

# 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:

**DÔVERA 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 zdravotnú starostlivosť vo vecnom rozsahu vyplývajúcom z kompetencií špecializačného odboru a z povolenia, ktoré orgán uvedený v záhlaví Zmluvy vydal Poskytovateľovi na poskytovanie zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore „**všeobecné lekárstvo**“.

- 1.3. Zoznam lekárov, ktorí budú v mene Poskytovateľa poskytovať zdravotnú starostlivosť v špecializačnom odbore „všeobecné lekárstvo“, 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 35 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 materiálo-technické vybavenie Poskytovateľa podľa všeobecne záväzných právnych predpisov, ak je uvedená v prílohe č. 1 k Zmluve, alebo ak s jej použitím vyslovila Poistovňa predchádzajúci písomný súhlas; Poskytovateľ môže vykázať Poistovní len vykonanie tých zdravotných výkonov, ktoré sú uvedené v prílohe č. 1 k Zmluve alebo v súhlase Poistovne s použitím zdravotníckej techniky.
- 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;
- 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 na webovom sídle Poistovne.
- 2.5. Poskytovateľ zodpovedá za správnosť obsahu návrhu na kúpeľnú starostlivosť (ďalej len „Návrh“) doručeného Poistovní. Predovšetkým Poskytovateľ zodpovedá za to, že Poistenec 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. a IV. 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 poistenec 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 vo veku najmenej 18 rokov, 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“). Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli na

výške Kapitácie tak, ako je uvedené v prílohe č. 2 Zmluvy (ďalej len „Cenník“). Poistovňa 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, Poistovňa 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.
- 3.4. Pokiaľ má Poskytovateľ dočasne pozastavené povolenie alebo dočasne neobsadenú ambulanciu, Poistovňa Kapitáciu počas tohto obdobia Poskytovateľovi nehradí. Poistovňa 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 Poistovni 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 akúkoľvek zdravotnú starostlivosť, ktorú Poskytovateľ poskytol 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. úhradu za zdravotné výkony, ktoré Poskytovateľ vykonal pomocou zdravotníckej techniky, ktorá je uvedená v prílohe č. 1 Zmluvy;
  - d. iné náklady a zdravotné výkony, pokiaľ to vyplýva zo všeobecne záväzných právnych predpisov alebo z Cenníka.
- 3.6. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi úhradu za zdravotnú starostlivosť, ktorú poskytol:
- a. Kapitovanému poistencovi ako zdravotný výkon, ktorý nie je podľa bodu 3.5. Zmluvy zahrnutý v Kapitácii;
  - b. Poistencovi, ktorý nie je Kapitovaným poistencom, ako neodkladnú zdravotnú starostlivosť;
  - c. za podmienok uvedených v článku IX. VZP poistencovi Európskej únie;
  - d. za podmienok uvedených v článku X. VZP poistencovi poisťovne Highmark.
- Úhrada podľa predchádzajúcej vety sa vypočíta 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.
- 3.7. Poskytovateľ je po overení totožnosti a poistného vzťahu poistenca s Poistovňou oprávnený poskytovať poistencom Poistovne zdravotnú starostlivosť pozostávajúcu z výkonov telekonzultácie a vystavenia lekárskeho predpisu a/alebo lekárskeho poukazov elektronickou formou (ďalej aj „telekonzultácie“), ktoré sú uvedené v Cenníku. Poskytovateľ je pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti pozostávajúcej z výkonov telekonzultácie a vystavenia lekárskeho predpisu a/alebo lekárskeho poukazov elektronickou

formou povinný v súlade s platnou legislatívou overiť totožnosť poistenca a jeho poistný vzťah s Poisťovňou predovšetkým na základe rodného čísla a/alebo identifikačného čísla poistenca, prostredníctvom informačného systému Poskytovateľa, elektronickej pobočky Poisťovne, na webovom sídle Poisťovne, alebo telefonicky na zákazníckej linke Poisťovne.

- 3.8. Poskytovateľ berie na vedomie, že Poisťovňa bude pri úhrade zdravotnej starostlivosti pozostávajúcej z výkonov telekonzultácie a vystavenia lekárskeho predpisu a/alebo lekárskeho poukazu elektronickej formou v zmysle bodu 3.7. 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 Poisťovne, alebo na webovom sídle Poisťovne.

#### IV. DODATKOVÁ KAPITÁCIA

- 4.1. Poisťovňa sa za podmienok dohodnutých v tomto bode zaväzuje spolu s Kapitáciou uhradiť Poskytovateľovi za každého Kapitovaného poistenca dodatkovú paušálnu mesačnú úhradu (ďalej len „Dodatková kapitácia“), ktorej hodnota je závislá od plnenia parametrov Kvality, Efektívnosti a Inovácií.
- 4.2. Poisťovňa 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. Poisťovňa použije pre zistenie a výpočet hodnoty každého parametra uvedeného v tabuľke „Parametre Kvality 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. Poisťovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov, 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. Poisťovňa umožní Poskytovateľovi monitorovať vypočítané hodnoty každého parametra prostredníctvom online služby Poisťovne.
- 4.5. Poisťovňa vypočíta výsledné plnenie parametrov a určí Koefficient Kvality a Inovácií Poskytovateľa (ďalej aj „KKI“) podľa vzorca:  
$$KKI = h_1 \times v_1 + h_2 \times v_2 + h_3 \times v_3 + h_4 \times v_4 + h_5 \times v_5,$$
kde  $h_1$  až  $h_5$  sú hodnoty parametra zistené z tabuľky podľa bodu 4.3 Zmluvy, a  $v_1$  až  $v_5$  sú váhy príslušného parametra zistené z tabuľky podľa bodu 4.3 Zmluvy.
- 4.6. Výška základu pre výpočet Dodatkovkej kapitácie (ďalej len „ZDK“) sa vypočíta podľa vzorca:  
$$ZDK = (ZvHDK - ZHDK) * KKI + ZHDK,$$
kde  $ZvHDK$  znamená zvýhodnená hodnota Dodatkovkej kapitácie uvedená v Cenníku  
 $ZHDK$  znamená základná hodnota Dodatkovkej kapitácie uvedená v Cenníku
- 4.7. Poisťovňa z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v tabuľke označenej ako „Parametre Efektívnosti“, ktorá je súčasťou Cenníka.
- 4.8. Poisťovňa použije pre zistenie a výpočet hodnoty každého parametra uvedeného v tabuľke podľa bodu 4.7. Zmluvy údaje za dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky, z ktorých posledný kalendárny štvrťrok bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva výpočet.
- 4.9. Poisťovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov uvedený v tabuľke podľa bodu 4.7. Zmluvy týmto spôsobom:
- Poisťovňa zistí každý z parametrov za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí poskytujú ambulanciu zdravotnú starostlivosť v rovnakom špecializačnom odbore ako Poskytovateľ;
  - Poisťovňa zoradí hodnoty parametrov zistené za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti vzostupne;
  - Poisťovňa neprihliada na hodnoty parametrov tých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí v poradí podľa písm. b. dosiahli 20 % najnižších hodnôt a 20 % najvyšších hodnôt;
  - Poisťovňa 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.

- 4.10. 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.
- 4.11. 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 4.7. 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 4.9. 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 4.7. Zmluvy.
- 4.12. Výška Dodatkovej kapitácie sa vypočíta ako násobok základu pre výpočet Dodatkovej kapitácie podľa bodu 4.7. Zmluvy a Koefficientu Efektívnosti. Dodatková kapitácia sa zaokrúhli matematicky na šesť desatinných miest. Takto zistená Dodatková kapitácia patrí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti počas dvoch kalendárnych štvrtírokov nasledujúcich po výpočte podľa tohto článku Zmluvy. Poistovňa je povinná vypočítať a oznámiť Poskytovateľovi výšku Dodatkovej kapitácie vždy najneskôr pred začiatkom toho kalendárneho štvrtíroka, za ktorý bude Poskytovateľovi Dodatková kapitácia patriť.
- 4.13. Do skončenia toho kalendárneho polroka, v ktorom Zmluva nadobudla účinnosť v prvý deň kalendárneho polroka, sa uplatní ako Koefficient Kvality a Inovácií (KKI) a Koefficient Efektívnosti (KE) číslo podľa bodu 4.14. Zmluvy. V prípade, ak Zmluva nadobudne účinnosť neskôr ako prvým dňom daného kalendárneho polroka, uplatní sa výška Dodatkovej kapitácie podľa predchádzajúcej vety aj počas kalendárneho polroka bezprostredne nasledujúcom po kalendárnom polroku, v ktorom Zmluva nadobudla účinnosť, 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 Koefficient Kvality a Inovácií (KKI) vo výške **55%** a Koefficient Efektívnosti (KE) vo výške **68%**. Výsledná výška Dodatkovej kapitácie vypočítaná podľa tohto článku je **DK = 0,58186€**.

## V. ÚČINNOSŤ ZMLUVY

- 5.1. 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.
- 5.2. Poistovňa a Poskytovateľ sa zaväzujú pristúpiť k uzavretiu Zmluvy tak, aby nadobudla účinnosť **k 1.7.2022**.
- 5.3. Na účely tejto Zmluvy sa dohodovacím konaním rozumie obdobie, počas ktorého sa zmluvné strany usilujú predovšetkým vzájomnými rokovaniaми dospieť k písomnej dohode na nových zmluvných cenových podmienkach. Dohodovacie konanie podľa predchádzajúcej vety začína dňom, v ktorom Zdravotná poisťovňa predložila písomný návrh nových zmluvných cenových podmienok druhej zmluvnej strane. Zmluva sa uzatvára na dobu určitú a to **na 12 mesiacov** odo dňa účinnosti Zmluvy. Príloha č. 2 Zmluvy je platná **do 31.12.2022**. Zmluvné strany sa dohodli na tom, že v prípade ak sa začne medzi zmluvnými stranami dohodovacie konanie, ktoré sa neskončí písomnou dohodou na nových zmluvných cenových podmienkach do 31.12.2022, platnosť cenových podmienok sa predlžuje **do 31.03.2023**.
- 5.4. 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 5.5. Zmluvy).

- 5.5. Zmluvné strany sa dohodli, že po uzavretí tejto Zmluvy, naďalej platí prechádzajúci súhlas, ktorý Poistovňa udelila Poskytovateľovi na poskytovanie zdravotnej starostlivosti pomocou zdravotníckej techniky, ktorá netvorí povinné materiálne-technické vybavenie Poskytovateľa v písomnej forme.

## **VI. ELEKTRONICKÁ KOMUNIKÁCIA**

- 6.1. Poistovňa a Poskytovateľ sa v súlade s ust. § 7 ods. 20 Zákona o zdravotných poisťovniach dohodli, že Poskytovateľ prostredníctvom svojho softvéru poskytne Poistovní 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 Poistovne a vedenia účtu Poistenca.
- 6.2. Ak Poskytovateľ disponuje softvérovým vybavením, ktoré umožňuje zaslanie údajov uvedených na žiadosti o laboratórne a zobrazovacie vyšetrenia (ďalej len „žiadanka“) v elektronickej podobe aj Poistovní, zaväzuje sa Poskytovateľ zaslať Poistovní 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. Poistovňa 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.
- 6.3. Ak Poskytovateľ disponuje softvérovým vybavením, ktoré umožňuje priamu elektronickú komunikáciu s elektronickou pobočkou a zároveň Poistovňa 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 Poistovní prostredníctvom priameho prepojenia softvérového vybavenia Poskytovateľa s elektronickou pobočkou určí Poistovňa 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.
- 6.4. Ak Poskytovateľ disponuje softvérovým vybavením, ktoré umožňuje priamu elektronickú komunikáciu s elektronickou pobočkou a zároveň Poistovňa 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 Poistovní prostredníctvom priameho prepojenia softvérového vybavenia Poskytovateľa s elektronickou pobočkou určí Poistovňa v pravidlách elektronickej komunikácie. Poskytovateľ sa zaväzuje zasielať zúčtovacie doklady podľa tohto bodu priebežne, bez zbytočného odkladu po poskytnutí zdravotnej starostlivosti. Povinnosť zaslať Poistovní zúčtovacie doklady podľa článku V. VZP tým nie je dotknutá. Pre doručenie zúčtovacieho dokladu prostredníctvom softvérového vybavenia Poskytovateľa platí obdobne bod 12.4. VZP.
- 6.5. Poskytovateľ a Poistovňa sa v súlade s § 7 ods. 20 Zákona o zdravotných poisťovniach dohodli, že Poskytovateľ je za účelom správneho poskytnutia zdravotnej starostlivosti oprávnený si od Poistovne vyžiadať v nevyhnutnom rozsahu údaje o poskytnutej zdravotnej starostlivosti poistencovi Poistovne, vrátane údajov uvedených v žiadankách na vyšetrenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, v elektronickej podobe žiadankách na vyšetrenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, v preskripčných záznamoch, v dispenzačných záznamoch, lekárske predpisoch, lekárske poukazoch v rozsahu ustanovenom osobitným predpisom, ktoré Poistovňa eviduje vo svojom informačnom systéme vo vzťahu ku konkrétnemu poistencovi Poistovne, alebo si tieto údaje overiť v Poistovní. Poskytovateľ a Poistovňa zároveň berú na vedomie, že vyžiadanie, ako aj vyžiadané údaje sa poskytujú elektronickej z informačného systému Poistovne a z informačného systému Poskytovateľa, v ktorých sú spracovávané.
- 6.6. V prípade, ak sa akýkoľvek údaj uvedený v elektronickej podobe podľa bodu 6.1. až 6.4. ukáže ako nepravdivý, neúplný, nepresný alebo nesprávny, Zmluvné strany sa zaväzujú bez zbytočného odkladu takýto údaj uviesť do súladu so skutočným stavom prostredníctvom svojho softvéru.

## **VII. ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA**

- 7.1. Zmluva je vyhotovená v dvoch rovnopisoch, po jednom rovnopise pre každú zmluvnú stranu.
- 7.2. Neoddeliteľnou súčasťou tejto Zmluvy je:
- a. príloha č. 1, ktorá obsahuje zoznam zdravotníckej techniky a zoznam zdravotných výkonov podľa bodu 2.2. Zmluvy;

- b. príloha č. 2 (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 výšku Dodatkovej kapitácie podľa bodu 4.2. Zmluvy.
- 7.3. Poisťovňa aj Poskytovateľ sa zaväzujú v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti informovať poistencov Poisťovne vždy korektne, pravdivo a neskreslene o skutočnostiach vyplývajúcich zo Zmluvy, VZP a platných právnych predpisov.
- 7.4. Neoddeliteľnou súčasťou rovnopisu tejto Zmluvy určeného pre Poskytovateľa sú VZP účinné od 1. apríla 2012. V prípade, ak Poskytovateľ s Poisťovňou uzavrel pred účinnosťou Zmluvy zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, VZP sú mu známe a sú zverejnené na webovom sídle Poisťovne [www.dovera.sk/lekar/zmluvy](http://www.dovera.sk/lekar/zmluvy).
- 7.5. Pre prípad, že Ministerstvo zdravotníctva SR rozhodne čo i len čiastočne o zrušení regulácie cien výrobkov, služieb a výkonov v oblasti zdravotníctva, Poisťovňa 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.
- 7.6. Ak Poskytovateľ na základe zanikajúcej zmluvy doručil Poisťovni zmeny v zozname lekárov podľa príslušných ustanovení VZP, považuje sa to za splnenie povinnosti podľa bodu 1.3. Zmluvy.
- 7.7. Poisťovňa 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 Poisťovne, 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 Poisťovni priznáva § 15 a 23 zákona o RPVS v prípade nesplnenia povinností Poskytovateľom, ktorými sú právo odstúpiť od Zmluvy a skutočnosť, že Poisťovňa sa nedostane do omeškania s plnením pri neuhradení úhrady Poskytovateľovi podľa VZP. Poisťovňa o skutočnosti neuhradenia úhrady podľa predchádzajúcej vety Poskytovateľa informuje v lehote splatnosti faktúry dohodnutej vo VZP.
- 7.8. Poisťovňa 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 \_\_\_\_\_, dňa \_\_. \_\_ 2022

V \_\_\_\_\_, dňa \_\_. \_\_ 2022

\_\_\_\_\_  
DÓVERA zdravotná poisťovňa, a. s.  
meno  
regionálna riaditeľka pre nákup ZS

\_\_\_\_\_  
Poskytovateľ



**Zoznam zdravotníckej techniky**

(ktorá netvorí povinné materiálo-technické vybavenie Poskytovateľa)

Názov PZS: .....

<b>Kód odbornosti</b>	<b>Zdravotnícka technika</b>	<b>Zoznam vykonávaných zdravotných výkonov</b>
020	EKG	5702, 5702Z
	Glukomer	3671
	POCT prístroj na vyšetrenie INR	H0007
	Prístroj na 24-hodinové monitorovanie a vyhodnotenie krvného tlaku (Holterov monitoring)	5715
	Prístroj na meranie členkovo-ramenného indexu (ABI)	H0008



## Cenník

### Výška kapitácie

<i>Označenie</i>	<i>hodnota v €</i>	
Kapitácia za jedného Kapitovaného poistenca	do dovŕšenia 19. roku života	3,81
	od 19 rokov veku do dovŕšenia 27. roku života	2,46
	od 27 rokov veku do dovŕšenia 45. roku života	2,58
	od 45 rokov veku do dovŕšenia 51. roku života	2,61
	od 51 roku veku do dovŕšenia 53. roku života	2,84
	od 53 roku veku do dovŕšenia 57. roku života	3,34
	od 57 roku veku do dovŕšenia 61. roku života	3,59
	od 61 roku veku do dovŕšenia 64. roku života	4,00
	od 64 roku veku do dovŕšenia 68. roku života	4,24
	od 68 roku veku do dovŕšenia 72. roku života	4,58
	od 72 roku veku do dovŕšenia 87. roku života	5,05
	od 87 roku veku	4,98

### Jednotková cena bodu

<i>Cena bodu hodnota v €</i>	<i>Základná cena</i>
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“	0,008190
pri iných zdravotných výkonoch ako uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“	0,022089
pri zdravotných výkonoch vykonaných pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia: 159b, 159a, 159x (počet bodov 180), 159z (počet bodov 180), 160 (počet bodov 390)	0,065
pri zdravotnom výkone: 3671 (určenie glykémie glukometrom pri kvantitatívnej, alebo kvalitatívnej poruche vedomia)	0,020895
pri výkone očkovania: 252b, ktorý nie je zahrnutý v kapitácii	0,08
pri výkonoch: 25, 26, 29, 30, ktoré nie sú zahrnuté v kapitácii	0,03
pri neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnutej inému ako Kapitovanému poistencovi	0,03

### Jednotková cena výkonu, ktorá sa nezahrňa do kapitácie

<i>Cena výkonu</i>	<i>hodnota v €</i>
<b>4571a C – reaktívny proteín</b> pre kapitovaných poistencov	5,00
<b>60b - Základné vyšetrenie</b> Úhrada zahŕňa potrebné odbery krvi, zhodnotenie laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení a zaradenie pacienta do rizikovej skupiny ASA. Úhrada nezahŕňa poskytnutie EKG vyšetrenia. Výkon možno vykazovať iba raz v rámci jednej operácie. Výkon sa vykazuje samostatne s diagnózou, pre ktorú je poistenec plánovaný na operáciu. Zdravotná poisťovňa akceptuje vykávanie výkonu aj opakovane pre účely toho istého operačného zákroku, ak je predoperačné vyšetrenie opakované z dôvodu zrušenia operačného zákroku a z dôvodu uplynutia platnosti predoperačného vyšetrenia podľa klasifikácie ASA. V prípade odoslania poistenca k špecialistovi (konziliárnemu lekárovi), ktorý vykoná	16,00

<p>predoperačné vyšetrenie, zdravotná poisťovňa poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súvislosti s predoperačným vyšetrením uhrádza v rámci kapitačnej platby za poistenca.</p>	
<p><b>5702Z - Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie</b> Štandardné 12-zvodové zosnímanie ako súčasť predoperačného vyšetrenia. Nutná kombinácia s výkonom 60b</p>	<p>4,78</p>
<p><b>5702 – Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie</b> Zaznamenanie popisu a vyhodnotenia záznamu vrátane popisu EKG krivky v zdravotnej dokumentácii pacienta u všeobecného lekára pre dospelých. Vykazovanie u Poistenca, za ktorého je hradená kapitačná platba u Poskytovateľa v zmysle tejto zmluvy, pri neodkladnej zdravotnej starostlivosti a pri súčasnom vykonaní EKG a popísaní EKG záznamu. Popis musí byť zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii.</p>	<p>4,78</p>
<p><b>H0003 - Iniciálne vyšetrenie poistenca s artériovou hypertenziou, dyslipidémiou a/alebo obezitou</b> Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok: Diferenciálna diagnostika artériovej hypertenzie, dyslipidémie a/alebo obezity v zmysle príslušných odborných usmernení MZ SR na poskytovanie ambulantnej starostlivosti dospelým poistencom s artériovou hypertenziou, dyslipidémiou a/alebo obezitou. Ak ide o poistenca, ktorý má len izolovanú obezitu (t.j. nemá artériovú hypertenziu a/alebo dyslipidémiu), podmienkou úhrady je aj: • BMI: 30 – 34,99 (obezita I. stupňa) alebo 35 – 39,99 (obezita II. stupňa) alebo nad 40 (obezita III. stupňa) • a súčasne prítomný marker vysokého rizika vzniku metabolických a obehových komplikácií spojených s obezitou na základe distribúcie tuku - obvod pásu v cm: muži nad 102 cm, ženy nad 88 cm Vykázanie výkonu jedenkrát za kalendárny rok po stanovení diagnostického záveru a diagnostického a liečebného plánu zdravotnej poisťovni nad rámec kapitácie s príslušnou diagnózou zistenou pri vyšetrení. Za iniciálne vyšetrenie sa považuje stav, keď poistenec v bezprostredne predchádzajúcich 24 mesiacoch nebol sledovaný ani liečený pre artériovú hypertenziu, dyslipidémiu a/alebo obezitu. V cene výkonu je zahrnuté komplexné vyšetrenie poistenca, vyhodnotenie laboratórnych, doplnkových a pomocných vyšetrení, odporúčenie ďalšej diagnostiky a liečby a stanovenie ďalšieho postupu v zmysle príslušných odborných usmernení MZ SR na poskytovanie ambulantnej starostlivosti dospelým poistencom s artériovou hypertenziou, dyslipidémiou a/alebo obezitou. V prípade hodnotenia laboratórnych alebo zobrazovacích vyšetrení pri iniciálnom vyšetrení Poisťovňa akceptuje aj vyšetrenia, ktoré neboli realizované bezprostredne v čase vyšetrenia a dátum ich realizácie nie je starší ako 3 mesiace (90 dní) pred vykonaním vyšetrenia a zároveň výsledok vyšetrení dosahoval fyziologické hodnoty a nie je žiadny medicínsky predpoklad, že výsledky by mohli byť signifikantne zmenené. V tomto prípade je poskytovateľ povinný zaznamenať alebo založiť do zdravotnej dokumentácie všetky výsledky tak, aby bolo zrejmé dátum ich realizácie a výsledok jednotlivých parametrov a jeho vyhodnotenie v rámci diferenciálnej diagnostiky alebo liečebného plánu. V prípade laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení realizovaných iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti alebo realizovaných za účelom iných potrebných vyšetrení, ktorých výsledok bol vo fyziologickom rozmedzí, Poisťovňa ich bude akceptovať za podmienky, že neprekročili časový interval odporúčený v príslušnom odbornom usmernení MZ SR, pokiaľ budú zaznamenané v zdravotnej dokumentácii. Pokiaľ vyšetrenia a ich výsledky neboli realizované alebo neboli v rozmedzí fyziologických hodnôt, tak je potrebné ich vyšetriť a výsledok zaznamenať do zdravotnej dokumentácie poistenca. V opačnom prípade výkon H0003 nebude akceptovaný. Pokiaľ je potrebné, vzhľadom k zdravotnému stavu poistenca vykonať ďalšie doplňujúce vyšetrenia potrebné k diagnostike a liečbe poistenca s artériovou hypertenziou, dyslipidémiou a/alebo obezitou nad rámec odborného usmernenia MZSR, ošetrojúci lekár zdôvodní ich vykonanie a výsledky zaznamená do zdravotnej dokumentácie poistenca.</p>	<p>12,00</p>

<p><b>H0004 - Kontrolné vyšetrenie poistenca s artériovou hypertenziou, dyslipidémiou a/alebo obezitou</b></p> <p>Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok:</p> <p>Vykázanie výkonu s príslušnou korektnou diagnózou: artériová hypertenzia, dyslipidémia a/alebo obezita trikrát za kalendárny rok (jedenkrát pre jednu diagnózu). V prípade vyššej frekvencie návštev je ďalšia poskytnutá zdravotná starostlivosť uhrádzaná cenou kapitácie.</p> <p>Ak ide o poistenca, ktorý má len izolovanú obezitu (t.j. nemá artériovú hypertenziu a/alebo dyslipidémiu), podmienkou úhrady je aj:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• BMI: 30 – 34,99 (obezita I. stupňa) alebo 35 – 39,99 (obezita II. stupňa) alebo nad 40 (obezita III. stupňa)</li> <li>• a súčasne prítomný marker vysokého rizika vzniku metabolických a obehových komplikácií spojených s obezitou na základe distribúcie tuku - obvod pásu v cm: muži nad 102 cm, ženy nad 88 cm</li> </ul> <p>Za kontrolné vyšetrenie sa považuje stav, keď poistenec má diagnostikovanú artériovú hypertenziu, dyslipidémiu a/alebo obezitu a je v starostlivosti všeobecného lekára a zároveň nie je pre dané diagnózy dispenzarizovaný alebo liečený u lekára - špecialistu, okrem pomocného alebo konziliárneho vyšetrenia u lekára špecialistu alebo iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti za účelom konzultácie alebo vykonania zobrazovacieho vyšetrenia. V prípade konfliktu (neuznania výkonu) zdravotná poisťovňa na základe reklamácie poskytovateľom zdravotnej starostlivosti vyúčtovania preverí text výmenného lístka a obsah požiadavky všeobecného lekára na poskytnutie zdravotnej starostlivosti v ambulancii lekára - špecialistu.</p> <p>V cene výkonu je zahrnuté komplexné vyšetrenie poistenca, vyhodnotenie výsledkov všetkých dostupných vyšetrení, odporúčenie ďalšej liečby a stanovenie ďalšieho postupu v zmysle odborného usmernenia MZ SR na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým poistencom s artériovou hypertenziou, dyslipidémiou a/alebo obezitou v zmysle príslušného odborného usmernenia MZ SR.</p> <p>Pokiaľ vyšetrenia a ich výsledky neboli realizované alebo neboli v rozmedzí fyziologických hodnôt, tak je potrebné ich vyšetriť a výsledok zaznamenať do zdravotnej dokumentácie poistenca. V opačnom prípade výkon H0004 nebude akceptovaný.</p> <p>Pokiaľ je potrebné vykonať ďalšie doplňujúce vyšetrenia potrebné k diagnostike a liečbe poistenca s artériovou hypertenziou, dyslipidémiou a/alebo obezitou alebo liečbou nad rámec odborného usmernenia MZ SR, ošetrojúci lekár ich urobí sám, zdôvodní ich vykonanie a výsledky do zdravotnej dokumentácie poistenca.</p> <p>V prípade hodnotenia laboratórnych alebo zobrazovacích vyšetrení pri kontrolnom vyšetrení poisťovňa akceptuje aj vyšetrenia, ktoré neboli realizované bezprostredne v čase vyšetrenia a dátum ich realizácie nie je starší ako 3 mesiace (90 dní) pred vykonaním vyšetrenia a zároveň výsledok vyšetrení dosahoval fyziologické hodnoty. V nie je žiadny medicínsky predpoklad, že výsledky by mohli byť signifikantne zmenené. V tomto prípade je poskytovateľ povinný zaznamenať alebo založiť do zdravotnej dokumentácie všetky výsledky tak, aby bolo zrejmé dátum ich realizácie a výsledok jednotlivých parametrov a jeho vyhodnotenie v rámci diferenciálnej diagnostiky alebo liečebného plánu.</p> <p>V prípade laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení realizovaných iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti alebo realizovaných za účelom iných potrebných vyšetrení, ktorých výsledok nie starší ako 3 mesiace (90 dní) bol vo fyziologickom rozmedzí, poisťovňa ich bude akceptovať za podmienky, že neprekročili časový interval odporúčený v príslušnom odbornom usmernení MZ SR, pokiaľ budú zaznamenané v zdravotnej dokumentácii.</p>	12,00
<p><b>H0006 - Stratifikácia kardiovaskulárneho rizika</b></p> <p>Podmienkou úhrady výkonu H0006 je splnenie nasledovných podmienok zo strany Poskytovateľa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Stanovenie stratifikácie kardiovaskulárneho rizika systémom SCORE u poistencov nad 40 rokov podľa platného odborného usmernenia MZ SR.</li> <li>-Zdravotná poisťovňa akceptuje výkon maximálne jedenkrát za dva roky k výkonu č. 160 alebo maximálne jedenkrát ročne k výkonu H0003 alebo H0004 s diagnózou I10*, I11*, E78* alebo E66*.</li> <li>-Podmienkou úhrady výkonu H0006 je vykázanie pripočítateľnej položky „dosiahnuté skóre“ v dávke 751a platného dátového rozhrania podľa Metodického usmernenia ÚDZS, ktorá je v uvedených vybraných položkách vyplnená nasledovne: v položke č. 13</li> </ul>	5,00

<p>–PRIPOČITATEĽNÁ POLOŽKA – uvedie dosiahnuté skóre v tvare:  <b>SKOR01</b> tj nízke riziko alebo SCORE &lt;1%.  <b>SKOR02</b> ,tj stredné riziko alebo SCORE ≥1% &lt; 5 %  <b>SKOR03</b>, tj vysoké riziko alebo SCORE ≥5% a &lt; 10 %  <b>SKOR04</b> tj veľmi vysoké riziko alebo SCORE ≥10%  pričom na 5. a 6. mieste položky je vyjadrenie dosiahnutého skóre.  -Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z..  -Pri novoizostenej fibrilácii predsiení stanovenie rizika CMP podľa príslušného odborného usmernenia MZSR, v tomto prípade sa výkon vykazuje jedenkrát za život s diagnózou I48.9. Podmienkou je vyhotovenie a vyhodnotenie 12-zvodového EKG záznamu s minimálne s 10 QRS komplexami.</p>	
<p><b>H0007 - Kvantitatívne INR vyšetrenie v ambulancii všeobecného lekára pre dospelých</b>  Kontrolné kvantitatívne vyšetrenie INR z kapilárnej krvi u Poistencov pri dlhodobej antikoagulačnej liečbe.  Podmienkou úhrady výkonu H0007 je splnenie nasledovných podmienok zo strany Poskytovateľa:  -platný doklad o zakúpení, resp. prenájme prístrojového vybavenia;  -potvrdenie o zaškolení výrobcom (dovozcom) prístroja;  -prehlásenie o zhode k prístroju (jedná o registráciu prístroja na ŠÚKL);  -potvrdenie o odbornej spôsobilosti poskytovateľa (lekára) - absolvovaní kurzu garantovanom LF alebo odbornou spoločnosťou všeobecných lekárov v rozsahu legislatívne určených kompetencií v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo vrátane vzájomnej zámene jednotlivých druhov antikoagulačnej liečby.  Pokiaľ poskytovateľ uvedené dokumenty už v predchádzajúcom období zaslal zdravotnej poisťovni, budú akceptované.  Absolvovanie odborného kurzu je nevyhnutné z dôvodu zabezpečenia kvality, medicínskej a právnej istoty a bezpečnosti pacienta aj zdravotníckeho pracovníka (lekára). Musí obsahovať teoretickú aj praktickú prípravu lekára na vykonanie a interpretáciu výsledkov vyšetrenia INR a súčasne aj na komplexný manažment pacienta s antikoagulačnou liečbou v rozsahu legislatívne určených kompetencií všeobecného lekára  -potvrdenie o technickej (kvalitatívnej) kompatibilite prístroja na ambulatnú diagnostiku, resp. doklad o externej kontrole kvality, ktorý nesmie byť starší ako 12 mesiacov.  Poisťovňa akceptuje a osobitne nad rámec kapitácie uhrádza výkon vo frekvencii spravidla raz za 2 mesiace u poistenca (maximálne 8x za kalendárny rok) s diagnózou D68.30 (Stav krvácanosti zapríčinený antikoagulanciami).  V cene výkonu je zahrnutý odber kapilárnej krvi, vyhodnotenie výsledku, návrh ďalšieho postupu, záznam o prípadnej zmene liečby, termín kontrolného vyšetrenia a poučenie poistenca.   Výkon nebude akceptovaný:  1. pri súčasnom odbere venóznej krvi na laboratórne vyšetrenie;  2. ak v kontrolovanom intervale (v rozpätí jedného mesiaca) bolo vyšetrenie INR vykázané zmluvným laboratóriom.</p>	5,20
<p><b>H0008 Stanovenie členkovo-ramenného indexu (index ABI) oscilometrickou metódou vrátane pulznej vlny</b>  Meranie a vyhodnotenie indexu ABI oscilometrickou metódou vrátane pulznej vlny na štyroch končatinách pri včasnej diagnóze ischemickej choroby dolných končatín.  Podmienkou úhrady výkonu H0008 je splnenie nasledovných podmienok zo strany Poskytovateľa:  -platný doklad o zakúpení, resp. prenájme prístrojového vybavenia;  -potvrdenie o zaškolení výrobcom (dovozcom) prístroja;  -prehlásenie o zhode k prístroju (jedná sa o registráciu prístroja na ŠÚKL).  Pokiaľ poskytovateľ uvedené dokumenty už v predchádzajúcom období zaslal zdravotnej poisťovni, budú akceptované.</p>	6,00

<p>Výkon bude akceptovaný:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) u symptomatických pacientov s podozrením na ischemickú chorobu dolných končatín (ICHDK). Indikácia k výkonu je zaznamenaná v zdravotnej dokumentácii, vrátane ďalšej diferenciálnej diagnostiky a terapeutického plánu</li> <li>2) u asymptomatických pacientov nad 50 rokov s minimálne jedným rizikovým faktorom (artériová hypertenzia, abnormálne EKG, diabetes mellitus, obezita s BMI nad 30, fajčiari, vysoká hladina celkového cholesterolu, porucha metabolizmu lipidov, pacienti s postihnutím koronárnych alebo cerebrálnych artérií a pod.);</li> <li>3) u všetkých poistencov nad 60 rokov</li> </ol> <p>Bod 2 a 3 poisťovňa akceptuje a osobitne nad rámec kapitácie uhrádza výkon 1x za 2 roky pri vykázaní preventívnej prehliadky s diagnózou Z00.0.</p> <p>Výkon nebude akceptovaný, ak vyšetrenie ABI bude vykonané v špecializovanej ambulancijnej starostlivosti.</p>	
<p><b>5715 - 24 hodinové monitorovanie tlaku krvi</b></p> <p>Pre diagnostiku a liečbu artériovej hypertenzie u dospelých pacientov v ambulancii všeobecnej ambulancijnej zdravotnej starostlivosti (ďalej aj ako „výkon AMTK v ambulancii VLD“) v súlade s Odborným usmernením MZ SR č. Z52182-2014 - IZP na poskytovanie ambulancijnej zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s artériovou hypertenziou zo dňa: 1. 12. 2014 v platnom znení.</p> <p>Výkon AMTK v ambulancii VLD pre účel tejto prílohy zahŕňa meranie a vyhodnotenie tohto výkonu na základe klinických indikácií pre meranie tlaku krvi mimo ambulancie na diagnostické účely podľa Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky na poskytovanie ambulancijnej zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s artériovou hypertenziou, pokiaľ vyšetrenie nemožno nahradiť domácim monitorovaním tlaku krvi.</p> <p>Podmienkou úhrady výkonu 5715 je splnenie nasledovných podmienok zo strany Poskytovateľa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- platný doklad o zakúpení, resp. prenájme prístrojového vybavenia;</li> <li>- potvrdenie o zaškolení výrobcom (dovozcom) prístroja;</li> <li>- prehlásenie o zhode k prístroju (jedná sa o registráciu prístroja na ŠÚKL).</li> </ul> <p>Výkon bude akceptovaný:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pri realizácii výkonu AMTK v ambulancii VLD boli dodržané podmienky indikácie a správna realizácia AMTK,</li> <li>2) indikácia poskytnutia výkonu zodpovedá klinickému stavu a odporúčaniam podľa Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky na poskytovanie ambulancijnej zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s artériovou hypertenziou. - kontrola vyšetrením maximálne v dvojročnom intervale podľa zdravotného stavu poistenca; v prípade nutnosti častejšej kontroly písomné zdôvodnenie Poskytovateľa,</li> <li>3) v uplynulom období 2 rokov nebol výkon vykonaný v ambulancii špecializovanej ambulancijnej zdravotnej starostlivosti príslušného špecializačného odboru,</li> <li>4) je zabezpečené správne vedenie a archivovanie zdravotnej dokumentácie pacienta vrátane písomného záznamu, vyhodnotenia vyšetrenia a diagnostického záveru.</li> </ol>	16,50

## Výkony telekonzultácie

Výkon	Cena bodu v €
<p><b>1b - Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky (160bodov)</b>  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 objednanie pacienta;</li> <li>• vykazuje sa samostatne, najviac 1x za deň;</li> </ul> <p>Vykonávanie výkonu: výkon vykonáva lekár, klinický psychológ</p>	0,027
<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 / vyšetřovaného 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> <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> </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 elektronických služieb</li> <li>• výkon sa vzťahuje na jedného pacienta bez ohľadu na počet liekov/ zdravotnej pomôcky, ktoré boli pacientovi predpísané</li> </ul>	0,027

<ul style="list-style-type: none"> <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> <p>Vykonávanie zdravotného výkonu: výkon vykonáva lekár</p>	
--	--

### Základ pre výpočet Dodatkovej kapitácie

Špecializačný odbor	Základná hodnota v €	Zvýhodnená hodnota v €
Všeobecný lekár pre dospelých	0,324835	1,29

### Parametre Kvality a Inovácií

	Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
<b>KVALITA</b>	Bezpečná medikácia	I <sub>1</sub> = najmenej jedno zobrazenie elektronickej liekovej knižky počas najmenej 90% ordinačných dní
<b>INOVÁCIE</b>	eRecept	I <sub>3</sub> = najmenej 75% Liekov predpísaných Poskytovateľom elektronicke
	eZúčtovanie	I <sub>4</sub> = najmenej 75% zúčtovacích dokladov zasielaných a potvrdených elektronicke, a to prostredníctvom Elektronickej pobočky alebo zo softvéru Poskytovateľa
	eLab	I <sub>5</sub> = najmenej 75% elektronickej žiadostí o vykonanie laboratórných a zobrazovacích vyšetrení odoslaných po zobrazení existujúcich žiadostí o vykonanie laboratórných a zobrazovacích vyšetrení
	NávrhyOnline	I <sub>6</sub> = najmenej 10% návrhov na poskytnutie zdravotnej starostlivosti odoslaných elektronicke

#### váhy pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h <sub>n</sub>		v <sub>n</sub>
	neplní	plní	
Bezpečná medikácia	0 %	100 %	v <sub>1</sub> = 25 %
eRecept	0 %	100 %	v <sub>3</sub> = 15 %
eZúčtovanie	0 %	100 %	v <sub>4</sub> = 20 %
eLab	0 %	100 %	v <sub>5</sub> = 20 %
NávrhyOnline	0 %	100 %	v <sub>6</sub> = 20 %

### 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

váhy a pásma pre jednotlivé parametre

Názov parametra	$h_n$			$v_n$
	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	
Starostlivosť o pacienta	100 %	100 %	0 %	$v_1 = 40 \%$
Náklady na pacienta	100 %	100 %	0 %	$v_2 = 40 \%$
Preventívne prehliadky	0 %	100 %	100 %	$v_3 = 20 \%$