

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 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 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 je uvedená v prílohe č. 1 k Zmluve, alebo ak s jej použitím vyslovila Poistovňa predchádzajúci písomný súhlas; Poskytovateľ môže vykázat 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;
 - c. vykonanie preventívnej prehliadky preukáže Poskytovateľ vyplnením formulára podľa vzoru uvedeného v prílohe č. 2 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. 3 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.ú. 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 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. 4 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. Poskytovatelia sú povinní na základe informácie Poistovne prostredníctvom kapitačného protokolu riešiť konfliktné prípady vzájomnou dohodou.
- 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 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. úhradu za zdravotné výkony, ktoré Poskytovateľ vykonal pomocou zdravotníckej techniky, ktorá netvorí povinné materiálno-technické vybavenie Poskytovateľa podľa všeobecne záväzných právnych predpisov;
 - 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 Poisťovňou oprávnený poskytovať poistencom Poisťovne zdravotnú starostlivosť pozostávajúcu z výkonov telemedicíny, ktoré sú uvedené v Prílohe č. 4 (Cenník). Poskytovateľ je pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti pozostávajúcej z výkonov telemedicíny povinný 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 telemedicíny 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.
- 3.9. Poisťovňa 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. 4i Zmluvy (ďalej len „Cenník 2“). Pre vylúčenie pochybností, zmluvné strany sa dohodli, že ak nastane niektorá z vyššie uvedených podmienok, príloha č. 4 Zmluvy - Cenník sa neuplatňuje a každý odkaz v Zmluve na Cenník sa v takom prípade nahrádza odkazom na Cenník 2 a Poskytovateľ nemá nárok na Doplnkovú kapitáciu podľa čl. V.

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.
- 4.5. Poisťovňa vypočíta výsledné plnenie parametrov a určí Koeficient 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. Výška základu pre výpočet Dodatkovej 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 ambulantnú 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. 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.
- 4.11. Poisťovňa 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 Dodatkovkej kapitácie sa vypočíta ako násobok základu pre výpočet Dodatkovkej 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 štvrťrokov nasledujúcich po výpočte podľa tohto článku Zmluvy. Poisťovňa je povinná vypočítať a oznámiť Poskytovateľovi výšku Dodatkovkej kapitácie vždy najneskôr pred začiatkom toho kalendárneho štvrťroka, 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 Dodatkovkej 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 Poisťovňou 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 Dodatkovkej kapitácie vypočítaná podľa tohto článku je **DK=0,650881€**.

V. DOPLNKOVÁ KAPITÁCIA

- 5.1. Poistovňa vzhľadom na potrebu posilnenia dostupnosti primárnej starostlivosti ambulancií všeobecného lekárstva 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 1800 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

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 poradi 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 techniky, ktorá netvorí povinné materiálno-technické vybavenie Poskytovateľa v písomnej forme.

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 Poistovni 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.
- 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 Poistovni, zaväzuje sa Poskytovateľ zaslať Poistovni 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.
- 7.3. 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 Poistovni 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.

- 7.4. Ak Poskytovateľ disponuje softvérovým vybavením, ktoré umožňuje priamu elektronickú komunikáciu s elektronickou pobočkou a zároveň Poistovnía 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 Poistovnía 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.
- 7.5. Poskytovateľ a Poistovnía 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 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 Poistovnía eviduje vo svojom informačnom systéme vo vzťahu ku konkrétnemu poistencovi Poistovne, alebo si tieto údaje overiť v Poistovni. Poskytovateľ a Poistovnía zároveň berú na vedomie, že vyžiadanie, ako aj vyžiadané údaje sa poskytujú elektronicky z informačného systému Poistovne a z informačného systému Poskytovateľa, v ktorých sú spracovávané.
- 7.6. V prípade, ak sa akýkoľvek údaj uvedený v elektronickom 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 Poistovne s lekármi Poskytovateľa vo veciach týkajúcich sa poskytnutej a/alebo vykázananej zdravotnej starostlivosti, ktorú títo lekári poskytli v mene Poskytovateľa poistencom Poistovne (ďalej aj len „projekt“). Poskytovateľ vyhlasuje, že lekárov, ktorí poistencom Poistovne poskytujú v jeho mene zdravotnú starostlivosť poveril, aby v jeho mene v rámci projektu komunikovali s Poistovníou záležitosti týkajúce sa poskytnutej a/alebo vykázananej zdravotnej starostlivosti, ktorú títo lekári poskytli v mene Poskytovateľa poistencom Poistovne (ďalej len „poverení lekári“). Poskytovateľ súčasne udeľuje Poistovni súhlas, aby povereným lekárom v rámci projektu zasielala a/alebo sprístupňovala prehľady poskytnutej a/alebo vykázananej zdravotnej starostlivosti, ktorú títo poverení lekári poskytli poistencom Poistovne v mene Poskytovateľa. Kontaktné údaje poverených lekárov za účelom realizácie projektu doručí Poskytovateľ Poistovni najneskôr pri uzavretí Zmluvy, prípadne ich od poverených lekárov zozbiera Poistovnía, k čomu Poskytovateľ udeľuje Poistovni súhlas; o možnosti zozbierania kontaktných údajov poverených lekárov Poistovníou je Poskytovateľ povinný poverených lekárov informovať.

VIII. PRIJÍMANIE ÚHRADY DLŽNÉHO POISTNÉHO

- 8.1. Poskytovateľ a Poistovnía 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 Poistovníou 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 Poistovni a Poistovnía Poskytovateľovi za účelom spracovania úhrady Poistenca a odstránení Poistenca zo zoznamu dlžníkov.
- 8.3. Poistovnía 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 poisteného 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 zoznam zdravotníckej techniky a zoznam zdravotných výkonov podľa bodu 2.2. Zmluvy;
 - b. príloha č. 2, ktorá obsahuje vzor formulára preukazujúceho vykonanie preventívnej prehliadky podľa bodu 2.3. písm. c. Zmluvy;
 - c. príloha č. 3, ktorá obsahuje zoznam špecializovaných nemocníc a liečební a vzor žiadosti o ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti podľa bodu 2.4. Zmluvy;
 - d. príloha č. 4 (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, výšku Dodatkovej kapitácie podľa bodu 4.2. Zmluvy a výšku Doplnkovej kapitácie podľa článku V. Zmluvy.
 - e. príloha č. 4i (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 výšku Dodatkovej kapitácie podľa bodu 4.2. 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.
- 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 hrazené 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 Poistovní 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 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.

- 9.10. Poskytovateľ sa zaväzuje vyvinúť maximálne možné úsilie, ktoré od neho možno spravodlivo požadovať, za účelom zabezpečenia poskytovania zdravotnej starostlivosti pre poistencov Poisťovne 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 Poisťovne, ktorí objednávajú na presný čas nepožadujú.
- 9.11. 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

DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s.
riaditeľ
regionálna riaditeľka pre nákup ZS

Poskytovateľ

Zoznam zdravotnickej techniky

(ktorá netvorí povinné materiálno-technické vybavenie Poskytovateľa)

Názov PZS:

Kód odbornosti	Zdravotnícka technika	Zoznam vykonávaných zdravotných výkonov
020	EKG	5702

Preventívna prehliadka pre dospelých v zmysle platnej legislatívy

Meno a priezvisko poistenca: _____

Rodné číslo _____

Dátum poslednej preventívnej prehliadky: _____

Anamnéza:

Subjektívne: bez ťažkostí popis ťažkostí: _____

Prekonané choroby (aké a kedy): _____

Škodlivé návyky: _____

Kontrola očkovania (kedy naposledy, aké očkovanie, odporúčenie očkovania): _____

RA: závažné ochorenia rodičov, manžela (manželky), detí (kedy a v akom veku): _____

Objektívne vyšetrenie (patologické nálezy):

Habitus, postoj, chôdza, stav výživy, rozloženie tuku, koža:

Hlava: _____

Krk: _____

Hrudník: _____

Pulmo: _____

Cor: _____

Abdomen: _____

Urogenitálny aparát (u mužov a per rectum vyšetrenie): _____

Pohybový aparát: _____

Výška: _____ cm Hmotnosť _____ kg Teplota _____ °C FW _____

TK: _____ mmHg PF: _____ /min Moč chem.: _____

EKG (nad 40 rokov): _____

V štyridsiatom roku života: celkový cholesterol: _____ triaglyceridy: _____

U jedincov nad päťdesiat rokov a u mladších jedincov s pozitívnou RA karcinómu hrubého čreva alebo konečníka vyšetrenie stolice na okultné krvácanie: _____

Iné potrebné vyšetrenie: _____

Rozsah laboratórnych vyšetrení určený zákonom č. 577/2004 je uvedený v prílohe č. 1.

Záver preventívnej prehliadky:

Odporúčenie:

Preventívnu prehliadku vykonal:

V _____ dňa: _____

praktický lekár pre dospelých

(pečiatka a podpis lekára)

Potvrdzujem, že som údaje v anamnéze uviedla úplne a pravdivo, že som bola informovaný o výsledku preventívnej prehliadky a nutnosti dodržiavať doporučený postup a že som bol poučený, že ďalšia preventívna prehliadka sa vykoná o dva roky.

podpis poistenca

Zoznam špecializovaných nemocníc a liečební

Názov	Mesto	Adresa
Národné rehabilitačné centrum	Kováčová	Slniečná 1

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

Názov a sídlo liečebného zariadenia.....

.....

Meno poisťovňa:.....tel.

Rodné číslo:.....BydliskoPSČ.....

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

Označenie	hodnota v €	
Kapitácia za jedného Kapitovaného poistenca	do dovŕšenia 19. roku života	3,89
	od 19 rokov veku do dovŕšenia 27. roku života	2,50
	od 27 rokov veku do dovŕšenia 45. roku života	2,61
	od 45 rokov veku do dovŕšenia 51. roku života	2,71
	od 51 roku veku do dovŕšenia 53. roku života	2,95
	od 53 roku veku do dovŕšenia 57. roku života	3,53
	od 57 roku veku do dovŕšenia 61. roku života	3,80
	od 61 roku veku do dovŕšenia 64. roku života	4,04
	od 64 roku veku do dovŕšenia 68. roku života	4,43
	od 68 roku veku do dovŕšenia 72. roku života	4,80
	od 72 roku veku do dovŕšenia 87. roku života	5,28
	od 87 roku veku	5,21

Jednotková cena bodu

Cena bodu hodnota v €	Základná cena
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“	0,0086
pri iných zdravotných výkonoch ako uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“	0,025402
pri zdravotných výkonoch vykonaných pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia: 159a, 159b, 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)	0,065
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	0,022973

Doplňková kapitácia podľa článku V. Zmluvy pre kapitovaných Poistencov

Počet všetkých kapitovaných osôb	výška príplatku v € podľa bodu 5.3. Zmluvy
0-1799	0,00
1800-1899	0,07
1990-1999	0,14
2000-2099	0,21
2100-2199	0,28
2200-2299	0,35
2300 a viac	0,42

Jednotková cena výkonu, ktorá sa nezahŕňa do kapitácie

Cena výkonu	hodnota v €
4571a C – reaktívny proteín pre kapitovaných poistencov	5,00
<p>Výkon 10 - Rozbor a plánovanie cielených terapeutických postupov na ovplyvnenie chronických ochorení alebo ochorení viacerých orgánových systémov na účely racionálnej farmakoterapie, vrátane rád a dokumentácie.</p> <p>Výkon 10 vykazuje lekár prvýkrát pri prevzatí kapitovaného pacienta s chronických ochorením do komplexnej starostlivosti a následne ho poisťovňa akceptuje a uhrádza osobitne nad rámec kapitácie vo frekvencii jedenkrát za kalendárny rok. V prípade vyššej frekvencie návštev je ďalšia poskytnutá zdravotná starostlivosť uhrádzaná prostredníctvom kapitácie.</p> <p>Akceptované diagnózy: J45*, J44*, I10*, E78*, R73*, E11.90</p>	16,00
<p>60b - Základné vyšetrenie</p> <p>Úhrada zahŕňa potrebné odbery krvi, zhodnotenie laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení a zaradenie pacienta do rizikovej skupiny ASA.</p> <p>Úhrada nezahŕňa poskytnutie EKG vyšetrenia.</p> <p>Výkon možno vykazovať iba raz v rámci jednej operácie. Výkon sa vykazuje samostatne s diagnózou, pre ktorú je poistenec plánovaný na operáciu</p> <p>V prípade odoslania poistenca k špecialistovi (konziliárnemu lekárovi), ktorý vykoná predoperačné vyšetrenie, zdravotná poisťovňa poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súvislosti s predoperačným vyšetrením uhrádza v rámci kapitačnej platby za poistenca.</p>	16,00
<p>5702 – Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie</p> <p>Zaznamenanie popisu a vyhodnotenia záznamu vrátane popisu EKG krivky v zdravotnej dokumentácii pacienta u všeobecného lekára pre dospelých.</p> <p>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>	4,78
<p>5702ZV- Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie</p> <p>Štandardné 12-zvodové zosnímanie ako súčasť predoperačného vyšetrenia. Nutná kombinácia s výkonom 60b</p>	4,78
<p>H0006 - Stratifikácia kardiovaskulárneho rizika</p> <p>Podmienkou úhrady výkonu H0006 je splnenie nasledovných podmienok zo strany Poskytovateľa:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Stanovenie stratifikácie kardiovaskulárneho rizika systémom SCORE u poistencov nad 40 rokov podľa platného odborného usmernenie MZ SR. -Zdravotná poisťovňa akceptuje výkon maximálne jedenkrát za dva roky k výkonu č. 160 alebo maximálne jedenkrát ročne k výkonu č.10 s diagnózou I10*, I11* alebo E78*. -Podmienkou úhrady výkonu H0006 je vykázanie prípočítateľnej 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 –PRIPOČITATELNÁ POLOŽKA – uvedie dosiahnuté skóre v tvare: <p>SKOR01 tj nízke riziko alebo SCORE <1%.</p> <p>SKOR02 ,tj stredné riziko alebo SCORE ≥1% < 5 %</p> <p>SKOR03, tj vysoké riziko alebo SCORE ≥5% a < 10 %</p> <p>SKOR04 tj veľmi vysoké riziko alebo SCORE ≥10%</p> <p>príčom na 5. a 6. mieste položky je vyjadrenie dosiahnutého skóre.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z.. -Pri novozistenej fibrilácii predsieni 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. 	5,00

Výkony Telemedicíny

Výkon	Cena bodu v Eur
<p>1b - Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky (160bodov)* Popis výkonu (ďalej len „výkon“): Konzultácia s pacientom prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cieleňú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly, vo vzťahu k jednému orgánovému systému • popis subjektívnych ťažkostí, • diagnostický záver, • poučenie o diéte a životospráve, • v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplynuli z konzultácie ohľadom zdravotného stavu • prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára • poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie <p>Vykazovanie výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta; • zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii; • 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; • výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi; • výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta; • vykazuje sa samostatne, najviac 1x za deň; <p>Vykonávanie výkonu: výkon vykonáva lekár, klinický psychológ</p>	0,027
<p>11a - Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor) (210bodov)* 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"> • cieleňú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom • zhodnotenie výsledkov, • vypísanie receptov, prípadne vypísanie žiadaniek na ďalšie vyšetrenie, • poučenie pacienta, • diagnostický záver • určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára. <p>Vykazovanie zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • výkon sa vykazuje ako komplexná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia • súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj z online prostredia, • popis zdravotného výkonu • diagnostický záver, ak je potrebné dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly • prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára. • výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi • ak je po konzultácii potrebná aj kontrola v ambulancii, vykazujú sa len výkony, ktoré sa vykonali ambulantne a výkon sa nevykazuje • výkon sa vykazuje samostatne, najviac 1x deň <p>Vykonávanie výkonu: výkon vykonáva lekár</p>	0,027
<p>70 - Opätovné lekárske vystavenie receptov a (alebo) poukazov (40 bodov) Popis výkonu(ďalej len „výkon“):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronicou formou pre lieky/ zdravotné pomôcky, ktoré pacient užíva dlhšie ako 3 mesiace a nebola realizovaná zmena dávkovania lieku <p>Vykazovanie výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta • súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj z online prostredia • údaj, kedy bol recept vypísaný • údaj o predpise lieku/ zdravotnej pomôcky pacientovi prostredníctvom elektronickej služby 	0,027

<ul style="list-style-type: none"> výkon sa vzťahuje na jedného pacienta bez ohľadu na počet liekov/ zdravotnej pomôcky, ktoré boli pacientovi predpísané výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi <p>Vyказuje sa samostatne, najviac 1x za deň, bez ohľadu na počet vystavených receptov a/alebo poukazov. Vykonávanie zdravotného výkonu: výkon vykonáva lekár</p>	
--	--

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

Základ pre výpočet Dodatkovej kapitácie

Špecializačný odbor	Základná hodnota v €	Zvýhodnená hodnota v €
Všeobecný lekár pre dospelých	0,324835	1,474549

Parametre Kvality a Inovácií

	Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
KVALITA	Subjektívna spokojnosť	I ₁ = najmenej 6 dotazníkov vyplnených Kapitovanými poistencami Poskytovateľa
	Bezpečná medikácia	I ₂ = najmenej jedno zobrazenie elektronickej liekovej knižky počas najmenej 90% ordinačných dní
	Prístrojové vybavenie	I ₃ = vybavenie ambulancie prístrojom typu POCT (Point of Care Testing) (s výnimkou CRP), prístrojom ABI a Tlakovým Holtrom (v prípade vybavenia ambulancie len jedným prístrojom je plnenie parametra na 1/3, v prípade dvoch prístrojov je plnenie parametra na 2/3 a v prípade troch prístrojov je plnenie parametra na 3/3)
INOVÁCIE	eRecept	I ₄ = najmenej 75% Liekov predpísaných Poskytovateľom elektronicke
	eZúčtovanie	I ₅ = najmenej 75% zúčtovacích dokladov zasielaných a potvrdených elektronicke, a to prostredníctvom Elektronickej pobočky alebo zo softvéru Poskytovateľa
	DôveraLab	I ₆ = najmenej 75% elektronickech žiadostí o vykonanie laboratórných a zobrazovacích vyšetrení odoslaných po zobrazení existujúcich žiadostí o vykonanie laboratórných a zobrazovacích vyšetrení
	NávrhyOnline	I ₇ = najmenej 10% návrhov na poskytnutie zdravotnej starostlivosti odoslaných elektronicke

váhy pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h _n			v _n	
	neplní	plní			
Subjektívna spokojnosť	0 %	100 %		v ₁ = 15 %	
Bezpečná medikácia	0 %	100 %		v ₂ = 15 %	
Prístrojové vybavenie	0 %	1/3	2/3	3/3	v ₃ = 15 %
eRecept	0 %	100 %		v ₄ = 10 %	
eZúčtovanie	0 %	100 %		v ₅ = 10 %	
eLab	0 %	100 %		v ₆ = 20 %	
NávrhyOnline	0 %	100 %		v ₇ = 15 %	

Parametre Efektívnosti

	Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
EFEKTÍVNOSŤ	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 ₅ = 20 %

Cenník 2**Výška kapitácie**

Označenie	hodnota v €
do dovŕšenia 19. roku života	3,60
od 19 rokov veku do dovŕšenia 27. roku života	2,34
od 27 rokov veku do dovŕšenia 45. roku života	2,44
od 45 rokov veku do dovŕšenia 51. roku života	2,46
od 51 roku veku do dovŕšenia 53. roku života	2,68
od 53 roku veku do dovŕšenia 57. roku života	3,21
od 57 roku veku do dovŕšenia 61. roku života	3,45
od 61 roku veku do dovŕšenia 64. roku života	3,67
od 64 roku veku do dovŕšenia 68. roku života	4,03
od 68 roku veku do dovŕšenia 72. roku života	4,36
od 72 roku veku do dovŕšenia 87. roku života	4,80
od 87 roku veku	4,74

Jednotková cena bodu

Cena bodu hodnota v €	Základná cena
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: 159a, 159b, 159x (počet bodov 180), 159z (počet bodov 180), 160 (počet bodov 390)	0,06
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	0,07
pri výkonoch: 25, 26, 29, 30, ktoré nie sú zahrnuté v kapitácii	0,025
pri neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnutej inému ako Kapitovanému poistencovi	0,022973

Jednotková cena výkonu, ktorá sa nezahŕňa do kapitácie

Cena výkonu	hodnota v €
4571a C – reaktívny proteín pre kapitovaných poistencov	4,40
<p>Výkon 10 - Rozbor a plánovanie cieľných terapeutických postupov na ovplyvnenie chronických ochorení alebo ochorení viacerých orgánových systémov na účely racionálnej farmakoterapie, vrátane rád a dokumentácie.</p> <p>Výkon 10 vykazuje lekár prvýkrát pri prevzatí kapitovaného pacienta s chronických ochorením do komplexnej starostlivosti a následne ho poisťovňa akceptuje a uhrádza osobitne nad rámec kapitácie vo frekvencii jedenkrát za kalendárny rok. V prípade vyššej frekvencie návštev je ďalšia poskytnutá zdravotná starostlivosť uhrádzaná prostredníctvom kapitácie.</p>	16,00
<p>60b - Základné vyšetrenie</p> <p>Úhrada zahŕňa potrebné odbery krvi, zhodnotenie laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení a zaradenie pacienta do rizikovej skupiny ASA.</p> <p>Úhrada nezahŕňa poskytnutie EKG vyšetrenia.</p> <p>Výkon možno vykazovať iba raz v rámci jednej operácie. Výkon sa vykazuje samostatne s diagnózou, pre ktorú je poistenec plánovaný na operáciu</p> <p>V prípade odoslania poistenca k špecialistovi (konziliárnemu lekárovi), ktorý vykoná predoperačné vyšetrenie, zdravotná poisťovňa poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súvislosti s predoperačným vyšetrením uhrádza v rámci kapitačnej platby za poistenca.</p>	13,00
<p>5702 – Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie</p> <p>Zaznamenanie popisu a vyhodnotenia záznamu vrátane popisu EKG krivky v zdravotnej dokumentácii pacienta u všeobecného lekára pre dospelých.</p> <p>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>	4,45
<p>5702ZV- Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie</p> <p>Štandardné 12-zvodové zosnímanie ako súčasť predoperačného vyšetrenia. Nutná kombinácia s výkonom 60b</p>	4,45
<p>H0006 - Stratifikácia kardiovaskulárneho rizika</p> <p>Podmienkou úhrady výkonu H0006 je splnenie nasledovných podmienok zo strany Poskytovateľa:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Stanovenie stratifikácie kardiovaskulárneho rizika systémom SCORE u poistencov nad 40 rokov podľa platného odborného usmernenie MZ SR. -Zdravotná poisťovňa akceptuje výkon maximálne jedenkrát za dva roky k výkonu č. 160 alebo maximálne jedenkrát ročne k výkonu č.10 s diagnózou I10*, I11* alebo E78*. -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 –PRIPOČITATEĽNÁ POLOŽKA – uvedie dosiahnuté skóre v tvare: <p>SKOR01 tj nízke riziko alebo SCORE <1%.</p> <p>SKOR02 ,tj stredné riziko alebo SCORE ≥1% < 5 %</p> <p>SKOR03, tj vysoké riziko alebo SCORE ≥5% a < 10 %</p> <p>SKOR04 tj veľmi vysoké riziko alebo SCORE ≥10%</p> <p>pričom na 5. a 6. mieste položky je vyjadrenie dosiahnutého skóre.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z.. -Pri novozistenej fibrilácii predsieni 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. 	5,00

Výkony Telemedicíny

Výkon	Cena bodu v Eur
<p>1b - Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky (160bodov)</p> <p>Popis výkonu (ďalej len „výkon“): Konzultácia s pacientom prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cielenú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly, vo vzťahu k jednému orgánovému systému • popis subjektívnych ťažkostí, • diagnostický záver, • poučenie o diéte a životospráve, • v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplynuli z konzultácie ohľadom zdravotného stavu • prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára • poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie <p>Vykazovanie výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • výkon sa vykonáva ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta; • zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii; • 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; • výkon sa nevykonáva súčasne s inými výkonmi; • výkon sa nevykonáva pre telefonické objednávanie pacienta; • vykonáva sa samostatne, najviac 1x za deň; <p>Vykonávanie výkonu: výkon vykonáva lekár, klinický psychológ</p>	0,027
<p>11a - Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor) (210bodov)</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"> • cielenú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom • zhodnotenie výsledkov, • vypísanie receptov, prípadne vypísanie žiadaniek na ďalšie vyšetrenie, • poučenie pacienta, • diagnostický záver • určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára. <p>Vykazovanie zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • výkon sa vykonáva ako komplexná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia • súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj z online prostredia, • popis zdravotného výkonu • diagnostický záver, ak je potrebné dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly • prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára. • výkon sa nevykonáva súčasne s inými výkonmi • ak je po konzultácii potrebná aj kontrola v ambulancii, vykonávajú sa len výkony, ktoré sa vykonali ambulantne a výkon sa nevykonáva • výkon sa vykonáva samostatne, najviac 1x deň <p>Vykonávanie výkonu: výkon vykonáva lekár</p>	0,027
<p>70 - Opätovné lekárske vystavenie receptov a (alebo) poukazov (40 bodov)</p> <p>Popis výkonu(ďalej len „výkon“):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronickou formou pre lieky/ zdravotné pomôcky, ktoré pacient užíva dlhšie ako 3 mesiace a nebola realizovaná zmena dávkovania lieku <p>Vykazovanie výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • výkon sa vykonáva ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta • súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj z online prostredia • údaj, kedy bol recept vypísaný • údaj o predpise lieku/ zdravotnej pomôcky pacientovi prostredníctvom 	0,027

<ul style="list-style-type: none"> elektronických služieb výkon sa vzťahuje na jedného pacienta bez ohľadu na počet liekov/ zdravotnej pomôcky, ktoré boli pacientovi predpísané výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi <p>Vykazuje sa samostatne, najviac 1x za deň, bez ohľadu na počet vystavených receptov a/alebo poukazov. 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	1,417836

Parametre Kvality a Inovácií

	Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
KVALITA	Subjektívna spokojnosť	I ₁ = najmenej 6 dotazníkov vyplnených Kapitovanými poistencami Poskytovateľa
	Bezpečná medikácia	I ₂ = najmenej jedno zobrazenie elektronickej liekovej knižky počas najmenej 90% ordinačných dní
	Prístrojové vybavenie	I ₃ = vybavenie ambulancie prístrojom typu POCT (Point of Care Testing) (s výnimkou CRP), prístrojom ABI a Tlakovým Holtrom (v prípade vybavenia ambulancie len jedným prístrojom je plnenie parametra na 1/3, v prípade dvoch prístrojov je plnenie parametra na 2/3 a v prípade troch prístrojov je plnenie parametra na 3/3)
INOVÁCIE	eRecept	I ₄ = najmenej 75% Liekov predpísaných Poskytovateľom elektronicke
	eZúčtovanie	I ₅ = najmenej 75% zúčtovacích dokladov zasielaných a potvrdených elektronicke, a to prostredníctvom Elektronickej pobočky alebo zo softvéru Poskytovateľa
	DôveraLab	I ₆ = najmenej 75% elektronickej žiadostí o vykonanie laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení odoslaných po zobrazení existujúcich žiadostí o vykonanie laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení
	NávrhyOnline	I ₇ = najmenej 10% návrhov na poskytnutie zdravotnej starostlivosti odoslaných elektronicke

váhy pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h _n			v _n	
	neplní	plní			
Subjektívna spokojnosť	0 %	100 %		v ₁ = 15 %	
Bezpečná medikácia	0 %	100 %		v ₂ = 15 %	
Prístrojové vybavenie	0 %	1/3	2/3	3/3	v ₃ = 15 %
eRecept	0 %	100 %		v ₄ = 10 %	
eZúčtovanie	0 %	100 %		v ₅ = 10 %	
eLab	0 %	100 %		v ₆ = 20 %	
NávrhyOnline	0 %	100 %		v ₇ = 15 %	

Parametre Efektívnosti

	Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
EFEKTÍVNOSŤ	Starostlivosť o pacienta	I ₁ = počet návštev Kapitovaných poistencov v špecializovanej ambulantnej starostlivosti, ambulantnej pohotovostnej službe a urgentných príjmoch/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 ₅ = 20 %