu, • v prípade potreby záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, • poskytnutie informácií poistencovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane nefarmakologickej a farmakologickej terapie. Vykazovanie zdravotného výkonu: • výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia poistenca, • súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj o realizácii, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, • vyhotovenie záznamu v eZdravie, • výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, • výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie poistenca, Povolená frekvencia akceptovania zdravotného výkonu: 1-krát za deň a maximálne 4-krát za kalendárny mesiac na jedného poistenca	160	0,027
10	Rozbor a plánovanie cielených terapeutických postupov na ovplyvnenie chronických ochorení. • Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z..	180	0,0318

	- Poskytovateľ vykazuje výkon č. 10 pri prevzatí poistenca s chronickým ochorením a po podpísaní dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v kombinácii s výkonom č. 60. - Úprava alebo zmena terapeutického postupu musí byť zaznamenaná v zdravotnej dokumentácii vrátane zmeny dávkovania zdôvodnenia úpravy medikamentózneho liečby. - Akákoľvek úprava terapeutického postupu musí byť v súlade s platnou legislatívou a účelnou farmakoterapiou.		
11a	Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor). <u>Charakteristika zdravotného výkonu:</u> Konzultácia s poistencom prostredníctvom elektronickej komunikácie (webová aplikácia, videohovor) v online prostredí, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie. <u>Konzultácia s pacientom obsahuje:</u> - cielenú anamnézu a popis subjektívnych ťažkostí, - zhodnotenie výsledkov - v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP a vypísania žiadaniek - poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým a liečebným postupom - poučenie poistenca - určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení-návštevy iného lekára. <u>Vykazovanie zdravotného výkonu:</u> - výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta a zaznamená sa v zdravotnej dokumentácii - vyhotovenie záznamu v eZdravie, - súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj o realizácii, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení návštevy iného lekára, a to len v prípade komunikácie e-mailom alebo chatovým rozhraním, ktoré si uchováva údaje o komunikácii, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, - výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta, - výkon sa vykazuje najviac 1x za deň na jedného poistenca	210	0,027
25	Návšteva u kapítovaných poistencov v pracovnom čase.	285	0,0350
26	Návšteva u kapítovaných poistencov mimo pracovného času.	500	0,0350
60	Komplexné vyšetrenie poistenca pri prevzatí dieťaťa alebo dorastenca do zdravotnej starostlivosti ako prvého komplexného vyšetrenie s vystavením zdravotného záznamu. - Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z., - Poskytovateľ poskytne poistencovi komplexné vyšetrenie (kompletná anamnéza, vyšetrenie všetkých orgánových systémov, založenie zdravotnej dokumentácie a stanovenie diagnostického záveru a diagnostického a liečebného plánu) v termíne do 60 dní od podpísania dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. - Vykázaný výkon č. 60 musí byť súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca. - Kontrola povinného očkovania poistenca. - Kontrola poslednej preventívnej prehliadky poistenca. - Informovaný súhlas pacienta s poskytnutím zdravotnej starostlivosti v súvislosti s výkonom č. 60.	620	0,0318
67	Príplatok pri sťaženom výkone do dovŕšenia piateho roku života pri výkonoch: delegovaný odber, odber krvi alebo výkon očkovania. Výkon bude akceptovaný aj v prípade poistenca vo veku do 18 rokov s poruchou autistického spektra, DMO a ADHD. Výkon bude akceptovaný aj k výkonom 252a, 252b, 252c.	200	0,029

70	Opätovné lekárske vystavenie receptov alebo poukazov na základe požiadavky poistenca prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefónu. <u>Charakteristika zdravotného výkonu:</u> - Vystavenie receptov alebo poukazov elektronickou formou na lieky/zdravotnícke pomôcky/dietetické potraviny, ktoré poistenec užíva minimálne jeden mesiac, a nebola realizovaná zmena dávkovania lieku lebo liekovej formy lieku <u>Vykazovanie zdravotného výkonu:</u> - výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia poistenca, - súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je preukázateľný časový údaj o realizácii, - vyhotovenie záznamu v eZdravie, - údaj, kedy bol recept/lekársky poukaz vypísaný, - údaj o predpise lieku/zdravotníckej pomôcky/dietetickej potraviny poistencovi prostredníctvom elektronických služieb, - výkon sa vzťahuje na jedného poistenca bez ohľadu na počet liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín, ktoré boli poistencovi predpísané formou receptu/lekárskeho poukazu alebo formou jednorazového elektronického predpisu (t. j. za týchto podmienok sa výkon vykazuje najviac v počte 1x za deň na jedného poistenca), - v prípade ak ide o elektronický predpis liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín typu opakovaný recept (preskripčný záznam s poznámkou „REPETATUR“) vykazuje sa samostatne za každý vystavený recept alebo poukaz, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi. <u>Povolená frekvencia akceptovania zdravotného výkonu:</u> 1-krát za deň, maximálne 4-krát za kalendárny mesiac na jedného poistenca.	40	0,027
142	1. preventívna prehliadka u VLDD. 1. preventívna prehliadka, bazálne vyšetrenie novorodenca. Výkon vykonáva lekár s príslušnou špecializáciou po prepustení novorodenca z ústavnej starostlivosti.	350	0,11750
160	Základná preventívna prehliadka u VLDD. Základná (radová) preventívna prehliadka (vstupná, periodická, výstupná). Výkon obsahuje komplexné vyšetrenie v rámci základnej preventívnej prehliadky vrátane prehliadky v rámci prevencie kardiovaskulárnych chorôb. Obsah vyšetrenia je zhodný s výkonom č. 60. Výkon môže vykazovať lekár so špecializáciou všeobecné lekárstvo.	390	0,0840
252a	Očkovanie. Vykázaná očkovač látka je zaradená v kategorizačnom zozname, výkon sa vykazuje v nutnej kombinácii s príslušnou dg podľa MKCH 10. V prípade nepovinného očkovania bude výkon akceptovaný, ak je vykázaná očkovač látka zaradená v kategorizačnom zozname v rozsahu IO a IP. Výkon 252b je akceptovaný u kapítovaných poistencov.	70	0,0840
252b			
252c			
950	Vyšetrenie psychomotorického vývinu dieťaťa vo vzťahu k hrubej a jemnej motorike, k reči a k sociálnym vzťahom podľa štandardnej stupnice vrátane dokumentácie. Kombinácia pri výkonoch pod kódmi: 143, 143a, 144, 145, 145a, 146, 146a, 146b, 146c.	390	0,0840
951	Kontrolné vyšetrenie funkčného vývinu so skúškami zodpovedajúcimi veku (vnímavosť, sedenie, lezenie, chôdza) u dojčiat podľa štandardizovanej metódy spolu s dokumentáciou. Poskytovateľ môže výkon vykonať jedenkrát u dojčiat do dovŕšenia prvého roka života.	250	0,0840
952	Kontrolné vyšetrenie funkčného vývinu so skúškami zodpovedajúcimi veku (reč, pochopenie reči alebo sociálny vek) u batoliat podľa štandardizovanej metódy spolu s dokumentáciou. Tento výkon môže poskytovateľ vykazovať 1x u batoliat v období od 1 do dovŕšenia 3 rokov dieťaťa.	60	0,0840

953	Výšetrenie funkčného vývinu so skúškami zodpovedajúcimi veku (reč, pochopenie reči alebo sociálny vek) u dieťaťa predškolského veku podľa štandardizovanej metódy spolu s dokumentáciou. • Kombinácia pri výkonoch pod kódmi 148 a 148a.	110	0,0840
-	Výkony z I. časti Zoznamu výkonov pre poistencov EÚ, bezdomovcov, cudzincov a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z.	-	0,0350
-	Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) pre poistencov EÚ, bezdomovcov, cudzincov a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. a nekapitovaných poistencov	-	0,0100
-	Neodkladná zdravotná starostlivosť poskytnutá poistencom poisťovne, s ktorými poskytovateľ nemá uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti	-	0,0350

Poisťovňa uhradí zdravotné výkony s kódom: 11a, 1b, 70 len za predpokladu, že relevantnú medicínsku radu alebo konzultáciu je možné poskytnúť poistencovi alebo jeho zákonnému zástupcovi telefonickou formou alebo formou videohovoru alebo inou elektronickou formou s ohľadom na zdravotný stav poistenca pri zachovaní správnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. a to pri súčasnom zohľadnení špecifik dištančného spôsobu poskytovania zdravotnej starostlivosti. Telefonický rozhovor alebo videohovor alebo iná elektronická komunikácia medzi poistencom a zdravotníckym pracovníkom s diagnostikou alebo terapiou poistenca. Zdravotné výkony musia byť zaznamenané v zdravotnej dokumentácii a eZdravie a nie je ich možné vzájomne kombinovať a ani kombinovať s inými výkonmi.

1.3. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

Cena za výkon		
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Cena za výkon v €
60b	Komplexné predoperačné vyšetrenie vrátane odberu biologického materiálu, zhodnotenia laboratórnych a prístrojových vyšetrení. Výkon možno vykazovať iba raz v rámci jednej operácie, alebo aj opakovane v prípade zrušenia operácie alebo z dôvodu uplynutia platnosti predoperačného vyšetrenia podľa klasifikácie ASA a súčasne pri dodržaní aktuálne platnej legislatívy, schválenej MZ SR. Výkon sa vykazuje samostatne s diagnózou, pre ktorú je poistenec plánovaný na operáciu. • V prípade odoslania poistenca k špecialistovi, najmä kód odbornosti 001 (vnútorné lekárstvo), za účelom vykonania predoperačného vyšetrenia alebo EKG, zdravotná poisťovňa poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súvislosti s predoperačným vyšetrením uhrádza iba cenou kapitácie.	17,33
62a	Cielené vyšetrenie pacienta s respiračným syndrómom pri pandémie COVID-19. Ide o ciele vyšetrenie dvoch alebo viacerých orgánových systémov (cieľná anamnéza, resp. anamnéza od poslednej kontroly), opis subjektívnych ťažkostí, objektívny nález, vypísanie správy, záver, vypracovanie plánu do nasledujúcej kontroly. Poučenie o diéte a životospráve a predvolanie na vyšetrenie je súčasťou výkonu. <u>Výkon poisťovňa akceptuje za nasledovných podmienok:</u> • Pacient má COVID pozitívny výsledok nie starší ako 14 dní. • U detí do 10 rokov pri pozitívnej epidemiologickej anamnéze v rodine zaznamenatej v zdravotnej dokumentácii a klinických príznakoch dieťaťa, aj bez COVID-19 pozitívneho výsledku dieťaťa. • Pacient má príznaky, ktoré sú charakteristické pre COVID ochorenie. • Výkon sa nevykazuje v kombinácii s iným výkonom. • Maximálne 1 krát za týždeň na jedno rodné číslo. • Výkon môžu vykazovať nasledovné odbornosti: všeobecný lekár, pediater, internista, pneumoftizeológ, pediatrický pneumoftizeológ, infektológ, otorinolaryngológ, imunoalergológ	20,00
250D	Delegovaný odber krvi (odobratie krvi venepunkciou) pri návšteve pacienta v ambulancii VLDD. • Dodržať postup, ktorý ustanovuje Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o postupe objednávaní, vykonávaní a kontroly laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení zo dňa 10.06.2014 číslo 02032/2014-SZ v platnom znení, • Dodržať podmienky zdravotnej indikácie v zmysle účelného, efektívneho a hospodárneho nakladania s prostriedkami verejných zdrojov.	2,00

4571a	C – reaktívny proteín, pre kapitovaných poistencov s frekvenciou vykázania jedenkrát za deň na jedno rodné číslo. - Výkon môže byť vykázaný lekárom s odbornosťou 007 a 008. Cena zahŕňa náklady na odobratie biologického materiálu a vyhodnotenie výsledku CRP vyšetrenia, - platný doklad o zakúpení, resp. prenájme prístrojového vybavenia, - prehlásenie o zhode k prístroju, - zaznamenanie odčítania výsledku a vyhodnotenia výsledku v zdravotnej dokumentácii pacienta.	5,75
H0002	Intenzifikovaná zdravotná starostlivosť pre rizikových poistencov s obezitou. - Všeobecný lekár pre deti a dospelých poskytuje zdravotnú starostlivosť deťom s obezitou v súlade s aktuálnym odborným usmernením MZ SR o diagnostike a liečbe obezity u detí. Intenzifikovaná zdravotná starostlivosť poskytovaná deťom s obezitou, uhrádzaná nad rámec kapitácie, zahŕňa zdravotnú starostlivosť poskytovanú deťom s obezitou bez komplikácií. Úvodný protokol a protokoly z následných kontrolných vyšetrení sú súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca (Protokoly sú uverejnené na webovej stránke poisťovne v časti tlačivá). Všeobecný lekár pre deti a dospelých vykáže výkony intenzifikovanej starostlivosti poskytnuté poistencom s obezitou ako výkon H0002 s diagnózou E66.09. Poisťovňa akceptuje a osobitne nad rámec kapitácie uhrádza výkony intenzifikovanej starostlivosti vo frekvencii raz za 3 mesiace (maximálne 4x za rok). - V cene výkonu je zahrnuté aj vyhodnotenie laboratórnych výsledkov, odporúčenie ďalšej liečby a stanovenie ďalšieho postupu. Pri potrebnej vyššej frekvencii kontrolných vyšetrení sú tieto vyšetrenia uhrádzané v rámci kapitácie. V prípade odoslania dieťaťa k špecialistovi, najmä kód odbornosti 048 (gastroenterológia, detská gastroenterológia) alebo 050 (diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy) s diagnózou E66.09, je ďalšia poskytnutá zdravotná starostlivosť v súvislosti s diagnózou E66.09 uhrádzaná iba cenou kapitácie. Kontrolné laboratórne vyšetrenia indikuje VLDD v prípade patologických výsledkov úvodných vyšetrení, v závislosti od celkového zdravotného stavu poistenca.	10,00

1.4. Individuálna zložka úhrady – Individuálna dodatková kapitácia

Základ pre výpočet ceny IDK		
Špecializácia	Veková skupina	Základ v €
Všeobecný lekár pre deti a dospelých	všetky	1,30

1.5. Hodnotiace parametre

Zameranie	Parameter	Kritérium splnenia	Váha	Plnenie
Poistenec	Gatekeeping	Percento ošetrovaných kapitovaných poistencov odoslaných do ambulancie špecializovanej ambulantnej starostlivosti alebo ambulancie pohotovostnej služby a urgentných príjmov neprekročí 25 %.	30%	Aplikácia vyhodnotenia s vplyvom na úhradu od 1.4.2025
		Percento ošetrovaných kapitovaných poistencov odoslaných do ambulancie špecializovanej ambulantnej starostlivosti alebo ambulancie pohotovostnej služby a urgentných príjmov je viac ako 25% a maximálne 30%.	20%	
		Percento ošetrovaných kapitovaných poistencov odoslaných do ambulancie špecializovanej ambulantnej starostlivosti alebo ambulancie pohotovostnej služby a urgentných príjmov je viac ako 30% a maximálne 35%.	10%	
	Racionálna preskripcia ATB pri vybraných diagnózach	Počet antibiotík predpísaných poistencom v ambulancii na ošetrovaného poistenca je rovný alebo pod hranicou pásma definovaným výpočtom v príslušnej referenčnej skupine ambulancii.	15%	Aplikácia vyhodnotenia s vplyvom na úhradu od 1.4.2025
	Prevencia	Preventívna prehliadka vykonaná aspoň u takého počtu poistencov, ktorý zodpovedá priemeru v príslušnej odbornosti v hodnotenom období.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
		Preventívna prehliadka vykonaná aspoň u takého počtu poistencov, ktorý zodpovedá 75% z priemeru v príslušnej odbornosti v hodnotenom období.	7%	

Elektronizácia	eNávrhy	Poskytovateľ vystavuje žiadosť o schválenie vybraných liekov, zdravotníckych pomôcok alebo kúpeľnej liečby formou eNávrhu.	10%	Reálne plnenie poskytovateľa
	eZdravie	Poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vedie zdravotnú dokumentáciu v súlade s ustanovením § 19 a nasl. Zákona č. 576/2004 Z. z. a súčasne zasiela údaje zo zdravotnej dokumentácie elektronickou formou do elektronickej zdravotnej knižky (EZK) v rozsahu § 5 Zákona č. 153/2013 Z. z.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
Dostupnosť	Ordinačný čas	Stanovenie flexibilného ordinačného času na aspoň 2 hodín týždenne pre každú ambulanciu..	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
		Stanovenie ordinačných hodín do 16.00 hod. aspoň jeden deň v týždni pre každú ambulanciu.		

1.5.1 Doplnujúce informácie k Hodnotiacim parametrom

Prevenčia

Parameter vyjadruje, akým percentom sa na celkovom počte kapitovaných poistencov podieľali tí poistenci, ktorým bola v hodnotenom období poisťovňou uhradená preventívna prehliadka (výkony 148, 148a, 148b, 148c, 149, 149a, 149b, 149d, 160). Za kapitovaného poistenca sa pre potrebu vyhodnotenia parametra považuje ten poistenec, ktorý v hodnotenom období dosiahol vek minimálne troch rokov a za ktorého bola poskytovateľovi v hodnotenom období uhradená kapitácia.

Hodnotené obdobie: 12 po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov.

By