

# ZMLUVA O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

č. \_\_\_\_\_

uzatvorená podľa § 7 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov  
(ďalej len „Zmluva“)  
medzi zmluvnými stranami:

## Zdravotná poisťovňa:

**DÓVERA zdravotná poisťovňa, a. s.**

so sídlom Einsteinova 25, 851 01 Bratislava

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

zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka číslo 3627/B  
krajská pobočka (*napr. Bratislava, bez adresy KP*), kód : 2400

korešpondenčná adresa: **Cintorínska 5, 949 01 Nitra 1**  
(ďalej len „Poisťovňa“)

## Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti:

Obchodné meno / Priezvisko, meno a titul:	
IČO / registračné číslo:	
DIČ, IČ DPH:	
Sídlo / Miesto trvalého pobytu:	
Miesto prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia:	
Zápis v registri (iba v prípade takéhoto zápisu):	
Označenie orgánu, ktorý vydal povolenie:	
Bankové spojenie:	
Mená a funkcie konajúcich osôb:	
Kód poskytovateľa zdravotnej starostlivosti:	

(ďalej len „Poskytovateľ“)

## I. PREDMET ZMLUVY

- 1.1. Poskytovateľ sa za podmienok stanovených v Zmluve a vo Všeobecných zmluvných podmienkach pre zdravotnú starostlivosť (ďalej len „VZP“) zaväzuje poskytovať poistencom Poisťovne a ďalším osobám uvedeným vo VZP (ďalej spolu ako „Poistenci“) zdravotnú starostlivosť plne alebo čiastočne uhrádzanú z verejného zdravotného poistenia.
- 1.2. Poskytovateľ sa zaväzuje poskytovať **všeobecnú ambulantnú starostlivosť pre deti a dorast** vo vecnom rozsahu vyplývajúcom z povolenia, ktoré orgán uvedený v záhlaví Zmluvy vydal Poskytovateľovi na poskytovanie zdravotnej starostlivosti.

- 1.3. Zoznam lekárov, ktorí budú v mene Poskytovateľa poskytovať zdravotnú starostlivosť v špecializačnom odbore „všeobecné lekárstvo pre deti a dorast“, s uvedením rozsahu lekárskeho miest je Poskytovateľ povinný doručiť Poistovní najneskôr pri uzavretí Zmluvy; lekárskeho miestom sa rozumie výkon činnosti lekára s príslušnou odbornou spôsobilosťou v rozsahu 40 hodín fondu pracovného času týždenne.

## **II. POVINNOSTI PRI POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI**

- 2.1. Poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti postupuje v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi, Zmluvou a VZP.
- 2.2. Poskytovateľ je oprávnený pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vykazovať zdravotné výkony vykonané s použitím zdravotníckej techniky, ktorá netvorí povinné materiálne-technické vybavenie Poskytovateľa podľa všeobecne záväzných právnych predpisov, ak s jej použitím vyslovila Poistovňa predchádzajúci písomný súhlas.
- 2.3. Poskytovateľ, ktorý vykonáva preventívnu prehliadku Poistenca uhrádzanú z verejného zdravotného poistenia, je povinný dodržať tieto podmienky:
  - a. Poskytovateľ je povinný sám vykonať všetky vyšetrenia, ktoré vyplývajú z náplne preventívnej prehliadky vyplývajúcej zo všeobecne záväzných právnych predpisov. Poskytovateľ je oprávnený odoslať Poistenca na ďalšie poskytnutie zdravotnej starostlivosti vyplývajúcej z náplne preventívnej prehliadky k inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti len vtedy, pokiaľ Poskytovateľ nie je vybavený zdravotníckou technikou, ktorá je potrebná na vykonanie vyšetrenia; v tomto prípade Poskytovateľ požiada poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorému odošle Poistenca na ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti, aby vykonal len požadované vyšetrenie pomocou zdravotníckej techniky a neposkytoval Poistencovi ďalšiu zdravotnú starostlivosť;
  - b. pokiaľ Poskytovateľ žiada poskytovateľa prevádzkujúceho zariadenie spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek o vykonanie laboratórnych alebo diagnostických vyšetrení nad rámec náplne preventívnej prehliadky, je povinný vyhotoviť samostatnú žiadamku na vyšetrenia podľa náplne preventívnej prehliadky a samostatnú žiadamku na vyšetrenia požadované nad rámec náplne preventívnej prehliadky;
  - c. vykonanie preventívnej prehliadky preukáže Poskytovateľ vyplnením formulára podľa vzoru uvedeného v prílohe č. 1 Zmluvy, alebo iného formulára obsahujúceho rovnakú sadu údajov; formulár podpíše Poskytovateľ aj Poistenc alebo zákonný zástupca Poistenca a Poskytovateľ ho po podpísaní založí do zdravotnej dokumentácie Poistenca.
- 2.4. Poskytovateľ je oprávnený odoslať Poistenca na ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti do špecializovanej nemocnice alebo liečebne len s predchádzajúcim súhlasom Poistovne. Zoznam špecializovaných nemocníc a liečební podľa predchádzajúcej vety a vzor žiadosti o udelenie predchádzajúceho súhlasu sú uvedené v prílohe č. 2 Zmluvy.
- 2.5. Poskytovateľ zodpovedá za správnosť obsahu návrhu na kúpeľnú starostlivosť (ďalej len „Návrh“) doručeného Poistovní. Predovšetkým Poskytovateľ zodpovedá za to, že Poistenc spĺňa indikáciu pre navrhovanú kúpeľnú starostlivosť a Návrh obsahuje všetky relevantné údaje potrebné pre poskytnutie kúpeľnej starostlivosti. Poskytovateľ berie na vedomie, že Poistovňa neposkytuje poskytovateľovi kúpeľnej starostlivosti informácie zo zdravotnej dokumentácie Poistenca.

## **III. VÝŠKA ÚHRADY ZA ZDRAVOTNÚ STAROSTLIVOSŤ**

- 3.1. Poistovňa a Poskytovateľ sa v súlade so zákonom č. 18/1996 Z.z. o cenách v znení neskorších predpisov dohodli, že Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti úhradu podľa pravidiel uvedených v článku III., IV. a V. Zmluvy. Poskytovateľ berie na vedomie, že Zdravotná poisťovňa bude pri úhrade zdravotnej starostlivosti postupovať v súlade s ustanovením § 9 ods. 2 zákona č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (v znení zákona č. 718/2004 Z.z.). Zdravotná poisťovňa v spolupráci s Poskytovateľom a dodávateľom informačného systému Poskytovateľa za týmto účelom vyvinie maximálne úsilie vedúce k tomu, aby bola informácia o tom, či je poistenc uvedený v zozname dlžníkov sprístupnená priamo v informačnom systéme Poskytovateľa. Týmto však nie je dotknutá povinnosť Poskytovateľa uvedená v bode 4.1. VZP.
- 3.2. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za každého Poistenca do dovŕšenia 28. roku života, s ktorým mal Poskytovateľ k poslednému dňu kalendárneho mesiaca, za ktorý vykazuje poskytnutú zdravotnú

starostlivosť, uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „Kapitovaný poistenec“), paušálnu mesačnú úhradu (ďalej len „Kapitácia“). Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli na výške Kapitácie tak, ako je uvedené v prílohe č. 3 Zmluvy (ďalej len „Cenník“). Poisťovňa hradí Poskytovateľovi iba pomernú časť Kapitácie s presnosťou na počet dní trvania dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v príslušnom mesiaci, za ktorý Poskytovateľ vykazuje poskytnutú zdravotnú starostlivosť za Poistencov:

- a. s ktorými Poskytovateľ uzatvoril dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v priebehu príslušného mesiaca, ak Kapitovaný poistenec nemal v tom čase uzatvorenú žiadnu dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v rovnakom špecializačnom odbore,
  - b. s ktorými zanikla v priebehu príslušného mesiaca dohoda o poskytovaní zdravotnej starostlivosti inak ako písomným odstúpením,
  - c. ktorým vzniklo alebo zaniklo verejné zdravotné poistenie v priebehu príslušného mesiaca.
- 3.3. Pokiaľ Kapitovaný poistenec uzatvoril skôr dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti okrem Poskytovateľa aj s iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v rovnakom špecializačnom odbore ako Poskytovateľ, Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi Kapitáciu len v prípade zániku pôvodnej dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej medzi iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a Kapitovaným poistencom, a to od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po mesiaci, v ktorom došlo k odstúpeniu od dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej medzi iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a Kapitovaným poistencom. Poskytovatelia sú povinní na základe informácie Poisťovne prostredníctvom kapitačného protokolu riešiť konfliktné prípady vzájomnou dohodou.
- 3.4. Pokiaľ má Poskytovateľ dočasne pozastavené povolenie alebo dočasne neobsadenú ambulanciu, Poisťovňa Kapitáciu počas tohto obdobia Poskytovateľovi nehradí. Poisťovňa neuhradí Kapitáciu za dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti aj v prípade, ak Poskytovateľ oznámil ukončenie kódu lekára alebo kódu Poskytovateľa, na ktoré sú evidované dotknuté dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Poskytovateľ je povinný nahlasovať Poisťovni mesačný výkaz prírastku a úbytku Poistencov aj podľa platných kódov lekárov a Poskytovateľov a nielen podľa platnosti dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Neobsadenou ambulanciou sa na účely tejto Zmluvy rozumie ambulancia, na ktorú Poskytovateľ ukončil kód lekára a nenahlásil nový kód iného lekára.
- 3.5. Kapitácia zahŕňa úhradu za zdravotnú starostlivosť, ktorú Poskytovateľ poskytol Kapitovanému poistencovi a náklady, ktoré Poskytovateľ vynaložil pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti Kapitovanému poistencovi. Kapitácia nezahŕňa:
- a. náklady na lieky, ktoré sú v Zozname kategorizovaných liekov (ďalej len „Zoznam liekov“) označené v stĺpci „*spôsob úhrady*“ písmenom „A“, „AS“; v tomto prípade patrí Poskytovateľovi cena lieku, ktorý podal Poistencovi, vo výške ceny nadobudnutia tohto lieku, ktorá však nesmie byť vyššia ako cena lieku uvedená v Zozname liekov ako „*úhrada zdravotnou poisťovňou*“. Ak Poskytovateľ podá Poistencovi len časť balenia lieku, cena lieku podľa predchádzajúcej vety sa určí ako súčin ceny celého balenia lieku a podielu podaných kusov lieku a celkového počtu kusov lieku v balení;
  - b. úhradu za tie zdravotné výkony, ktoré Poskytovateľ vykonal pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia, ak sú tieto zdravotné výkony uvedené v Cenníku;
  - c. iné náklady a zdravotné výkony, pokiaľ to vyplýva zo všeobecne záväzných právnych predpisov alebo z Cenníka.
- 3.6. Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi úhradu za zdravotnú starostlivosť, ktorú poskytol Kapitovanému poistencovi ako zdravotný výkon, ktorý nie je podľa bodu 3.5. Zmluvy zahrnutý v Kapitácii. Úhrada podľa predchádzajúcej vety sa stanoví:
- a. výpočtom ako násobok príslušnej jednotkovej ceny bodu uvedenej v Cenníku a bodového vyjadrenia hodnoty zdravotného výkonu uvedeného v rozhodnutí Ministerstva zdravotníctva SR o regulácii ceny v oblasti cien výrobkov, služieb a výkonov v zdravotníctve účinného vždy v čase, keď bol vykonaný zdravotný výkon,
  - b. podľa jednotkovej ceny výkonu uvedenej v Cenníku.
- 3.7. Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi úhradu za iné náklady súvisiace s poskytnutou zdravotnou starostlivosťou, ktoré nie sú podľa bodu 3.5. Zmluvy zahrnuté v Kapitácii podľa Cenníka.
- 3.8. Poskytovateľ je po overení totožnosti a poistného vzťahu poistenca s Poisťovňou oprávnený poskytovať poistencom Poisťovne zdravotnú starostlivosť pozostávajúcu z výkonov telemedicíny, ktoré sú uvedené v Prílohe č. 3 (Cenník). Poskytovateľ je pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti pozostávajúcej z

výkonov telemedicíny povinný overiť totožnosť poistenca a jeho poistný vzťah s Poistovňou predovšetkým na základe rodného čísla a/alebo identifikačného čísla poistenca, prostredníctvom informačného systému Poskytovateľa, elektronickej pobočky Poistovne, na webovom sídle Poistovne, alebo telefonicky na zákaznickej linke Poistovne.

- 3.9. Poskytovateľ berie na vedomie, že Poistovňa bude pri úhrade zdravotnej starostlivosti pozostávajúcej z výkonov telemedicíny v zmysle bodu 3.9. tohto článku Zmluvy poskytnutej poistencovi uvedenému v zozname dlžníkov, postupovať v súlade so zákonom č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Informáciu o tom, či je poistenec uvedený v zozname dlžníkov a či má poistenec právo na úhradu aj inej ako neodkladnej zdravotnej starostlivosti si Poskytovateľ overí prostredníctvom informačného systému Poskytovateľa, elektronickej pobočky Poistovne, alebo na webovom sídle Poistovne.
- 3.10. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že v prípade ak nastane niektorá z nasledovných podmienok:

- a. v priebehu roku 2022 v dôsledku opatrenia Ministerstva financií SR, alebo v dôsledku akéhokoľvek iného relevantného právneho aktu dôjde k zníženiu sadzby poistného za poistencov štátu, alebo k inej skutočnosti, ktorá bude znamenať zníženie disponibilných zdrojov pre zdravotníctvo (ďalej len „Opatrenie“), alebo
- b. nedôjde k dofinancovaniu zdravotného sektora rozpustením rezervy štátneho rozpočtu pre rok 2022 v celej výške 220 000 000 Eur uvedenej v prílohe č. 6 zákona 534/2021 Z. z. ako „rezerva na výdavky v zdravotníctve“ najneskôr **do 30.09.2022**, a to formou zvýšenia platby za poistencov štátu pomerne medzi všetky zdravotné poisťovne na základe ich aktuálneho počtu poistencov,

uplatní sa pre účely určenia výšky úhrady za zdravotnú starostlivosť podľa tejto Zmluvy od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po kalendárnom mesiaci, v ktorom niektorá z uvedených podmienok nastala cenník, ktorý je v prílohe č. 3i Zmluvy (ďalej len „Cenník 2“). Pre vylúčenie pochybností, zmluvné strany sa dohodli, že ak nastane niektorá z vyššie uvedených podmienok, príloha č. 3 Zmluvy - Cenník sa neuplatňuje a každý odkaz v Zmluve na Cenník sa v takom prípade nahrádza odkazom na Cenník 2.

#### IV. ÚHRADA ZA VÝKONY

- 4.1. Poistovňa sa za podmienok dohodnutých v tomto bode zaväzuje spolu s Kapitáciou uhradiť Poskytovateľovi úhradu za výkony uvedené v Cenníku. Základná cena a zvýhodnená cena výkonov je uvedená v Cenníku. Výsledná úhrada za výkony je závislá od plnenia parametrov Kvality, Efektívnosti a Inovácií a vypočíta sa spôsobom podľa tohto článku Zmluvy.
- 4.2. Poistovňa z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v tabuľkách označených ako „Parametre Kvality a Inovácií“ a „Parametre Efektívnosti“, ktoré sú súčasťou Cenníka.
- 4.3. Poistovňa použije pre zistenie a výpočet hodnoty každého parametra uvedeného v tabuľke „Parametre Kvality, Efektívnosti a Inovácií“ údaje za dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky, z ktorých posledný kalendárny štvrťrok bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva výpočet (ďalej len „Sledované obdobie“).
- 4.4. Poistovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov Kvality a Inovácií, ktorý je uvedený v tabuľke podľa bodu 4.3. Zmluvy tak, že zistí či Poskytovateľ v Sledovanom období dosiahol príslušnú hranicu stanovenú pre splnenie daného parametra. V prípade, ak má niektorý z parametrov Kvality a Inovácií uvedené plnenie pod pásmom, v pásme a nad pásmom, určí sa jeho hodnota spôsobom podľa bodov 4.8. až 4.10. tohto článku Zmluvy.
- 4.5. Poistovňa vypočíta výsledné plnenie parametrov a určí Koefficient Kvality a Inovácií Poskytovateľa (ďalej aj „KKI“) podľa vzorca:
- $$KKI = h_1 \times v_1 + h_2 \times v_2 + h_3 \times v_3 + h_4 \times v_4 + h_5 \times v_5 + h_6 \times v_6 + h_7 \times v_7,$$
- kde  $h_1$  až  $h_7$  sú hodnoty parametra zistené z tabuľky podľa bodu 4.3. Zmluvy, a  $v_1$  až  $v_7$  sú váhy príslušného parametra zistené z tabuľky podľa bodu 4.3. Zmluvy.
- 4.6. Poistovňa z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v tabuľke označenej ako „Parametre Efektívnosti“, ktorá je súčasťou Cenníka.
- 4.7. Poistovňa použije pre zistenie a výpočet hodnoty každého parametra uvedeného v tabuľke podľa bodu 4.6. Zmluvy údaje za dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky, z ktorých posledný kalendárny štvrťrok bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva výpočet.

- 4.8. Poistovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov uvedený v tabuľke podľa bodu 4.6. Zmluvy týmto spôsobom:
- Poistovňa zistí každý z parametrov za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí poskytujú ambulatnú zdravotnú starostlivosť v rovnakom špecializačnom odbore ako Poskytovateľ;
  - Poistovňa zoradí hodnoty parametrov zistené za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti vzostupne;
  - Poistovňa neprihliada na hodnoty parametrov tých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí v poradí podľa písm. b. dosiahli 20 % najnižších hodnôt a 20 % najvyšších hodnôt;
  - Poistovňa z hodnôt parametrov zistených u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti s výnimkou tých, na ktorých hodnoty parametrov neprihliada podľa písm. c., vypočíta strednú hodnotu (priemer) a hodnotu štandardnej odchýlky
- 4.9. Poistovňa vypočíta Koefficient Efektívnosti Poskytovateľa (ďalej aj „KE“) podľa vzorca:
- $$KE = h_1 \times v_1 + h_2 \times v_2 + h_3 \times v_3,$$
- kde  $h_1$  až  $h_3$  je hodnota príslušného parametra zistená z tabuľky podľa bodu 4.6. Zmluvy, pričom sa použije hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „*pod pásmom*“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je nižšia ako jeho stredná hodnota znížená o hodnotu štandardnej odchýlky (bod 4.8. písm. d. Zmluvy), alebo hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „*v pásme*“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je vyššia alebo rovná jeho strednej hodnote zníženej o hodnotu štandardnej odchýlky, avšak zároveň nižšia alebo rovná jeho strednej hodnote zvýšenej o hodnotu štandardnej odchýlky, alebo hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „*nad pásmom*“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je vyššia ako jeho stredná hodnota zvýšená o hodnotu štandardnej odchýlky a  $v_1$  až  $v_3$  je váha príslušného parametra zistená z tabuľky podľa bodu 4.6. Zmluvy.
- 4.10. Výška úhrady za výkony sa vypočíta podľa nasledujúceho vzorca
- $$CV = (ZvCV - ZCV) * (KKI + KE) + ZCV,$$
- kde
- CV je výsledná cena výkonu
- ZCV je základná cena výkonu
- ZvCV je zvýhodnená cena výkonu
- 4.11. Výsledná cena sa zaokrúhli matematicky na dve desatinné miesta. Takto zistená výsledná cena výkonu patrí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti počas kalendárneho polroka nasledujúcom po výpočte podľa tohto článku Zmluvy. Poistovňa je povinná vypočítať a oznámiť Poskytovateľovi výslednú cenu výkonov vždy najneskôr pred začiatkom kalendárneho polroka, za ktoré bude Poskytovateľovi bude výsledná cena výkonov patriť.
- 4.12. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že Poistovňa uhradí Poskytovateľovi úhradu podľa tohto článku Zmluvy len v rozsahu Finančného objemu uvedeného v Cenníku. Finančný objem je dohodnutý na kalendárny mesiac. Do Finančného objemu sa nezahŕňa úhrada za výkony podľa bodu 4.15. Zmluvy a pripočítateľné položky uvedené v Cenníku. V prípade, ak Poskytovateľ poskytol Poistencom počas kalendárneho mesiaca zdravotnú starostlivosť v rozsahu nižšom ako je dolná hranica Finančného objemu na kalendárny mesiac, Poistovňa uhradí Poskytovateľovi sumu rovnajúcu sa dolnej hranici Finančného objemu. V prípade, ak Poskytovateľ poskytol Poistencom počas kalendárneho mesiaca zdravotnú starostlivosť v rozsahu vyššom ako je horná hranica Finančného objemu na kalendárny mesiac, Poistovňa uhradí Poskytovateľovi sumu rovnajúcu sa hornej hranici Finančného objemu.
- 4.13. Do skončenia toho kalendárneho polroka, v ktorom Zmluva nadobudla účinnosť v prvý deň kalendárneho polroka, sa uplatní ako Koefficient Kvality a Inovácií a koefficient Efektívnosti (KKI +KE) číslo uvedené podľa bodu 4.14. Zmluvy. V prípade, ak Zmluva nadobudne účinnosť neskôr ako prvým dňom daného kalendárneho polroka, uplatní sa ako Koefficient Kvality a Inovácií a koefficient Efektívnosti (KKI +KE) číslo uvedené podľa bodu 4.14. Zmluvy aj na nasledujúci kalendárny polrok, ak Poskytovateľ nemal pred účinnosťou Zmluvy uzatvorenú s Poistovňou zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s obdobným vecným rozsahom zdravotnej starostlivosti, aký sa dohodol v Zmluve.

4.14. Zmluvné strany sa dohodli, že v prechodnom období podľa bodu 4.13. Zmluvy sa uplatní Koeficient Kvality a Inovácií a Koeficient Efektívnosti (KKI+KE) vo výške **60%**. Výsledná výška úhrady za výkony v prechodnom období vypočítaná podľa tohto článku je:

Výkon	Cena (€)
8	5,58
4	3,99
1	1,07
250	1,58

4.15. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi úhradu za výkony, ktoré poskytol:

- a. Poistencovi, ktorý nie je Kapitovaným poistencom, ako neodkladnú zdravotnú starostlivosť;
- b. za podmienok uvedených v článku IX. VZP poistencovi Európskej únie;
- c. za podmienok uvedených v článku X. VZP poistencovi poisťovne Highmark.

Cena výkonov pre nekapitovaných poistencov je uvedená v Cenníku a nie je závislá od plnenia Parametrov Kvality, Efektívnosti a Inovácií.

## V. DOPLNKOVÁ KAPITÁCIA

- 5.1. Poistovňa vzhľadom na potrebu posilnenia dostupnosti primárnej starostlivosti pre deti a dorast sa za podmienok dohodnutých v tomto článku zaväzuje spolu s Kapitáciou uhradiť Poskytovateľovi za každého Kapitovaného poistenca doplnkovú paušálnu mesačnú úhradu (ďalej len „Doplnková kapitácia“), ktorej hodnota je závislá od počtu všetkých osôb, s ktorými má Poskytovateľ uzavretú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a bude vyplácaná tzv. veľkokapacitnej ambulancii.
- 5.2. Za veľkokapacitnú ambulanciu sa považuje Poskytovateľ, ktorý má uzavretú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s 1200 a viac osobami na jedno lekárske miesto.
- 5.3. Výška Doplnkovej kapitácie podľa bodu 5.2. Zmluvy za každého Kapitovaného poistenca je uvedená v Cenníku.
- 5.4. 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“).
- 5.5. Výšku Doplnkovej kapitácie, ktorá patrí Poskytovateľovi za každého kapitovaného Poistenca je Poistovňa povinná oznámiť Poskytovateľovi vždy najneskôr pred začiatkom toho kalendárneho polroka, za ktorý bude Poskytovateľovi Doplnková kapitácia patriť.
- 5.6. Poskytovateľ, ktorý má nárok na úhradu Doplnkovej kapitácie je povinný na základe výzvy Poistovne preukázať, že má uzatvorený pracovný pomer s viac, ako jednou zdravotnou sestrou. Zároveň je povinný preukázať, že priestorová dispozícia ambulancie umožňuje efektívne poskytovať zdravotnú starostlivosť viacerým zdravotným sestram (t.j. ďalšia zdravotná sestra môže pracovať v samostatnej miestnosti).

## VI. ÚČINNOSŤ ZMLUVY

- 6.1. Zmluva nadobúda účinnosť prvým dňom kalendárneho mesiaca bezprostredne nasledujúceho po jej zverejnení na webovom sídle Poistovne. V prípade, že má zákonom uloženú povinnosť zverejniť Zmluvu aj Poskytovateľ, Zmluva nadobúda účinnosť nasledujúcim dňom po zverejnení Zmluvy oboma zmluvnými stranami; pre určenie účinnosti Zmluvy je rozhodujúci okamih, kedy si povinnosť zverejniť Zmluvu splní v poradí prvá zmluvná strana.
- 6.2. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že dňom účinnosti Zmluvy zanikajú všetky zmluvy, na základe ktorých Poskytovateľ poskytoval zdravotnú starostlivosť poistencom Poistovne v rovnakom vecnom rozsahu zdravotnej starostlivosti, aký sa dohodol v Zmluve, ak nie je dohodnuté v tejto Zmluve inak (bod 6.3. Zmluvy).
- 6.3. Zmluvné strany sa dohodli, že po uzavretí tejto Zmluvy, naďalej platí prechádzajúci súhlas, ktorý Poistovňa udelila Poskytovateľovi na poskytovanie zdravotnej starostlivosti pomocou zdravotníckej

## VII. ELEKTRONICKÁ KOMUNIKÁCIA

- 7.1. Poistovňa a Poskytovateľ sa v súlade s ust. § 7 ods. 20 Zákona o zdravotných poisťovniach dohodli, že Poskytovateľ prostredníctvom svojho softvéru poskytne Poisťovni kompletne spracovaný elektronický záznam obsahujúci údaje uvedené na lekárskom predpise resp. poukaze čo najskôr po predpísaní Lieku Poistencovi. Elektronický záznam podľa predchádzajúcej vety Poskytovateľ poskytuje za účelom výkonu analytickej, poradenskej a kontrolnej činnosti Poisťovne a vedenia účtu Poistenca.
- 7.2. Ak Poskytovateľ disponuje softvérovým vybavením, ktoré umožňuje zaslanie údajov uvedených na žiadosti o laboratórne a zobrazovacie vyšetrenia (ďalej len „žiadanka“) v elektronickej podobe aj Poisťovni, zaväzuje sa Poskytovateľ zaslať Poisťovni elektronický záznam obsahujúci údaje uvedené na žiadanke v rozsahu stanovenom Metodickým usmernením č. 5/2015 o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou čo najskôr po vyhotovení žiadanky. Poisťovňa vyhlasuje, že bude v plnej miere akceptovať elektronickú formu zaslaných údajov a nevyhotovenie žiadanky v listinnej forme nie je možné považovať za porušenie článku IV. bod 4.2. VZP.
- 7.3. Ak Poskytovateľ disponuje softvérovým vybavením, ktoré umožňuje priamu elektronickú komunikáciu s elektronickou pobočkou a zároveň Poisťovňa určí typy dokumentov, ktoré je možné doručovať prostredníctvom tohto prepojenia, zaväzujú sa zmluvné strany pre doručenie dokumentu využiť túto formu. Typy dokumentov, ktoré je možné zasielať Poisťovni prostredníctvom priameho prepojenia softvérového vybavenia Poskytovateľa s elektronickou pobočkou určí Poisťovňa v pravidlách elektronickej komunikácie. Zmluvné strany sa dohodli, že elektronická verzia doručeného dokumentu v plnej miere nahrádza jeho listinnú formu. Pre doručenie dokumentu prostredníctvom softvérového vybavenia Poskytovateľa platí obdobne bod 12.4. VZP.
- 7.4. Ak Poskytovateľ disponuje softvérovým vybavením, ktoré umožňuje priamu elektronickú komunikáciu s elektronickou pobočkou a zároveň Poisťovňa určí typy zúčtovacích dokladov, ktoré je možné doručovať prostredníctvom tohto prepojenia, zaväzujú sa zmluvné strany pre doručenie zúčtovacieho dokladu využiť túto formu. Typy zúčtovacích dokladov, ktoré je možné zasielať Poisťovni prostredníctvom priameho prepojenia softvérového vybavenia Poskytovateľa s elektronickou pobočkou určí Poisťovňa v pravidlách elektronickej komunikácie. Poskytovateľ sa zaväzuje zasielať zúčtovacie doklady podľa tohto bodu priebežne, bez zbytočného odkladu po poskytnutí zdravotnej starostlivosti. Povinnosť zaslať Poisťovni zúčtovacie doklady podľa článku V. VZP tým nie je dotknutá. Pre doručenie zúčtovacieho dokladu prostredníctvom softvérového vybavenia Poskytovateľa platí obdobne bod 12.4. VZP.
- 7.5. Poskytovateľ a Poisťovňa sa v súlade s § 7 ods. 20 Zákona o zdravotných poisťovniach dohodli, že Poskytovateľ je za účelom správneho poskytnutia zdravotnej starostlivosti oprávnený si od Poisťovne vyžiadať v nevyhnutnom rozsahu údaje o poskytnutej zdravotnej starostlivosti poistencovi Poisťovne, vrátane údajov uvedených v žiadankách na vyšetrenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, v elektronických žiadankách na vyšetrenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, v preskripčných záznamoch, v dispenzačných záznamoch, lekárske predpisoch, lekárske poukazoch v rozsahu ustanovenom osobitným predpisom, ktoré Poisťovňa eviduje vo svojom informačnom systéme vo vzťahu ku konkrétnemu poistencovi Poisťovne, alebo si tieto údaje overiť v Poisťovni. Poskytovateľ a Poisťovňa zároveň berú na vedomie, že vyžiadanie, ako aj vyžiadané údaje sa poskytujú elektronicky z informačného systému Poisťovne a z informačného systému Poskytovateľa, v ktorých sú spracovávané.
- 7.6. V prípade, ak sa akýkoľvek údaj uvedený v elektronickej zázname podľa bodu 7.1. až 7.4. ukáže ako nepravdivý, neúplný, nepresný alebo nesprávny, Poskytovateľ sa zaväzuje bez zbytočného odkladu takýto údaj uviesť do súladu so skutočným stavom prostredníctvom svojho softvéru.
- 7.7. V záujme oboch zmluvných strán je zvyšovať kvalitu a efektívnosť poskytovanej zdravotnej starostlivosti za súčasného hospodárneho a efektívneho vynakladania zdrojov verejného zdravotného poistenia a to aj prostredníctvom komunikácie Poisťovne s lekármi Poskytovateľa vo veciach týkajúcich sa poskytnutej a/alebo vykázananej zdravotnej starostlivosti, ktorú títo lekári poskytli v mene Poskytovateľa poistencom Poisťovne (ďalej aj len „projekt“). Poskytovateľ vyhlasuje, že lekárov, ktorí poistencom Poisťovne poskytujú v jeho mene zdravotnú starostlivosť poveril, aby v jeho mene v rámci projektu komunikovali s Poisťovňou záležitosti týkajúce sa poskytnutej a/alebo vykázananej zdravotnej starostlivosti, ktorú títo lekári poskytli v mene Poskytovateľa poistencom Poisťovne (ďalej len „poverení lekári“). Poskytovateľ súčasne udeľuje Poisťovni súhlas, aby povereným lekárom v rámci projektu zasielala a/alebo sprístupňovala prehľady poskytnutej a/alebo vykázananej zdravotnej starostlivosti, ktorú títo poverení lekári poskytli poistencom Poisťovne v mene Poskytovateľa. Kontaktné údaje poverených lekárov za účelom realizácie projektu doručí Poskytovateľ Poisťovni najneskôr pri uzavretí Zmluvy, prípadne ich

od poverených lekárov zozbiera Poistovňa, k čomu Poskytovateľ udeľuje Poistovní súhlas; o možnosti zozbierania kontaktných údajov poverených lekárov Poistovňou je Poskytovateľ povinný poverených lekárov informovať.

## **VIII. PRIJÍMANIE ÚHRADY DLŽNÉHO POISTNÉHO**

- 8.1. Poskytovateľ a Poistovňa sa dohodli, že v prípade, ak Poistenec, ktorý je dlžníkom v zmysle ust. § 9 ods. 2 Zákona zdravotnom poistení prejaví záujem o úhradu dlžného poistného, môže sa Poskytovateľ s Poistencom dohodnúť na prijatí úhrady od Poistenca a to za podmienok uvedených v tomto článku.
- 8.2. Dohoda Poskytovateľa a Poistenca podľa bodu 8.1. tohto článku je možná iba v prípade, ak i) Poistenec bude ochotný uhradiť dlžné poistné v celej výške, t.j. vo výške v akej bude ku dňu prijatia platby Poistovňou sprístupnená v informačnom systéme Poskytovateľa a zároveň ii) Poistenec udeľí Poskytovateľovi v súlade s NARIADENÍM EURÓPSKEHO PARLAMENTU A RADY (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) (ďalej len „GDPR“) písomný súhlas so spracúvaním osobných údajov, ktoré Poskytovateľ poskytne Poistovní a Poistovňa Poskytovateľovi za účelom spracovania úhrady Poistenca a odstránení Poistenca zo zoznamu dlžníkov.
- 8.3. Poistovňa za týmto účelom splnomocňuje Poskytovateľa v zmysle ust. § 31 a nasl. zákona č. 40/1964 Zb. Občianskeho zákonníka na prijatie úhrady dlžného poistného od Poistenca, ktorý je dlžníkom podľa ust. § 9 ods. 2 Zákona o zdravotnom poistení, v mene a na účet Poistovne. Poskytovateľ je oprávnený úhradu dlžného poistného zadržať u seba a to až do momentu najbližšieho zúčtovania poskytnutej zdravotnej starostlivosti a vykázať Poistovní celkovú sumu prijatých úhrad dlžného poistného za Zúčtovacie obdobie prostredníctvom svojho informačného systému.
- 8.4. Zmluvné strany sa dohodli, že pri úhrade poskytnutej zdravotnej starostlivosti sa započíta pohľadávka Poistovne za vykázané úhrady dlžného poistného prijaté Poskytovateľom s pohľadávkou Poskytovateľa za poskytnutú zdravotnú starostlivosť počas Zúčtovacieho obdobia. V prípade, ak bude voči Poskytovateľovi uplatnená zmluvná pokuta podľa článku VIII. VZP, vykoná sa započítanie tak, že najskôr sa voči pohľadávke Poskytovateľa započíta pohľadávka Poistovne titulom uplatnenej zmluvnej pokuty.
- 8.5. Poistovňa sa zaväzuje nahradiť Poskytovateľovi náklady vynaložené v súvislosti s prijatím úhrady podľa tohto článku. Zmluvné strany sa dohodli na paušálnej náhrade, ktorá predstavuje 1% zo sumy každej úhrady, najmenej však 3,- €. Zmluvné strany sa dohodli, že paušálna náhrada bude započítaná s pohľadávkou Poistovne za vykázané úhrady dlžného poistného prijaté Poskytovateľom. Započítanie podľa tohto bodu sa vykoná pred započítaním podľa bodu 8.4. Zmluvy.

## **IX. ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA**

- 9.1. Zmluva je vyhotovená v dvoch rovnopisoch, po jednom rovnopise pre každú zmluvnú stranu.
- 9.2. Neoddeliteľnou súčasťou tejto Zmluvy je:
  - a. príloha č. 1, ktorá obsahuje vzor formulára preukazujúceho vykonanie preventívnej prehliadky podľa bodu 2.3. písm. c. Zmluvy;
  - b. príloha č. 2, ktorá obsahuje zoznam špecializovaných nemocníc a liečební a vzor žiadosti o ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti podľa bodu 2.4. Zmluvy;
  - c. príloha č. 3 (Cenník), ktorá obsahuje výšku Kapitácie podľa bodu 3.2. Zmluvy, zoznam zdravotných výkonov a iných nákladov, ktoré podľa bodu 3.5. Zmluvy nie sú zahrnuté v Kapitácii a pripočítateľné položky vzťahujúce sa k výkonom podľa článku IV. Zmluvy, výšku Doplnkovej kapitácie podľa článku V. Zmluvy.
  - d. príloha č. 3i (Cenník 2), ktorá obsahuje výšku Kapitácie podľa bodu 3.2. Zmluvy, zoznam zdravotných výkonov a iných nákladov, ktoré podľa bodu 3.5. Zmluvy nie sú zahrnuté v Kapitácii a pripočítateľné položky vzťahujúce sa k výkonom podľa článku IV. Zmluvy, výšku Doplnkovej kapitácie podľa článku V. Zmluvy.
- 9.3. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že v prípade zásadného poklesu disponibilných zdrojov v sektore verejného zdravotného poistenia pristúpia zmluvné strany bezodkladne k rokovaniu o úprave zmluvných a cenových podmienok.



- 9.4. Poistovňa aj Poskytovateľ sa zaväzujú v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti informovať poistencov Poistovne vždy korektne, pravdivo a neskreslene o skutočnostiach vyplývajúcich zo Zmluvy, VZP a platných právnych predpisov.
- 9.5. Neoddeliteľnou súčasťou rovnopisu tejto Zmluvy určeného pre Poskytovateľa sú VZP účinné od 1. apríla 2012. V prípade, ak Poskytovateľ s Poistovňou uzavrel pred účinnosťou Zmluvy zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, VZP sú mu známe a sú zverejnené na webovom sídle Poistovne [www.dovera.sk/lekar/zmluvy](http://www.dovera.sk/lekar/zmluvy).
- 9.6. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že prvá veta bodu 4.19. VZP sa použije len v prípade, ak by náklady na biomedicínsky výskum u Poskytovateľa mali byť čo i len čiastočne hradené z verejného zdravotného poistenia.
- 9.7. Pre prípad, že Ministerstvo zdravotníctva SR rozhodne čo i len čiastočne o zrušení regulácie cien výrobkov, služieb a výkonov v oblasti zdravotníctva, Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že zdravotné výkony, ktorých bodová hodnota nevyplýva z rozhodnutia Ministerstva zdravotníctva SR, budú ocenené takou bodovou hodnotou, akú upravovalo posledné účinné rozhodnutie Ministerstva zdravotníctva SR.
- 9.8. Ak Poskytovateľ na základe zanikajúcej zmluvy doručil Poistovni zmeny v zozname lekárov podľa príslušných ustanovení VZP, považuje sa to za splnenie povinnosti podľa bodu 1.3. Zmluvy.
- 9.9. Poistovňa sa podľa zákona č. 315/2016 Z. z. o registri partnerov verejného sektora a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o RPVS“) zapisuje do registra partnerov verejného sektora (ďalej len „register“). Poskytovateľ, ktorý prijíma na základe Zmluvy finančné prostriedky alebo plnenie od Poistovne, ktoré jednorazovo presiahnu sumu 100 000,00 EUR alebo v kalendárnom roku v úhrne presiahnu sumu 250 000,00 EUR je povinný byť najmenej počas doby platnosti Zmluvy registrovaný v registri a plniť všetky povinnosti, ktoré Poskytovateľovi zo zákona o RPVS vyplývajú. Poskytovateľ berie na vedomie oprávnenia, ktoré Poistovni priznáva § 15 a 23 zákona o RPVS v prípade nesplnenia povinností Poskytovateľom, ktorými sú právo odstúpiť od Zmluvy a skutočnosť, že Poistovňa sa nedostane do omeškania s plnením pri neuhradení úhrady Poskytovateľovi podľa VZP. Poistovňa o skutočnosti neuhradenia úhrady podľa predchádzajúcej vety Poskytovateľa informuje v lehote splatnosti faktúry dohodnutej vo VZP.
- 9.10. Poskytovateľ sa zaväzuje vyvinúť maximálne možné úsilie, ktoré od neho možno spravodlivo požadovať, za účelom zabezpečenia poskytovania zdravotnej starostlivosti pre poistencov Poistovne na čo najvyššej úrovni čo do rozsahu, štruktúry a kvality zdravotnej starostlivosti. Poskytovateľ umožní Poistencovi objednanie sa na vyšetrenie na presný čas tak, aby nebolo obmedzené poskytovanie neodkladnej zdravotnej starostlivosti a zdravotnej starostlivosti pre poistencov Poistovne, ktorí objednávajú na presný čas nepožadujú.
- 9.11. Poistovňa aj Poskytovateľ vyhlasujú, že si Zmluvu aj VZP prečítali, ich obsahu porozumeli a na znak toho, že obsah Zmluvy aj VZP zodpovedá ich skutočnej a slobodnej vôli, túto Zmluvu podpísali.

V \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 2022

\_\_\_\_\_  
DÓVERA zdravotná poisťovňa, a. s.  
meno  
regionálny riaditeľ nákupu ZS

\_\_\_\_\_  
Poskytovateľ







**Zoznam špecializovaných nemocníc a liečební**

<b>Názov</b>	<b>Mesto</b>	<b>Adresa</b>
Národné rehabilitačné centrum	Kováčová	Slniečná 1

**ŽIADOSŤ o ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti  
v špecializovaných nemocniciach a liečebniach**

**Názov a sídlo liečebného zariadenia**.....

.....

Meno poistenca:.....tel. ....

Rodné číslo:.....Bydlisko .....PSČ.....

**Medicínske odôvodnenie návrhu:**

Anamnéza: .....

.....

.....

Objektívne vyšetrenie:.....

.....

.....

Záver odborných vyšetrení a zhodnotenie vyšetrení SVLZ súvisiacich s navrhovanou liečbou:

.....

.....

.....

Epikríza:.....

.....

.....

Diagnostický záver (slovom) ..... kód MKCH 10:.....

.....

Doterajšia ústavná a iná liečba (zdravotnícke zariadenie, oddelenie, časové obdobie, dg,  
dekubity, atď.): .....

.....

.....

Údaj o fajčení: .....poistenec chodiaci, chodiaci pomocou barlí, na vozíku.....

Predpokladané obdobie liečby: .....

.....

Prílohy ( uviesť poradové číslo a názov prílohy) .....

Dňa: .....

.....

riaditeľ zdrav. zariadenia

.....

primár oddelenia

.....

navrhujúci lekár

pečiatka a kód navrhujúceho lekára

## Cenník

### Výška kapitácie

<b>Označenie</b>		<b>hodnota v €</b>
Kapitácia za jedného Kapitovaného poistenca	do dovŕšenia 1. roku života	9,14
	od 1 roku veku do dovŕšenia 2. roku života	9,55
	od 2 roku veku do dovŕšenia 7. roku života	6,30
	od 7 rokov veku do dovŕšenia 19. roku života	3,89
	od 19 rokov veku do dovŕšenia 27. roku života	2,50
	od 27 rokov do dovŕšenia 28. roku života	2,61

### Jednotková cena bodu

<b>Cena bodu</b>	<b>hodnota v €</b>
pri zdravotných výkonoch vykonaných pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia: 143, 143a, 144, 145, 145a, 146, 146a, 146b, 146c, 148, 148a, 148b, 148c, 149, 149a, 149b, 149c, 149d, 149f (poskytnutý držiteľovi preukazu ZÍP), 159b, 950, 953, 159a, 159x(počet bodov 180), 159z(počet bodov 180), 160 (počet bodov 390)	0,065
pri zdravotných výkonoch vykonaných pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia: 142	0,092
pri výkone očkovania: 252b, ktorý nie je zahrnutý v kapitácii	0,08
pri výkone 67 - (počet bodov 100) – príplatok pri sťaženom výkone do dovŕšenia piateho roku života pri výkone očkovania nutná kombinácia s výkonom 252b	0,05

### Výkony Telemedicíny

<b>Výkon</b>	<b>Cena bodu v Eur</b>
<p><b>1b - Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky (160bodov)*</b></p> <p>Popis výkonu (ďalej len „výkon“): Konzultácia s pacientom prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cieleňú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly, vo vzťahu k jednému orgánovému systému</li> <li>• popis subjektívnych ťažkostí,</li> <li>• diagnostický záver,</li> <li>• poučenie o diéte a životospráve,</li> <li>• v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplynuli z konzultácie ohľadom zdravotného stavu</li> <li>• prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára</li> <li>• poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie</li> </ul> <p>Vykazovanie výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta;</li> <li>• zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii;</li> <li>• súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj o realizácii telefonického rozhovoru, odoslani emailu a sms správy, popis zdravotného výkonu dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára;</li> <li>• výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi;</li> </ul>	0,027

<ul style="list-style-type: none"> <li>• výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta;</li> <li>• vykazuje sa samostatne, najviac 1x za deň;</li> </ul>	
Vykonávanie výkonu: výkon vykonáva lekár, klinický psychológ	
<p><b>11a - Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor) (210bodov)*</b></p> <p>Popis výkonu (ďalej len „výkon“): Konzultácia s pacientom prostredníctvom doložiteľnej elektronickej komunikácie (webová aplikácia, videohovor) v online prostredí, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie, realizáciu fotografií pacienta / vyšetrovaného orgánu pre pridanie do zdravotnej dokumentácie a obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cielenú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom</li> <li>• zhodnotenie výsledkov,</li> <li>• vypísanie receptov, prípadne vypísanie žiadaniek na ďalšie vyšetrenie,</li> <li>• poučenie pacienta,</li> <li>• diagnostický záver</li> <li>• určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára.</li> </ul> <p>Vykazovanie zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• výkon sa vykazuje ako komplexná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia</li> <li>• súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj z online prostredia,</li> <li>• popis zdravotného výkonu</li> <li>• diagnostický záver, ak je potrebné dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly</li> <li>• prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára.</li> <li>• výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi</li> <li>• ak je po konzultácii potrebná aj kontrola v ambulancii, vykazujú sa len výkony, ktoré sa vykonali ambulantne a výkon sa nevykazuje</li> <li>• výkon sa vykazuje samostatne, najviac 1x deň</li> </ul>	0,027
Vykonávanie výkonu: výkon vykonáva lekár	
<p><b>70 - Opätovné lekárske vystavenie receptov a (alebo) poukazov (40 bodov)</b></p> <p>Popis výkonu(ďalej len „výkon“):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronicou formou pre lieky/ zdravotné pomôcky, ktoré pacient užíva dlhšie ako 3 mesiace a nebola realizovaná zmena dávkovania lieku</li> </ul> <p>Vykazovanie výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta</li> <li>• súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj z online prostredia</li> <li>• údaj, kedy bol recept vypísaný</li> <li>• údaj o predpise lieku/ zdravotnej pomôcky pacientovi prostredníctvom elektronickej služby</li> <li>• výkon sa vzťahuje na jedného pacienta bez ohľadu na počet liekov/ zdravotnej pomôcky, ktoré boli pacientovi predpísané</li> <li>• výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi</li> </ul> <p>Vykazuje sa samostatne, najviac 1x za deň, bez ohľadu na počet vystavených receptov a/alebo poukazov.</p>	0,027
Vykonávanie zdravotného výkonu: výkon vykonáva lekár	

**Pozn.:** \*Maximálny pomer výkonov **1b+11a** k počtu kapitovaných poistencov Poistovne je stanovený **na 0,20**. Častejšie vykazovanie je uhradené v rámci kapitácie. Pre výpočet pomeru bude smerodajný počet kapitovaných poistencov k poslednému dňu predchádzajúceho kalendárneho mesiaca.

### Finančný objem

Finančný objem na kalendárny mesiac podľa bodu 4.12. Zmluvy	Dolná hranica	Horná hranica
	___€	___€

### Zoznam zdravotných výkonov a iných nákladov, ktoré sa nezahŕňajú do finančného objemu

Zdravotné výkony a iné náklady, ktoré sa nezahŕňajú do finančného objemu podľa bodu 4.12. Zmluvy
Výkony, ktoré Poskytovateľ vykonal pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia



Náklady na lieky, ktoré sú v Zozname liekov označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“
Výkon očkovania 252b, 67
Pripočítateľné položky k výkonu 8 alebo 4
Výkony 8, 4, 1, 250 vykázané pri zastupovaní iného poskytovateľa
Výkony, ktoré Poskytovateľ vykonal pre nekapitovaného poistenca podľa bodu 4.15 b) a c)
Výkony Telemedicíny

<b>Výkony podľa článku IV. Zmluvy</b>		
8	Vyšetrenie všeobecným lekárom I	<p>Komplexné vstupné vyšetrenie pacienta pri prevzatí do starostlivosti, alebo cieľné vyšetrenie osoby s akútnou chorobou alebo s akútnou exacerbáciou chronického ochorenia bez odoslania pacienta k špecialistovi, alebo predoperačné vyšetrenie.</p> <p>V prípade potreby vyšetrenia C-reaktívny proteín, sa toto vykazuje ako pripočítateľná položka k výkonu pod kódom "4571a".</p>
4	Vyšetrenie všeobecným lekárom II	<p>Cieľné vyšetrenie pacienta s akútnou chorobou alebo s akútnou exacerbáciou chronického ochorenia s odslaním pacienta k špecialistovi, alebo kontrolné vyšetrenie pacienta.</p> <p>V prípade potreby vyšetrenia C-reaktívny proteín, sa toto vykazuje ako pripočítateľná položka k výkonu pod kódom "4571a".</p>
1	Vyhodnotenie sprievodnej zdravotnej dokumentácie, konzultácie.	<p>Vyhodnotenie obsahuje: zhodnotenie laboratórnych výsledkov vo vzťahu k zdravotnému stavu a optimalizácii liečby s písomným záverom a odporúčaním, opakované vystavenie lekárskeho predpisu alebo lekárskeho poukazu na predpísanom tlačíve, poskytnutie odpovede lekára inému lekárovi, inému zdravotníckemu pracovníkovi alebo pacientovi na základe telefonického konzultácie.</p>
250	Odbery, merania, injekcie, infúzie a ošetrovania v ambulancii všeobecného lekára pre deti a dorast	<p>Odmeranie krvného tlaku manuálnym alebo automatickým manžetovým manometrom a odmeranie pulzovej frekvencie. Odmeranie telesnej teploty teplomerom. Meranie, váženie, meranie obvodu brucha a končatín.</p> <p>Odobratie venóznej krvi do uzavretého systému, odobratie vzorky stolice do predpísanej odberovej plastovej nádoby za vopred stanovených podmienok. Odobratie moču na kvantitatívne a kvalitatívne vyšetrenie, odobratie moču a vyšetrenie moču pomocou testovacích prúžkov.</p> <p>Lokálna aplikácia masti, pást alebo roztokov na kožu alebo sliznice.</p> <p>Nácvik prikladania novorodenca k prsníku matky. Posudzovanie váhového prírastku novorodenca s prípadným plánovaním vhodných intervencií. Príprava pomôcok, meranie a váženie detí. Edukácia šestonedielky, rodičov dieťaťa alebo osôb, ktorým je dieťa zverené do starostlivosti.</p> <p>Edukácia rodičov a dieťaťa alebo osôb, ktorým je dieťa zverené do starostlivosti o ošetrovaní chorého dieťaťa alebo adolescenta v domácom prostredí.</p> <p>Aseptická príprava infúznej zmesi zmiešaním. Podávanie injekcií a infúzií. Kontrola miesta vpichu, funkčnosti katétra, výmena filtra, vrátane fixácie a preväzu.</p> <p>Preplach permanentného močového katétra, kontrola jeho funkčnosti, starostlivosť o jeho okolie. Dezinfekcia okolia, vyplnenie nerovnosti, výmena stomického setu, edukácia.</p> <p>Odborný nácvik potrebných výkonov pri ošetrovaní chorého v domácnosti.</p>

\* Poskytovateľ pri jednej návšteve vykazuje práve jeden výkon 8, 4, 1 alebo 250. V prípade kumulácie viacerých výkonov pri jednej návšteve sa vykáže ten najnáročnejší.

**Základná a zvýhodnená cena výkonov podľa článku IV. Zmluvy pre kapitovaných poistencov a pri zastupovaní iného poskytovateľa**

<b>Výkon</b>	<b>Základná cena (ZC) (€)</b>	<b>Zvýhodnená cena (ZvC) (€)</b>
8	3,21	7,16
4	2,40	5,05
1	0,65	1,35
250	0,96	2,00

**Cena výkonov podľa článku IV. Zmluvy pre nekapitovaných poistencov**

<b>Výkon</b>	<b>Cena (€)</b>
8	10,22
4	7,19

**Doplňková kapitácia podľa článku V. Zmluvy pre kapitovaných Poistencov**

<b>Počet všetkých kapitovaných osôb</b>	<b>výška príplatku v € podľa bodu 5.3. Zmluvy</b>
0-1199	0,00
1200-1279	0,10
1280-1359	0,20
1360-1439	0,30
1440-1519	0,40
1520-1599	0,50
1600 a viac	0,60

**Prípočítateľné položky k výkonom**

Prípočítateľná položka „4571a“ k výkonom 8 a 4 za spotrebovaný materiál pri výkone C – reaktívny proteín pre kapitovaných poistencov	5,00 €
--	--------

## Parametre Kvality a Inovácií

	Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
<b>KVALITA</b>	Subjektívna spokojnosť	I <sub>1</sub> = najmenej 6 dotazníkov vyplnených Kapitovanými poistencami Poskytovateľa
	Bezpečná medikácia	I <sub>2</sub> = najmenej jedno zobrazenie elektronickej liekovej knižky počas najmenej 90% ordinačných dní
	Predpis ATB	I <sub>3</sub> = celkové náklady na poskytovateľom predpísané ATB/ počet rizikovo vážených kapitovaných poistencov podľa veku a pohlavia
<b>INOVÁCIE</b>	eRecept	I <sub>4</sub> = najmenej 75% Liekov predpísaných Poskytovateľom elektronicke poskytovateľom vydaných lekárske predpisy a lekárske poukazy
	eZúčtovanie	I <sub>5</sub> = najmenej 75% zúčtovacích dokladov zasielaných a potvrdených elektronicke, a to prostredníctvom Elektronickej pobočky alebo zo softvéru Poskytovateľa
	eLab	I <sub>6</sub> = najmenej 75% elektronicke žiadostí o vykonanie laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení odoslaných po zobrazení existujúcich žiadostí o vykonanie laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení
	NávrhyOnline	I <sub>7</sub> = najmenej 10% návrhov na poskytnutie zdravotnej starostlivosti odoslaných elektronicke

### váhy pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h <sub>n</sub>			v <sub>n</sub>
	plnenie	Plnenie		
Subjektívna spokojnosť	0 %	100 %		v <sub>1</sub> = 10 %
Bezpečná medikácia	0 %	100 %		v <sub>2</sub> = 10 %
Predpis ATB	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	v <sub>3</sub> = 10 %
	100 %	100 %	0 %	
eRecept	0 %	100 %		v <sub>4</sub> = 5 %
eZúčtovanie	0 %	100 %		v <sub>5</sub> = 5 %
eLab	0 %	100 %		v <sub>6</sub> = 15 %
NávrhyOnline	0 %	100 %		v <sub>7</sub> = 10 %

## Parametre Efektívnosti

	Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
<b>EFEKTÍVNOSŤ</b>	Starostlivosť o pacienta	$I_1$ = počet návštev Kapitovaných poistencov v špecializovanej ambulantnej starostlivosti, ambulantnej pohotovostnej službe a urgentných príjmov/počet rizikovo vážených Kapitovaných poistencov podľa veku, pohlavia (s výnimkou 2% najdrahších poistencov)
	Náklady na pacienta	$I_2$ = náklady na lieky, dietetické potraviny a zdravotnícke pomôcky predpísané poskytovateľom a celkové náklady na vlastné SValZ zdravotné výkony vykonané bez objednania a objednané SValZ zdravotné výkony vykonané pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti poistencom/počet rizikovo vážených Kapitovaných poistencov podľa veku a pohlavia (s výnimkou 2% najdrahších poistencov)
	Preventívne prehliadky	$I_3$ = počet Kapitovaných poistencov s vykonanou preventívnou prehliadkou / počet Kapitovaných poistencov (Sledované obdobie je 12 kalendárnych mesiacov)

váhy a pásma pre jednotlivé parametre

Názov parametra	$h_n$			$v_n$
	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	
Starostlivosť o pacienta	100 %	100 %	0 %	$v_1 = 15 \%$
Náklady na pacienta	100 %	100 %	0 %	$v_2 = 15 \%$
Preventívne prehliadky	0 %	100 %	100 %	$v_3 = 5 \%$

## Cenník 2

### Výška kapitácie

<b>Označenie</b>		<b>hodnota v €</b>
Kapitácia za jedného Kapitovaného poistenca	do dovŕšenia 1. roku života	8,31
	od 1 roku veku do dovŕšenia 2. roku života	8,68
	od 2 roku veku do dovŕšenia 7. roku života	5,78
	od 7 rokov veku do dovŕšenia 19. roku života	3,60
	od 19 rokov veku do dovŕšenia 27. roku života	2,34
	od 27 rokov do dovŕšenia 28.roku života	2,44

### Jednotková cena bodu

<b>Cena bodu</b>	<b>hodnota v €</b>
pri zdravotných výkonoch vykonaných pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia: 143, 143a, 144, 145, 145a, 146, 146a, 146b, 146c, 148, 148a, 148b, 148c, 149, 149a, 149b, 149c, 149d, 149f (poskytnutý držiteľovi preukazu ZŤP), 159b, 950, 953, 159a, 159x(počet bodov 180), 159z(počet bodov 180), 160 (počet bodov 390)	0,06
pri zdravotných výkonoch vykonaných pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia: 142	0,092
pri výkone očkovania: 252b, ktorý nie je zahrnutý v kapitácii	0,07
pri výkone 67 - (počet bodov 100) – príplatok pri sťaženom výkone do dovŕšenia piateho roku života pri výkone očkovania nutná kombinácia s výkonom 252b	0,05

### Výkony Telemedicíny

<b>Výkon</b>	<b>Cena bodu v Eur</b>
<p><b>1b - Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky (160bodov)</b></p> <p>Popis výkonu (ďalej len „výkon“): Konzultácia s pacientom prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cielenú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly, vo vzťahu k jednému orgánovému systému</li> <li>• popis subjektívnych ťažkostí,</li> <li>• diagnostický záver,</li> <li>• poučenie o diéte a životospráve,</li> <li>• v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplynuli z konzultácie ohľadom zdravotného stavu</li> <li>• prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára</li> <li>• poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie</li> </ul> <p>Vykazovanie výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta;</li> <li>• zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii;</li> <li>• súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj z online prostredia, popis zdravotného výkonu dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára;</li> <li>• výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi;</li> <li>• výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta;</li> <li>• vykazuje sa samostatne, najviac 1x za deň;</li> </ul>	0,027

Vykonávanie výkonu: výkon vykonáva lekár, klinický psychológ	
<p><b>11a - Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor) (210bodov)</b></p> <p>Popis výkonu (ďalej len „výkon“): Konzultácia s pacientom prostredníctvom doložiteľnej elektronickej komunikácie (webová aplikácia, videohovor) v online prostredí, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie, realizáciu fotografií pacienta / vyšetrovaného orgánu pre prídanie do zdravotnej dokumentácie a obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cielenú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom</li> <li>• zhodnotenie výsledkov,</li> <li>• vypísanie receptov, prípadne vypísanie žiadaniek na ďalšie vyšetrenie,</li> <li>• poučenie pacienta,</li> <li>• diagnostický záver</li> <li>• určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára.</li> </ul> <p>Vykazovanie zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• výkon sa vykazuje ako komplexná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia</li> <li>• súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj z online prostredia,</li> <li>• popis zdravotného výkonu</li> <li>• diagnostický záver, ak je potrebné dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly</li> <li>• prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára.</li> <li>• výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi</li> <li>• ak je po konzultácii potrebná aj kontrola v ambulancii, vykazujú sa len výkony, ktoré sa vykonali ambulantne a výkon sa nevykazuje</li> <li>• výkon sa vykazuje samostatne, najviac 1x deň</li> </ul> <p>Vykonávanie výkonu: výkon vykonáva lekár</p>	0,027
<p><b>70 - Opätovné lekárske vystavenie receptov a (alebo) poukazov (40 bodov)</b></p> <p>Popis výkonu(ďalej len „výkon“):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronickou formou pre lieky/ zdravotné pomôcky, ktoré pacient užíva dlhšie ako 3 mesiace a nebola realizovaná zmena dávkovania lieku</li> <li>• Vykazovanie výkonu:</li> <li>• výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta</li> <li>• súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj z online prostredia</li> <li>• údaj, kedy bol recept vypísaný</li> <li>• údaj o predpise lieku/ zdravotnej pomôcky pacientovi prostredníctvom elektronickej služby</li> <li>• výkon sa vzťahuje na jedného pacienta bez ohľadu na počet liekov/ zdravotnej pomôcky, ktoré boli pacientovi predpísané</li> <li>• výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi</li> </ul> <p>Vykazuje sa samostatne, najviac 1x za deň, bez ohľadu na počet vystavených receptov a/alebo poukazov. Vykonávanie zdravotného výkonu: výkon vykonáva lekár</p>	0,027

### Finančný objem

Finančný objem na kalendárny mesiac podľa bodu 4.12. Zmluvy	Dolná hranica	Horná hranica
	__€	__€

### Zoznam zdravotných výkonov a iných nákladov, ktoré sa nezahŕňajú do finančného objemu

Zdravotné výkony a iné náklady, ktoré sa nezahŕňajú do finančného objemu podľa bodu 4.12. Zmluvy
Výkony, ktoré Poskytovateľ vykonal pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia
Náklady na lieky, ktoré sú v Zozname liekov označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“, „AS“
Výkon očkovania 252b, 67
Pripočítateľné položky k výkonu 8 alebo 4
Výkony 8, 4, 1, 250 vykázané pri zastupovaní iného poskytovateľa
Výkony, ktoré Poskytovateľ vykonal pre nekapitovaného poistenca podľa bodu 4.15 b) a c)
Výkony Telemedicíny

Výkony podľa článku IV. Zmluvy		
8	Vyšetrenie všeobecným lekárom I	<p>Komplexné vstupné vyšetrenie pacienta pri prevzatí do starostlivosti, alebo cielečné vyšetrenie osoby s akútnou chorobou alebo s akútnou exacerbáciou chronického ochorenia bez odoslania pacienta k špecialistovi, alebo predoperačné vyšetrenie.</p> <p>V prípade potreby vyšetrenia C-reaktívny proteín, sa toto vykazuje ako prípočítateľná položka k výkonu pod kódom "4571a".</p>
4	Vyšetrenie všeobecným lekárom II	<p>Cielečné vyšetrenie pacienta s akútnou chorobou alebo s akútnou exacerbáciou chronického ochorenia s odslaním pacienta k špecialistovi, alebo kontrolné vyšetrenie pacienta.</p> <p>V prípade potreby vyšetrenia C-reaktívny proteín, sa toto vykazuje ako prípočítateľná položka k výkonu pod kódom "4571a".</p>
1	Vyhodnotenie sprievodnej zdravotnej dokumentácie, konzultácie.	<p>Vyhodnotenie obsahuje: zhodnotenie laboratórných výsledkov vo vzťahu k zdravotnému stavu a optimalizácii liečby s písomným záverom a odporúčaním, opakované vystavenie lekárskeho predpisu alebo lekárskeho poukazu na predpísanom tlačíve, poskytnutie odpovede lekára inému lekárovi, inému zdravotníckemu pracovníkovi alebo pacientovi na základe telefonickkej konzultácie.</p>
250	Odbery, merania, injekcie, infúzie a ošetrovania v ambulancii všeobecného lekára pre deti a dorast	<p>Odmeranie krvného tlaku manuálnym alebo automatickým manžetovým manometrom a odmeranie pulzovej frekvencie. Odmeranie telesnej teploty teplomerom. Meranie, váženie, meranie obvodu brucha a končatín.</p> <p>Odobratie venóznej krvi do uzavretého systému, odobratie vzorky stolice do predpísanej odberovej plastovej nádoby za vopred stanovených podmienok. Odobratie moču na kvantitatívne a kvalitatívne vyšetrenie, odobratie moču a vyšetrenie moču pomocou testovacích prúžkov.</p> <p>Lokálna aplikácia masti, pást alebo roztokov na kožu alebo sliznice.</p> <p>Nácvik prikladania novorodenca k prsníku matky. Posudzovanie váhového prírastku novorodenca s prípadným plánovaním vhodných intervencií. Príprava pomôcok, meranie a váženie detí. Edukácia šestonedielky, rodičov dieťaťa alebo osôb, ktorým je dieťa zverené do starostlivosti.</p> <p>Edukácia rodičov a dieťaťa alebo osôb, ktorým je dieťa zverené do starostlivosti o ošetrovaní chorého dieťaťa alebo adolescenta v domácom prostredí.</p> <p>Aseptická príprava infúznej zmesi zmiešaním. Podávanie injekcií a infúzií. Kontrola miesta vpichu, funkčnosti katétra, výmena filtra, vrátane fixácie a preväzu.</p> <p>Preplach permanentného močového katétra, kontrola jeho funkčnosti, starostlivosť o jeho okolie. Dezinfekcia okolia, vyplnenie nerovnosti, výmena stomického setu, edukácia. Odborný nácvik potrebných výkonov pri ošetrovaní chorého v domácnosti.</p>

\* Poskytovateľ pri jednej návšteve vykazuje práve jeden výkon 8, 4, 1 alebo 250. V prípade kumulácie viacerých výkonov pri jednej návšteve sa vykáže ten najnáročnejší.

**Základná a zvýhodnená cena výkonov podľa článku IV. Zmluvy pre kapítovaných poistencov a pri zastupovaní iného poskytovateľa**

<b>Výkon</b>	<b>Základná cena (ZC) (€)</b>	<b>Zvýhodnená cena (ZvC) (€)</b>
8	2,38	5,30
4	1,78	3,74
1	0,48	1,00
250	0,48	1,00

**Cena výkonov podľa článku IV. Zmluvy pre nekapítovaných poistencov**

<b>Výkon</b>	<b>Cena (€)</b>
8	9,29
4	6,54

**Doplňková kapitácia podľa článku V. Zmluvy pre kapítovaných Poistencov**

<b>Počet všetkých kapítovaných osôb</b>	<b>výška príplatku v € podľa bodu 5.3. Zmluvy</b>
0-1199	0,00
1200-1279	0,10
1280-1359	0,20
1360-1439	0,30
1440-1519	0,40
1520-1599	0,50
1600 a viac	0,60

**Pripočítateľné položky k výkonom**

Pripočítateľná položka „4571a“ k výkonom 8 a 4 za spotrebovaný materiál pri výkone C – reaktívny proteín pre kapítovaných poistencov	4,40 €
--	--------



## Parametre Kvality a Inovácií

	Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
<b>KVALITA</b>	Subjektívna spokojnosť	I <sub>1</sub> = najmenej 6 dotazníkov vyplnených Kapitovanými poistencami Poskytovateľa
	Bezpečná medikácia	I <sub>2</sub> = najmenej jedno zobrazenie elektronickej liekovej knižky počas najmenej 90% ordinačných dní
	Predpis ATB	I <sub>3</sub> = celkové náklady na poskytovateľom predpísané ATB/ počet rizikovo vážených kapitovaných poistencov podľa veku a pohlavia
<b>INOVÁCIE</b>	eRecept	I <sub>4</sub> = najmenej 75% Liekov predpísaných Poskytovateľom elektronicke poskytovateľom vydaných lekárske predpisy a lekárske poukazy
	eZúčtovanie	I <sub>5</sub> = najmenej 75% zúčtovacích dokladov zasielaných a potvrdených elektronicke, a to prostredníctvom Elektronickej pobočky alebo zo softvéru Poskytovateľa
	eLab	I <sub>6</sub> = najmenej 75% elektronicke žiadostí o vykonanie laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení odoslaných po zobrazení existujúcich žiadostí o vykonanie laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení
	NávrhyOnline	I <sub>7</sub> = najmenej 10% návrhov na poskytnutie zdravotnej starostlivosti odoslaných elektronicke

### váhy pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h <sub>n</sub>			v <sub>n</sub>
	Plnenie	Plnenie		
Subjektívna spokojnosť	0 %	100 %		v <sub>1</sub> = 10 %
Bezpečná medikácia	0 %	100 %		v <sub>2</sub> = 10 %
Predpis ATB	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	v <sub>3</sub> = 10 %
	100 %	100 %	0 %	
eRecept	0 %	100 %		v <sub>4</sub> = 5 %
eZúčtovanie	0 %	100 %		v <sub>5</sub> = 5 %
eLab	0 %	100 %		v <sub>6</sub> = 15 %
NávrhyOnline	0 %	100 %		v <sub>7</sub> = 10 %

## Parametre Efektívnosti

	Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
<b>EFEKTÍVNOSŤ</b>	Starostlivosť o pacienta	$I_1$ = počet návštev Kapitovaných poistencov v špecializovanej ambulantnej starostlivosti, ambulantnej pohotovostnej službe a urgentných príjmov/počet rizikovo vážených Kapitovaných poistencov podľa veku, pohlavia (s výnimkou 2% najdrahších poistencov)
	Náklady na pacienta	$I_2$ = náklady na lieky, dietetické potraviny a zdravotnícke pomôcky predpísané poskytovateľom a celkové náklady na vlastné SValZ zdravotné výkony vykonané bez objednania a objednané SValZ zdravotné výkony vykonané pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti poistencom/počet rizikovo vážených Kapitovaných poistencov podľa veku a pohlavia (s výnimkou 2% najdrahších poistencov)
	Preventívne prehliadky	$I_3$ = počet Kapitovaných poistencov s vykonanou preventívnou prehliadkou / počet Kapitovaných poistencov (Sledované obdobie je 12 kalendárnych mesiacov)

váhy a pásma pre jednotlivé parametre

Názov parametra	$h_n$			$v_n$
	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	
Starostlivosť o pacienta	100 %	100 %	0 %	$v_1 = 15 \%$
Náklady na pacienta	100 %	100 %	0 %	$v_2 = 15 \%$
Preventívne prehliadky	0 %	100 %	100 %	$v_3 = 5 \%$