

**DODATOK č. 17**  
**K ZMLUVE O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI**  
**č. 75NLDC000114**

uzatvorenej 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, zákona č. 513/1991 Zb. Obchodný zákonník v znení neskorších predpisov a zákona č. 18/1996 Z. z. o cenách 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 Žilina, kód : 2400

korešpondenčná adresa: **Cintorínska 5, 949 01 Nitra 1**

(ďalej len „Poisťovňa“)

*Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti:*

Obchodné meno / Priezvisko, meno a titul:	<b>Psychiatrická liečebňa Sučany</b>
IČO / registračné číslo:	17335612
DIČ, IČDPH:	2020598888
Sídlo / Miesto trvalého pobytu:	Hradiská 23, 038 52 Sučany
Zápis v registri (iba v prípade takéhoto zápisu):	MZ SR č. 3724/1991-A/V-5

(ďalej len „Poskytovateľ“)

## I. ÚVODNÉ USTANOVENIE

1.1. Poisťovňa a Poskytovateľ sa v súlade s ustanoveniami Všeobecných zmluvných podmienok pre zdravotnú starostlivosť (ďalej len „VZP“) dohodli na zmene Zmluvy (ďalej len „Dodatok“).

## II. OBSAH DODATKU

2.1. Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že v bode 5.1. Zmluvy sa v pnej vete slovné spojenie „v tomto článku“ nahrádza slovným spojením „v článku V. až XV. Zmluvy“.

2.2. Doterajší bod 5.2. až 5.4. Zmluvy sa vypúšťa.

2.3. Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli na nahradení článkov **VI. až IX. Zmluvy** novým znením **článkov VI. až XIII. Zmluvy nasledovne:**

### **VI. VÝŠKA ÚHRADY ZA ZDRAVOTNÚ STAROSTLIVOSŤ ŠPECIALIZAČNOM ODBORE VŠEOBECNÉ LEKÁRSTVO PRE DOSPELÝCH (VLD)**

6.1. *Poisťovňa a Poskytovateľ sa v súlade so zákonom č. 18/1996 Z.z. o cenách v znení neskorších predpisov dohodli, že Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti úhradu podľa pravidiel uvedených v článku III., V., VI. a VII. 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.) (ďalej len „Zákon o zdravotnom poistení“). 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.

6.2. *Poisťovňa 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"). Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli na výške Kapitácie tak, ako je uvedené v prílohe č.8 Zmluvy (ďalej len „Cenník VLD“). Poisťovňa hradí Poskytovateľovi iba pomernú časť Kapitácie s presnosťou na počet dní trvania dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v príslušnom mesiaci, za ktorý Poskytovateľ vykazuje poskytnutú zdravotnú starostlivosť za Poistencov:*

- a) *s ktorými Poskytovateľ uzatvoril dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v priebehu príslušného mesiaca, ak Kapitovaný poistenec nemal v tom čase uzatvorenú žiadnu dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v rovnakom špecializačnom odbore,*
- b) *s ktorými zanikla v priebehu príslušného mesiaca dohoda o poskytovaní zdravotnej starostlivosti inak ako písomným odstúpením,*
- c) *ktorým vzniklo alebo zaniklo verejné zdravotné poistenie v priebehu príslušného mesiaca.*

6.3. *Pokiaľ Kapitovaný poistenec uzatvoril skôr dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti okrem Poskytovateľa aj s iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v rovnakom špecializačnom odbore ako Poskytovateľ, Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi Kapitáciu len v prípade zániku pôvodnej dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej medzi iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a Kapitovaným poistencom, a to od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po mesiaci, v ktorom došlo k odstúpeniu od dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej medzi iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a Kapitovaným poistencom. Poskytovatelia sú povinní na základe informácie Poisťovne prostredníctvom kapitačného protokolu riešiť konfliktné prípady vzájomnou dohodou.*

6.4. *Pokiaľ má Poskytovateľ dočasne pozastavené povolenie alebo dočasne neobsadenú ambulanciu, Poisťovňa Kapitáciu počas tohto obdobia Poskytovateľovi nehradí. Poisťovňa neuhradí Kapitáciu za dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti aj v prípade, ak Poskytovateľ oznámil ukončenie kódu lekára alebo kódu Poskytovateľa, na ktoré sú evidované dotknuté dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Poskytovateľ je povinný nahlasovať Poisťovni mesačný výkaz prírastku a úbytku Poistencov aj podľa platných kódov lekárov a Poskytovateľov a nielen podľa platnosti dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Neobsadenou ambulanciou sa na účely tejto Zmluvy rozumie ambulancia, na ktorú Poskytovateľ ukončil kód lekára a nenahlásil nový kód iného lekára.*

6.5. *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“; 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 VLD;*

- c) úhradu za zdravotné výkony, ktoré Poskytovateľ vykonal pomocou zdravotníckej techniky, ktorá netvorí povinné materiálo-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 VLD.

6.6. Poist'ovňa uhradí Poskytovateľovi úhradu za zdravotnú starostlivosť, ktorú poskytol:

- a) Kapitovanému poistencovi ako zdravotný výkon, ktorý nie je podľa bodu 6.5. 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.

6.7. Poist'ovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že Poskytovateľ poskytne zdravotnú starostlivosť podľa bodu 6.6. písm. a). Zmluvy maximálne do finančného objemu vo výške uvedenej v Cenníku VLD (ďalej len „Finančný objem“), pokiaľ z pravidiel uvedených v bodoch 6.8. až 6.10. Zmluvy nevyplýva vyššia hodnota Finančného objemu. Finančný objem je dohodnutý na kalendárny mesiac. Do Finančného objemu sa nezahŕňa zdravotná starostlivosť poskytnutá pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia a zdravotné výkony a iné náklady uvedené v Cenníku VLD.

6.8. Pokiaľ Poskytovateľ poskytol Poistencom počas kalendárneho mesiaca zdravotnú starostlivosť v rozsahu nižšom ako Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac, potom platí, že Finančný objem na bezprostredne nasledujúci kalendárny mesiac sa zvyšuje o nedočerpaný Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac (t.j. zvyšuje sa o rozdiel medzi Finančným objemom na aktuálny kalendárny mesiac a hodnotou zdravotnej starostlivosti poskytnutej Poistencom v aktuálnom kalendárnom mesiaci).

6.9. Pokiaľ Poskytovateľ poskytol Poistencom počas kalendárneho mesiaca zdravotnú starostlivosť v rozsahu vyššom ako Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac, rozdiel medzi výškou úhrady za zdravotnú starostlivosť a Finančným objemom na aktuálny kalendárny mesiac (ďalej len „Prečerpanie objemu“) Poist'ovňa uhradí Poskytovateľovi v nasledujúcich kalendárnych mesiacoch, v ktorých Poskytovateľ Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 6.8. Zmluvy) nedočerpá.

6.10. Poskytovateľ berie na vedomie, že Poist'ovňa pri úhrade Prečerpania objemu postupuje tak, aby celková výška úhrady za zdravotnú starostlivosť podľa bodu 6.7. Zmluvy v kalendárnom mesiaci nepresiahla Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 6.8. Zmluvy). Poskytovateľ ďalej berie na vedomie, že zvýšenie Finančného objemu o nedočerpaný Finančný objem podľa bodu 6.8. Zmluvy a úhrada Prečerpania objemu podľa bodu 6.9. Zmluvy sú možné len v rámci jedného kalendárneho roka, a to toho kalendárneho roka, v ktorom Poskytovateľ Finančný objem nedočerpal alebo prečerpal.

## VII DODATKOVÁ KAPITÁCIA VLD

7.1. Poist'ovňa 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.

7.2. Poist'ovňa z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v tabuľkách označených ako „Parametre Kvality a Inovácií“, ktoré sa použijú na výpočet základu pre výpočet Dodatkovej kapitácie a „Parametre Efektívnosti“, ktoré sa použijú na výpočet výslednej hodnoty Dodatkovej kapitácie. Parametre Kvality, Efektívnosti a Inovácií sú súčasťou Cenníka VLD.

7-3- Poist'ovňa 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“).

7.4. Poist'ovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov, ktorý je uvedený v tabuľke podľa bodu 7.3. Zmluvy tak, že zistí či Poskytovateľ v Sledovanom období dosiahol príslušnú hranicu stanovenú pre splnenie daného parametra.

7.5. Poist'ovňa vypočíta výsledný koeficient Kvality a Inovácií Poskytovateľa (ďalej aj „KKI“) podľa vzorca:

$$KKI = h_1 x_{v_1} + h_2 x_{v_2} + h_3 x_{v_3} + h_4 x_{v_4} + h_5 x_{v_5} + h_6 x_{v_6} + h_7 x_{v_7},$$

kde  $h_1$  až  $h_7$  sú hodnoty parametra zistené z tabuľky podľa bodu 7.3. Zmluvy,

a  $v_1$  až  $v_7$  váhy príslušného parametra zistené z tabuľky podľa bodu 7.3. Zmluvy.

7.6. Výška základu pre výpočet Dodatkovej kapitácie (ďalej len „ZDK“) sa vypočíta podľa vzorca:

$$ZDK = (ZvHDK - ZHDK) * KKI + ZHDK, \text{ kde}$$

ZvHDK znamená zvýhodnená hodnota Dodatkovej kapitácie uvedená v Cenníku VLD

ZHDK znamená základná hodnota Dodatkovej kapitácie uvedená v Cenníku VLD

7.7. Poist'ovňa z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v tabuľke označenej ako „Parametre Efektívnosti“, ktorá je súčasťou Cenníka VLD.

7.8. Poist'ovňa použije pre zistenie a výpočet hodnoty každého parametra uvedeného v tabuľke podľa bodu 7.7. Zmluvy údaje za dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky, z ktorých posledný kalendárny štvrťrok bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva výpočet

7.9. Poist'ovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov uvedený v tabuľke podľa bodu 7.7. Zmluvy týmto spôsobom:

- a) Poist'ovňa zistí každý z parametrov za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí poskytujú ambulanciu zdravotnú starostlivosť v rovnakom špecializačnom odbore ako Poskytovateľ;
- b) Poist'ovňa zoradí hodnoty parametrov zistené za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti vzostupne;
- c) Poist'ovňa neprihliada na hodnoty parametrov tých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí v poradí podľa písm. b. dosiahli 20 % najnižších hodnôt a 20 % najvyšších hodnôt;
- d) Poist'ovňa 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

7.10. Poist'ovňa vypočíta Koeficient Efektívnosti Poskytovateľa (ďalej aj „KE“) podľa vzorca:

$$KE = h_1 x_{v_1} + h_2 x_{v_2} + h_3 x_{v_3},$$

kde  $h_1$  až  $h_3$  je hodnota príslušného parametra zistená z tabuľky podľa bodu 7.7. 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 7.9. 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 7.7. Zmluvy.

7.11. Výška Dodatkovej kapitácie sa vypočíta ako násobok základu pre výpočet Dodatkovej kapitácie podľa bodu 7.6 Zmluvy a Koeficientu Efektívnosti. Dodatková kapitácia sa zaokrúhli

matematicky na šesť desiatinných miest. Takto zistená Dodatková kapitácia patrí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti počas dvoch kalendárnych štvrtrokov nasledujúcich po výpočte podľa tohto článku Zmluvy. Poisťovňa je povinná vypočítať a oznámiť Poskytovateľovi výšku Dodatkovej kapitácie vždy najneskôr pred začiatkom toho kalendárneho štvrtroka, za ktorý bude Poskytovateľovi Dodatková kapitácia patriť.

7.12. Zmluvné strany sa dohodli, že v prechodnom období **do 31.12.2018** sa uplatní Koeficient Kvality a Inovácií (KKI) vo výške **43%** a Koeficient Efektívnosti (KE) vo výške **71%**. Výsledná výška Dodatkovej kapitácie **do 31.12.2018** vypočítaná podľa tohto článku je **DK=0,442539 €**

7.13. Výška Dodatkovej kapitácie podľa predchádzajúceho bodu sa použije aj v kalendárnom polroku bezprostredne nasledujúcom po kalendárnom štvrtroku, 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.

### **VIII. VÝŠKA ÚHRADY ZA ZDRAVOTNÚ STAROSTLIVOSŤ V ŠPECIALIZAČNOM ODBORE VŠEOBECNÉ LEKÁRSTVO PRE DETI A DORAST (VLDD)**

8.1. Poisťovňa a Poskytovateľ sa v súlade so zákonom č. 18/1996 Z.z. o cenách v znení neskorších predpisov dohodli, že Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti úhradu podľa pravidiel uvedených v článku III., V., VIII. a IX. 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, Ci 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.

8.2. Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi za každého Poistenca do dovŕšenia 28. roku života, s ktorým mal Poskytovateľ k poslednému dňu kalendárneho mesiaca, za ktorý vykazuje poskytnutú zdravotnú starostlivosť, uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „Kapitovaný poistenec“), paušálnu mesačnú úhradu (ďalej len „Kapitácia“). Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli na výške Kapitácie tak, ako je uvedené v prílohe č. 9 Zmluvy (ďalej len „Cenník VLDD“). Poisťovňa hradí Poskytovateľovi iba pomernú časť Kapitácie s presnosťou na počet dní trvania dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v príslušnom mesiaci, za ktorý Poskytovateľ vykazuje poskytnutú zdravotnú starostlivosť za Poistencov:

a) s ktorými Poskytovateľ uzatvoril dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v priebehu príslušného mesiaca, ak Kapitovaný poistenec nemal v tom Case 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.

8.3. Pokiaľ Kapitovaný poistenec uzatvoril skôr dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti okrem Poskytovateľa aj s iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v rovnakom špecializačnom odbore ako Poskytovateľ, Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi Kapitáciu len v prípade zániku pôvodnej dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej medzi iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a Kapitovaným poistencom, a to od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po mesiaci, v ktorom došlo k odstúpeniu od dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej medzi iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a Kapitovaným poistencom. Poskytovatelia sú povinní na základe informácie Poisťovne prostredníctvom kapitačného protokolu riešiť konfliktné prípady vzájomnou dohodou.

- 8.4-** *Pokiaľ má Poskytovateľ dočasne pozastavené povolenie alebo dočasne neobsadenú ambulanciu, Poistovnía Kapitáciu počas tohto obdobia Poskytovateľovi nehradí. Poistovnía 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 Poistovní 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.*
- 8.5.** *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“; 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 VLDD;*
  - c) iné náklady a zdravotné výkony, pokiaľ to vyplýva zo všeobecne záväzných právnych predpisov alebo z Cenníka VLDD.*
- 8.6.** *Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi úhradu za zdravotnú starostlivosť, ktorú poskytol Kapitovanému poistencovi ako zdravotný výkon, ktorý nieje podľa bodu 8.5. Zmluvy zahrnutý v Kapitácii. Úhrada podľa predchádzajúcej vety sa stanoví:*
- a) výpočtom ako násobok príslušnej jednotkovej ceny bodu uvedenej v Cenníku VLDD a bodového vyjadrenia hodnoty zdravotného výkonu uvedeného v rozhodnutí Ministerstva zdravotníctva SR o regulácii ceny v oblasti cien výrobkov, služieb a výkonov v zdravotníctve účinného vždy v čase, keď bol vykonaný zdravotný výkon,*
  - b) podľa jednotkovej ceny výkonu uvedenej v Cenníku VLDD.*
- 8.7.** *Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi úhradu za iné náklady súvisiace s poskytnutou zdravotnou starostlivosťou, ktoré nie sú podľa bodu 8.5. Zmluvy zahrnuté v Kapitácii podľa Cenníka VLDD.*

## **IX. ÚHRADA ZA VÝKONY VLDD**

- 9.1.** *Poisťovňa sa za podmienok dohodnutých v tomto bode zaväzuje spolu s Kapitáciou uhradí Poskytovateľovi úhradu za výkony uvedené v Cenníku VLDD. Základná cena a zvýhodnená cena výkonov je uvedená v Cenníku VLDD. Výsledná úhrada za výkony je závislá od plnenia parametrov Kvality, Efektívnosti a Inovácií a vypočíta sa spôsobom podľa tohto článku Zmluvy.*
- 9.2.** *Poisťovňa z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v tabuľkách označených ako „Parametre Kvality a Inovácií“ a „Parametre Efektívnosti“, ktoré sú súčasťou Cenníka VLDD.*
- 9.3.** *Poisťovňa použije pre zistenie a výpočet hodnoty každého parametra uvedeného v tabuľke „Parametre Kvality, Efektívnosti a Inovácií“ údaje za dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky, z ktorých posledný kalendárny štvrťrok bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva výpočet (ďalej len „Sledované obdobie“).*
- 9.4.** *Poisťovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov Kvality a Inovácií, ktorý je uvedený v tabuľke podľa bodu 9.3. Zmluvy tak, že zistí či Poskytovateľ v Sledovanom období dosiahol príslušnú hranicu stanovenú pre splnenie daného parametra. V prípade, ak má niektorý z parametrov Kvality a Inovácií uvedené plnenie pod pásmom, v pásme a nad pásmom, určí sa jeho hodnota spôsobom podľa bodov 9.8. až 9.10. tohto článku Zmluvy.*

9.5. Poist'ovňa 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 9.3. Zmluvy,

a  $v_1$  až  $v_7$  sú váhy príslušného parametra zistené z tabuľky podľa bodu 9.3. Zmluvy.

9.6. Poist'ovňa z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v tabuľke označenej ako „Parametre Efektívnosti“, ktorá je súčasťou Cenníka VLDD.

9.7. Poist'ovňa použije pre zistenie a výpočet hodnoty každého parametra uvedeného v tabuľke podľa bodu 9.6. Zmluvy údaje za dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky, z ktorých posledný kalendárny štvrťrok bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva výpočet.

9.8. Poist'ovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov uvedený v tabuľke podľa bodu 9.6. Zmluvy týmto spôsobom:

- Poist'ovňa zistí každý z parametrov za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí poskytujú ambulanciu zdravotnú starostlivosť v rovnakom špecializačnom odbore ako Poskytovateľ;
- Poist'ovňa zoradí hodnoty parametrov zistené za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti vzostupne;
- Poist'ovňa neprihliada na hodnoty parametrov tých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí v poradí podľa písm. b. dosiahli 20 % najnižších hodnôt a 20% najvyšších hodnôt;
- Poist'ovňa 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.

9.9. Poist'ovňa vypočíta Koeficient 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 9.6. Zmluvy, pričom sa použije hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „pod pásmom“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je nižšia ako jeho stredná hodnota znížená o hodnotu štandardnej odchýlky (bod 9.8. písm. d. Zmluvy), alebo hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „v pásme“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je vyššia alebo rovná jeho strednej hodnote zníženej o hodnotu štandardnej odchýlky, avšak zároveň nižšia alebo rovná jeho strednej hodnote zvýšenej o hodnotu štandardnej odchýlky, alebo hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „nad pásmom“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je vyššia ako jeho stredná hodnota zvýšená o hodnotu štandardnej odchýlky, a

$v_1$  až  $v_3$  je váha príslušného parametra zistená z tabuľky podľa bodu 9.2. Zmluvy.

9.10. Výška úhrady za výkony sa vypočíta podľa nasledujúceho vzorca

$$CV = (ZvCV - ZCV) * (KKI + KE) + ZCV, \text{ kde}$$

CV je výsledná cena výkonu

ZCV je základná cena výkonu

ZvCV je zvýhodnená cena výkonu

9.11. Výsledná cena sa zaokrúhli matematicky na dve desatinné miesta. Takto zistená výsledná cena výkonu patrí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti počas kalendárneho polroka nasledujúceho po výpočte podľa tohto článku Zmluvy. Poist'ovňa je povinná vypočítať a oznámiť Poskytovateľovi výslednú cenu výkonov vždy najneskôr pred začiatkom kalendárneho polroka, za ktoré bude Poskytovateľovi výsledná cena výkonov patriť.

9.12. Poist'ovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že Poist'ovňa uhradí Poskytovateľovi úhradu podľa tohto článku Zmluvy len v rozsahu Finančného objemu uvedeného v Cenníku VLDD. Finančný objem je dohodnutý na kalendárny mesiac. Do Finančného objemu sa nezahrňa úhrada za výkony podľa bodu 9.15. Zmluvy a pripočítateľné položky uvedené v Cenníku VLDD. V prípade, ak Poskytovateľ poskytol Poistencom počas kalendárneho mesiaca zdravotnú starostlivosť

v rozsahu nižšom ako je dolná hranica Finančného objemu na kalendárny mesiac, Poist'ovňa uhradí Poskytovateľovi sumu rovnajúcu sa dolnej hranici Finančného objemu. V prípade, ak Poskytovateľ poskytol Poistencom počas kalendárneho mesiaca zdravotnú starostlivosť v rozsahu vyššom ako je horná hranica Finančného objemu na kalendárny mesiac, Poist'ovňa uhradí Poskytovateľovi sumu rovnajúcu sa hornej hranici Finančného objemu.

9.13. Zmluvné strany sa dohodli, že v prechodnom období do **31.12.2018** sa uplatní Koeficient Kvality a Inovácií a Koeficient Efektívnosti (KKI+KE) vo výške **54%**. Výsledná výška úhrady za výkony do **31.12.2018** vypočítaná podľa tohto článku je:

Výkon	Cena (€)
8	2,62
4	1,96
1	0,52
250	0,52

9.14. Výška úhrady za výkony podľa predchádzajúceho bodu sa použije aj v kalendárnom polroku bezprostredne nasledujúcom po kalendárnom polroku, v ktorom Zmluva nadobudla účinnosť, ak Poskytovateľ nemal pred účinnosťou Zmluvy uzatvorenú s Poist'ovňou zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s obdobným vecným rozsahom zdravotnej starostlivosti, aký sa dohodol v Zmluve.

9.15. Poist'ovňa uhradí Poskytovateľovi úhradu za výkony, ktoré poskytol:

- Poistencovi, ktorý nie je Kapitovaným poistencom, ako neodkladnú zdravotnú starostlivosť;
- za podmienok uvedených v článku IX. VZP poistencovi Európskej únie;
- za podmienok uvedených v článku X. VZP poistencovi poist'ovne Highmark.

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

## **X. VÝŠKA ÚHRADY ZA ZDRAVOTNÚ STAROSTLIVOSŤ V ŠPECIALIZAČNOM ODBORE GYNEKOLÓGIA A PÔRODNÍCTVO (GYN)**

10.1. Poist'ovňa a Poskytovateľ sa v súlade so zákonom č. 18/1996 Z.z. o cenách v znení neskorších predpisov dohodli, že Poist'ovňa uhradí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti úhradu podľa pravidiel uvedených v článku III., V, X. a XI. Zmluvy. Poskytovateľ berie na vedomie, že Zdravotná poist'ovňa 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 poist'ovňa 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.

10.2. Poist'ovňa uhradí Poskytovateľovi za každého Poistenca vo veku najmenej 15 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“). Poist'ovňa a Poskytovateľ sa dohodli na výške Kapitácie tak, ako je uvedené v prílohe č. 10 Zmluvy (ďalej len „Cenník GYN“). Poist'ovňa 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:

- 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.

10.3. Pokiaľ Kapitovaný poistenc uzatvoril skôr dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti okrem Poskytovateľa aj s iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v rovnakom špecializačnom odbore ako Poskytovateľ, Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi Kapitáciu len v prípade zániku pôvodnej dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej medzi iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a Kapitovaným poistencom, a to od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po mesiaci, v ktorom došlo k odstúpeniu od dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej medzi iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a Kapitovaným poistencom. Poskytovatelia sú povinní na základe informácie Poisťovne prostredníctvom kapitačného protokolu riešiť konfliktné prípady vzájomnou dohodou.

10.4. Pokiaľ má Poskytovateľ dočasne pozastavené povolenie alebo dočasne neobsadenú ambulanciu Poisťovňa Kapitáciu počas tohto obdobia Poskytovateľovi nehradí. Poisťovňa neuhradí Kapitáciu za dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti aj v prípade, ak Poskytovateľ oznámil ukončenie kódu lekára alebo kódu Poskytovateľa, na ktoré sú evidované dotknuté dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Poskytovateľ je povinný nahlasovať Poisťovni mesačný výkaz prírastku a úbytku Poistencov aj podľa platných kódov lekárov a Poskytovateľov a nie len 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.

10.5. 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“; 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 GYN;
- c) úhradu za zdravotné výkony, ktoré Poskytovateľ vykonal pomocou zdravotníckej techniky, ktorá netvorí materiálno-technické vybavenie Poskytovateľa podľa kritérií na uzatvorenie zmluvy (článok 3.7.);
- d) iné náklady a zdravotné výkony, pokiaľ to vyplýva zo všeobecne záväzných právnych predpisov alebo z Cenníka GYN.

10.6. Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi úhradu za zdravotnú starostlivosť, ktorú poskytol:

- a) Kapitovanému poistencovi ako zdravotný výkon, ktorý nie je podľa bodu 10.5. Zmluvy zahrnutý v Kapitácii;
- b) Poistencovi, ktorý nie je Kapitovaným poistencom, ako neodkladnú zdravotnú starostlivosť;
- c) Poistencovi, ktorý nie je Kapitovaným poistencom, pomocou zdravotníckej techniky;
- d) za podmienok uvedených v článku IX. VZP poistencovi Európskej únie;
- e) za podmienok určených v článku X. VZP poistencovi poisťovne Highmark.

Úhrada podľa predchádzajúcej vety sa vypočíta ako násobok príslušnej jednotkovej ceny bodu uvedenej v Cenníku GYN 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.

- 10.7. Poistovnía a Poskytovateľ sa dohodli, že Poskytovateľ poskytne zdravotnú starostlivosť po bodu 10.6. písm. a), a c. Zmluvy maximálne do finančného objemu vo výške uvedenej v Cenníku GYN (ďalej len „Finančný objem“), pokiaľ z pravidiel uvedených v bodoch 10.8. až 10.10. Zmluvy nevyplýva vyššia hodnota Finančného objemu. Finančný objem je dohodnutý na kalendárny mesiac. Do Finančného objemu sa nezahŕňa zdravotná starostlivosť poskytnutá pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia a zdravotné výkony a iné náklady uvedené v Cenníku GYN.
- 10.8. Pokiaľ Poskytovateľ poskytol Poistencom počas kalendárneho mesiaca zdravotnú starostlivosť v rozsahu nižšom ako Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac, potom platí, že Finančný objem na bezprostredne nasledujúci kalendárny mesiac sa zvyšuje o nedočerpaný Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac (t.j. zvyšuje sa o rozdiel medzi Finančným objemom na aktuálny kalendárny mesiac a hodnotou zdravotnej starostlivosti poskytnutej Poistencom v aktuálnom kalendárnom mesiaci).
- 10.9. Pokiaľ Poskytovateľ poskytol Poistencom počas kalendárneho mesiaca zdravotnú starostlivosť v rozsahu vyššom ako Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac, rozdiel medzi výškou úhrady za zdravotnú starostlivosť a Finančným objemom na aktuálny kalendárny mesiac (ďalej len „Prečerpanie objemu“) Poistovnía uhradí Poskytovateľovi v nasledujúcich kalendárnych mesiacoch, v ktorých Poskytovateľ Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 10.8. Zmluvy) nedočerpá.
- 10.10. Poskytovateľ berie na vedomie, že Poistovnía pri úhrade Prečerpania objemu postupuje tak, aby celková výška úhrady za zdravotnú starostlivosť podľa bodu 10.7. Zmluvy v kalendárnom mesiaci nepresiahla Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 10.8. Zmluvy). Poskytovateľ ďalej berie na vedomie, že zvýšenie Finančného objemu o nedočerpaný Finančný objem podľa bodu 10.8. Zmluvy a úhrada Prečerpania objemu podľa bodu 10.9. Zmluvy sú možné len v rámci jedného kalendárneho roka, a to toho kalendárneho roka, v ktorom Poskytovateľ Finančný objem nedočerpal alebo prečerpal.

## **XI. DODATKOVÁ KAPITÁCIA GYN**

- 11.1. Poistovnía sa za podmienok dohodnutých v tomto článku zaväzuje spolu s Kapitáciou uhradiť Poskytovateľovi za každého Kapitovaného poistenca dodatkovú paušálnu mesačnú úhradu (ďalej len „Dodatková kapitácia“).
- 11.2. Poistovnía z údajov svojho informačného systému zisťujúce uvedené v tabuľke označenej ako „Parametre pre výpočet dodatkovej kapitácie“, ktorá je súčasťou Cenníka GYN.
- 11.3. Poistovnía použije pre zistenie a výpočet hodnoty parametra uvedeného v tabuľke podľa bodu 11.2. Zmluvy údaje za štyri po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky, z ktorých posledný kalendárny štvrťrok bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva výpočet. Pre výpočet parametra Dostupnosť zdravotnej starostlivosti sa použije stav k poslednému dňu sledovaného obdobia podľa predchádzajúcej vety.
- 11.4. Poistovnía zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov uvedený v tabuľke podľa bodu 11.2. Zmluvy týmto spôsobom:
- Poistovnía zistí každý z parametrov za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí poskytujú ambulatnú zdravotnú starostlivosť v rovnakom špecializačnom odbore ako Poskytovateľ;
  - Poistovnía zoradí hodnoty parametrov zistené za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti vzostupne;
  - Poistovnía neprihliada na hodnoty parametrov tých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí v poradí podľa písm. b. dosiahli 20 % najnižších hodnôt a 20% najvyšších hodnôt;
  - Poistovnía 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.
- 11.5. Poistovnía vypočíta hodnotiaci kapitačný koeficient Poskytovateľa (ďalej aj „HKK“) podľa vzorca:

$$HKK = h_1 x_{v_1} + h_2 x_{v_2} + h_3 x_{v_3} + h_4 x_{v_4} + h_5 x_{v_5} + h_6 x_{v_6} ,$$

kde  $h_1$  až  $h_6$  je hodnota príslušného parametra zistená z tabuľky podľa bodu 11.2. 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 11.4. 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  $v_6$  je váha príslušného parametra zistená z tabuľky podľa bodu 11.2. Zmluvy. V prípade, ak parameter nemá v tabuľke podľa bodu 11.2. Zmluvy uvedené plnenie v pásmach, určí sa jeho splnenie podľa toho či Poskytovateľ dosiahol, alebo nedosiahol podmienky uvedené v danom parametri.

11.6. Výška Dodatkovej kapitácie sa vypočíta ako násobok základu pre výpočet Dodatkovej kapitácie uvedeného v Cenníku GYN a HKK. Dodatková kapitácia sa zaokrúhli matematicky na šesť desiatinných miest. Taktisto zistená Dodatková kapitácia patrí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti počas kalendárneho polroka nasledujúcim po výpočte podľa bodu 11.3 a nasl. Zmluvy, a to počnúc druhým kalendárnym polrokom trvania tejto Zmluvy. Poisťovňa je povinná vypočítať a oznámiť Poskytovateľovi výšku Dodatkovej kapitácie vždy najneskôr pred začiatkom kalendárneho polroka, v ktorom bude Poskytovateľovi Dodatková kapitácia patriť.

11.7. Do skončenia toho kalendárneho polroka, v ktorom Zmluva nadobudla účinnosť, sa použije ako HKK číslo uvedené v tabuľke podľa bodu 11.2. Zmluvy. HKK podľa predchádzajúcej vety sa použije aj v kalendárnom polroku 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.

## **XII. VÝŠKA ÚHRADY ZA ŠPECIALIZOVANÚ AMBULANTNÚ ZDRAVOTNÚ STAROSTLIVOSŤ (ŠAS) A ZDRAVOTNÚ STAROSTLIVOSŤ POSKYTOVANÚ V ZARIADENIACH SPOLOČNÝCH VYŠETROVACÍCH A LIEČEBNÝCH ZLOŽIEK (SVLZ)**

12.1. Poisťovňa a Poskytovateľ sa v súlade so zákonom č. 18/1996 Z.z. o cenách v znení neskorších predpisov dohodli, že Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti úhradu podľa pravidiel uvedených v článku III., V., XII. a XIII. 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 nieje dotknutá povinnosť Poskytovateľa uvedená v bode 4.1. VZP.

12.2. Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi za všetky zdravotné výkony, ktoré počas zúčtovacieho obdobia vykonal pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti Poistencom, úhradu za zdravotnú starostlivosť podľa tohto článku. Právo Poisťovne vykonať kontrolu poskytovania zdravotnej starostlivosti a neuhradiť úhradu za zdravotné výkony, ktoré neboli vykázané správne, pravdivo a úplne, tým nieje dotknuté.

12.3. Úhrada za zdravotnú starostlivosť sa vypočíta ako násobok príslušnej jednotkovej ceny bodu uvedenej v prílohe č. 11 Zmluvy a vypočítanej podľa článku XIII. Zmluvy (ďalej len „Cenník výkonov“) 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 (ďalej len „Zoznam výkonov s bodovým ohodnotením“).

- 12.4. *Pokiaľ hodnota zdravotných výkonov vyjadrená ich bodovou hodnotou, ktoré vykoná Poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti Poistencom počas šiestich zúčtovacích období v období kalendárneho polroka, dosiahne hodnotu uvedenú v Cenníku výkonov (ďalej len „Základný rozsah“), Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za tie zdravotné výkony, ktoré vykonal počas týchto zúčtovacích období po dosiahnutí Základného rozsahu, úhradu vypočítanú spôsobom podľa bodu 12.3. Zmluvy, avšak príslušná jednotková cena bodu sa vynásobí koeficientom Efektívnosti Poskytovateľa vypočítaným podľa článku XIII. Zmluvy; pokiaľ by súčin príslušnej jednotkovej ceny bodu a koeficientu Efektívnosti Poskytovateľa bol nižší ako minimálna jednotková cena uvedená v Cenníku výkonov, na výpočet sa použije jednotková cena bodu vo výške tejto minimálnej jednotkovej ceny. Pri zdravotných výkonoch, ktoré Poskytovateľ vykonal pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti osobe uvedenej v bode 1.1. Zmluvy, ktorá nieje poistencom Poistovne, sa koeficient Efektívnosti Poskytovateľa rovná číslu „1“; v Cenníku výkonov môže byť uvedené, pri ktorých ďalších zdravotných výkonoch sa hodnotiaci koeficient rovná číslu „1“. Ustanovenie tohto bodu Zmluvy platí len v prípade, ak sa podľa bodu 13.11. Zmluvy u Poskytovateľa uplatňuje Základný rozsah. Poistovňa si vyhradzuje právo uplatniť Základný rozsah pre vybrané špecializačné odbornosti odo dňa účinnosti Zmluvy. Zoznam špecializačných odborností, pre ktoré sa uplatňuje Základný rozsah je uvedený v Cenníku výkonov.*
- 12.5. *Pokiaľ Poskytovateľ podal Poistencovi liek, ktorý je v Zozname kategorizovaných liekov (ďalej len „Zoznam liekov“) označený v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“, patrí Poskytovateľovi cena lieku vo výške ceny nadobudnutia tohto lieku, ktorá však nesmie byť vyššia ako cena lieku uvedená v Zozname liekov ako „úhrada zdravotnou poisťovňou“. Ak Poskytovateľ podal 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.*
- 12.6. *Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že Poskytovateľ poskytne Poistencom:*
- špecializovanú ambulantnú starostlivosť v špecializačných odboroch „zubné lekárstvo“, „čelustná ortopédia“ a „maxilofaciálna chirurgia“ spočívajúcu vo vykonaní akýchkoľvek zdravotných výkonov a vo vynaložení nákladov na zhotovenie alebo obstaranie Stomatologickej zdravotníckej pomôcky;*
  - špecializovanú ambulantnú starostlivosť spočívajúcu vo vykonávaní výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek a vo vynaložení nákladov na lieky označené v Zozname liekov v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ a na materiál uvedený v bode 5.8. Zmluvy, ak boli tieto náklady vynaložené v súvislosti s výkonmi podľa tohto písmena, maximálne do finančných objemov uvedených v Cenníku výkonov (ďalej len „Finančný objem“), pokiaľ z pravidiel uvedených v bodoch 12.7. až 12.9. Zmluvy nevyplýva vyššia hodnota Finančného objemu. Finančný objem je dohodnutý na kalendárny mesiac. Do Finančného objemu sa nezahrňa zdravotná starostlivosť poskytnutá iným osobám, ako sú poistenci Poistovne, a zdravotné výkony a iné náklady uvedené v Cenníku výkonov.*
- 12.7. *Pokiaľ Poskytovateľ poskytol Poistencom počas kalendárneho mesiaca zdravotnú starostlivosť v rozsahu nižšom ako Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac, potom platí, že Finančný objem na bezprostredne nasledujúci kalendárny mesiac sa zvyšuje o nedočerpaný Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac (t.j. zvyšuje sa o rozdiel medzi Finančným objemom na aktuálny kalendárny mesiac a hodnotou zdravotnej starostlivosti poskytnutej Poistencom v aktuálnom kalendárnom mesiaci).*
- 12.8. *Pokiaľ Poskytovateľ poskytol Poistencom počas kalendárneho mesiaca zdravotnú starostlivosť v rozsahu vyššom ako Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac, rozdiel medzi výškou úhrady za zdravotnú starostlivosť a Finančným objemom na aktuálny kalendárny mesiac (ďalej len „Prečerpanie objemu“) Poistovňa uhradí Poskytovateľovi v nasledujúcich kalendárnych mesiacoch, v ktorých Poskytovateľ Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 12.7. Zmluvy) nedočerpá.*
- 12.9. *Poskytovateľ berie na vedomie, že Poistovňa pri úhrade Prečerpania objemu postupuje tak, aby celková výška úhrady za zdravotnú starostlivosť v kalendárnom mesiaci nepresiahla Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 12.7. Zmluvy). Poskytovateľ ďalej berie na vedomie, že zvýšenie Finančného objemu o nedočerpaný Finančný objem podľa bodu 12.7. Zmluvy a úhrada Prečerpania objemu podľa bodu 12.8. Zmluvy sú možné len v rámci jedného*

kalendárneho roka, a to toho kalendárneho roka, v ktorom Poskytovateľ Finančný objem nedočerpá alebo prečerpá.

### **XIII. HODNOTIACI KOEFICIENT**

- 13.1. V prípade, ak je pre niektoré výkony stanovená v Cenníku výkonov základná a zvýhodnená cena bodu, je výsledná cena bodu závislá od plnenia parametrov Kvality, Efektívnosti a Inovácií a vypočíta sa spôsobom podľa tohto článku Zmluvy.
- 13.2. Poisťovňa z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v tabuľkách označených ako „Parametre Kvality a Inovácií“ a „Parametre Efektívnosti“, ktoré sú súčasťou Cenníka výkonov.
- 13.3. Poisťovňa použije pre zistenie a výpočet hodnoty každého parametra uvedeného v tabuľke „Parametre Kvality, Efektívnosti a Inovácií“ údaje za dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky, z ktorých posledný kalendárny štvrťrok bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva výpočet (ďalej len „Sledované obdobie“).
- 13.4. Poisťovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov Kvality a Inovácií, ktorý je uvedený v tabuľke podľa bodu 13.3. Zmluvy tak, že zistí či Poskytovateľ v Sledovanom období dosiahol príslušnú hranicu stanovenú pre splnenie daného parametra.
- 13.5. Poisťovňa vypočíta výsledné plnenie parametrov a určí Koeficient Kvality a Inovácií Poskytovateľa (ďalej aj „KKI“) podľa vzorca:

$$KKI = h_1 x v_1 + h_2 x v_2 + h_3 x v_3 + h_4 x v_4 + h_5 x v_5 + h_6 x v_6$$

kde  $h_j$  až  $h_6$  sú hodnoty parametra zistené z tabuľky podľa bodu 13.3. Zmluvy,

a  $v_1$  až  $v_6$  sú váhy príslušného parametra zistené z tabuľky podľa bodu 13.3. Zmluvy,

$$KKI^* = h_1 x v_1 + h_2 x v_2 + h_3 x v_3 + h_4 x v_4 + h_5 x v_5 + h_6 x v_6 + h_7 x v_7$$

kde  $h_j$  až  $h_7$  sú hodnoty parametra zistené z tabuľky podľa bodu 13.3. Zmluvy,

a  $v_1$  až  $v_7$  sú váhy príslušného parametra zistené z tabuľky podľa bodu 13.3. Zmluvy.

\*platí pre odbornosť 050 Diabetológia

- 13.6. Poisťovňa z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v tabuľke označenej ako „Parametre Efektívnosti“, ktorá je súčasťou Cenníka výkonov.
- 13.7. Poisťovňa použije pre zistenie a výpočet hodnoty každého parametra uvedeného v tabuľke podľa bodu 13.6. Zmluvy údaje vždy pre príslušný špecializačný odbor podľa prílohy č. 1, a to za dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky, z ktorých posledný kalendárny štvrťrok bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva výpočet.
- 13.8. Poisťovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov uvedený v tabuľke podľa bodu 13.6. 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.
- 13.9. Poisťovňa vypočíta Koeficient Efektívnosti Poskytovateľa (ďalej aj „KE“) podľa vzorca:

$$KE = h_1 x v_1 + h_2 x v_2,$$

kde  $h_1$  až  $h_2$  je hodnota príslušného parametra zistená z tabuľky podľa bodu 13.6. Zmluvy, pričom sa použije hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „pod pásmom“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je nižšia ako jeho stredná hodnota znížená o hodnotu štandardnej odchýlky (bod 13.8. písm. d. Zmluvy), alebo hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „v pásme“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je vyššia alebo rovná jeho strednej hodnote zníženej o hodnotu

štandardnej odchýlky, avšak zároveň nižšia alebo rovná jeho strednej hodnote zvýšenej o hodnotu štandardnej odchýlky, alebo hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „nadpásmom“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je vyššia ako jeho stredná hodnota zvýšená o hodnotu štandardnej odchýlky, a  $v_1$  až  $v_2$  je váha príslušného parametra zistená z tabuľky podľa bodu 13.6. Zmluvy.

13.10. Výška ceny bodu sa vypočíta podľa nasledujúceho vzorca

$$CB = (ZvCB - ZCB) * (KKI + KE) + ZCB, \text{ kde}$$

CB je výsledná cena bodu

ZCB je základná cena bodu

ZvCB je zvýhodnená cena bodu

13.11. Výsledná cena sa zaokrúhli matematicky na šesť desatinných miest. Takto zistená výsledná cena bodu patrí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti počas kalendárneho polroka nasledujúcim po výpočte podľa tohto článku Zmluvy. Poisťovňa je povinná vypočítať a oznámiť Poskytovateľovi výslednú cenu bodu vždy najneskôr pred začiatkom toho kalendárneho polroka, za ktorý bude Poskytovateľovi bude výsledná cena výkonov patriť. V prípade, ak priemerný počet vykázaných bodov na jedného ošetrovaného Poistenca v príslušnom špecializačnom odbore počas sledovaného obdobia vzrastie o viac ako 10% v porovnaní s predchádzajúcim sledovaným obdobím, uplatní sa u Poskytovateľa Základný rozsah podľa bodu 12.4. Zmluvy. Takto určený Základný rozsah patrí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti počas kalendárneho polroka nasledujúcim po výpočte podľa tohto článku Zmluvy.

13.12. Zmluvné strany sa dohodli, že v prechodnom období do 31.12.2018 sa uplatní Koeficient Kvality a Inovácií a Koeficient Efektívnosti (KKI+KE) vo výške 65%. Výsledná výška úhrady za výkony do 31.12.2018 vypočítaná podľa tohto článku je:

Cena bodu hodnota v €	Cena do 31.12.2018
pri iných zdravotných výkonoch ako uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“, pokiaľ z ďalších položiek v tejto tabuľke nevyplýva iná cena bodu	0,025903
pri zdravotných výkonoch: 62 (270 bodov); 63 (210 bodov)	0,025903

2.4. Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že bod 19.6. písm. h) až j) sa nahrádza novým znením s nasledovným znením:

- h) príloha č. 8 (Cenník VLD), ktorá obsahuje výšku Kapitácie podľa bodu 6.2. Zmluvy, zoznam zdravotných výkonov a iných nákladov, ktoré podľa bodu 6.5. Zmluvy nie sú zahrnuté v Kapitácii a výšku Dodatkovej kapitácie podľa článku V. Zmluvy;
- i) príloha č. 9 (Cenník VLDD), ktorá obsahuje výšku Kapitácie podľa bodu 8.2. Zmluvy, zoznam zdravotných výkonov a iných nákladov, ktoré podľa bodu 8.5. Zmluvy nie sú zahrnuté v Kapitácii a pripočítateľné položky vzťahujúce sa k výkonom podľa článku IX. Zmluvy;
- j) príloha č. 10 (Cenník GYN), ktorá obsahuje výšku Kapitácie podľa bodu 10.2. Zmluvy, zoznam zdravotných výkonov a iných nákladov, ktoré podľa bodu 10.5. Zmluvy nie sú zahrnuté v Kapitácii, tabuľku s parametrami pre výpočet Dodatkovej kapitácie podľa bodu 11.2. Zmluvy a základ pre výpočet Dodatkovej kapitácie podľa bodu 11.6. Zmluvy;
- k) príloha č. 11 (Cenník výkonov), ktorá obsahuje výšku jednotkovej ceny bodu podľa bodu 12.3. Zmluvy a zoznam zdravotných výkonov podľa bodu 12.3. Zmluvy, tabuľky s parametrami Kvality, Efektívnosti a Inovácií;

2.5. Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že doterajšie znenie prílohy č. 8. až 11. Zmluvy sa nahrádza novým znením príloh č. 8 až 11, ktoré tvoria prílohu Dodatku.

- 2.6. Číselné označenia článkov Zmluvy, odkazov a príloh sa v dôsledku zmeny podľa bodu 2.1. až 2.5. tohto článku Zmluvy primerane prečísľujú.
- 2.7. Ostatné ustanovenia Zmluvy nie sú týmto Dodatkom dotknuté.

### III. ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA

- 3.1. Dodatok nadobúda účinnosť prvým dňom kalendárneho mesiaca nasledujúceho po jeho zverejnení na webovom sídle Poisťovne. V prípade, že má zákonom uloženú povinnosť zverejniť Dodatok aj Poskytovateľ, Dodatok nadobúda účinnosť prvým dňom kalendárneho mesiaca nasledujúceho po zverejnení Dodatku oboma zmluvnými stranami; pre určenie účinnosti Dodatku je rozhodujúci okamih, kedy si povinnosť zverejniť Dodatok splní v poradí prvá zmluvná strana. V prípade, že majú obe Zmluvné strany povinnosť zverejniť Dodatok, Zmluvné strany sa zaväzujú dbať na to, aby Dodatok nadobudol účinnosť **1.10.2018**.
- 3.2. Dodatok je vyhotovený v dvoch rovnopisoch, po jednom rovnopise pre každú Zmluvnú stranu.
- 3.3. Poisťovňa aj Poskytovateľ vyhlasujú, že si Dodatok prečítali, jeho obsahu porozumeli a na znak toho, že obsah Dodatku zodpovedá ich skutočnej a slobodnej vôli, Dodatok podpísali.

V Žiline, dňa 28. septembra 2018

V Sučanoch, dňa 28. septembra 2018

1

DÓVERA zdravotná poisťovňa, a. s.  
Ing. Božena Holbičková  
regionálna riaditeľka pre nákup ZS

Psychiatrická liečebňa Sučany  
Ing. Roman Kľučiarik  
riaditeľ

## Cenník VLD

### Výška kapitácie

<i>Označenie</i>	<i>hodnota v €</i>	
<b>Kapitácia za jedného Kapitovaného poistenca</b>	do dovŕšenia 19. roku života	3,14
	od 19 rokov veku do dovŕšenia 27. roku života	2,03
	od 27 rokov veku do dovŕšenia 45. roku života	2,13
	od 45 rokov veku do dovŕšenia 51. roku života	2,15
	od 51 roku veku do dovŕšenia 53. roku života	2,34
	od 53 roku veku do dovŕšenia 57. roku života	2,75
	od 57 roku veku do dovŕšenia 61. roku života	2,95
	od 61 roku veku do dovŕšenia 64. roku života	3,15
	od 64 roku veku do dovŕšenia 68. roku života	3,33
	od 68 roku veku do dovŕšenia 72. roku života	3,60
	od 72 roku veku do dovŕšenia 87. roku života	3,97
od 87 roku veku	3,92	

### 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: 159a, 159b, 159X (počet bodov 180), 159Z (počet bodov 180), 160 (počet bodov 390)	0,048972
pri zdravotnom výkone: 3671 (určenie glykémie glukometrom pri kvantitatívnej, alebo kvalitatívnej poruche vedomia)	0,020895
pri výkone očkovania: 252b, ktorý nieje zahrnutý v kapitácii	0,048972
pri výkonoch: 25, 26, 29,30, ktoré nie sú zahrnuté v kapitácii	0,022089
pri neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnutej inému ako Kapitovanému poistencovi	0,022973

### 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	4,00
<b>Výkon 10</b> - Rozbor a plánovanie cielených terapeutických postupov na ovplyvnenie chronických ochorení alebo ochorení viacerých orgánových systémov na účely racionálnej farmakoterapie, vrátane rád a dokumentácie.	8,00
Výkon 10 vykazuje lekár prvýkrát pri prevzatí kapitovaného pacienta	



s chronických ochorením do komplexnej starostlivosti a poisťovňa ho akceptuje a uhrádza osobitne nad rámec kapitácie vo frekvencii jedenkrát za 6 mesiacov (maximálne 2x za rok). V prípade vyššej frekvencii návštev je ďalšia poskytnutá zdravotná starostlivosť uhrádzaná prostredníctvom kapitácie.	
<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 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.	10,50
<b>5702ZV - Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie</b> Štandardné 12-zvodové zosnímanie ako súčasť predoperačného vyšetrenia. Nutná kombinácia s výkonom 60b	4,41

### Finančný objem

Finančný objem na kalendárny mesiac podľa bodu 6.7. Zmluvy 50,-€

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

*Zdravotné výkony a iné náklady, ktoré sa nezahŕňajú do finančného objemu podľa bodu 6.7. Zmluvy*

Náklady na lieky, ktoré sú v Zozname liekov označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“  
 Výkony, ktoré Poskytovateľ vykonal pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia

Výkon očkovania 252b, výkon 3671, 60b, 5702ZV, výkon 4571a C - reaktívny proteín, výkon 10

### Základ pre výpočet Dodatkovej kapitácie

<i>Špecializačný odbor</i>	<i>Základná hodnota v €</i>	<i>Zvýhodnená hodnota v €</i>
Všeobecný lekár pre dospelých	0,324835	1,018926

## Parametre Kvality a Inovácií

	Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
Í	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 PÔCT (Point of Care Testing)
	eRecept	$I_4$ = najmenej 75% Liekov predpísaných Poskytovateľom elektronickey
	eZúčtovanie	$I_5$ = najmenej 75% zúčtovacích dokladov zasielaných a potvrdených elektronickey, a to prostredníctvom Elektronickej pobočky alebo zo softvéru Poskytovateľa
	eLab	$I_6$ = najmenej 75% elektronickeych žiadostí o vykonanie laboratórných a zobrazovacích vyšetrení odoslaných po zobrazení existujúcich laboratórných a zobrazovacích vyšetrení
	NávrhyOnline	$I_7$ = najmenej 10% návrhov na poskytnutie zdravotnej starostlivosti odoslaných elektronickey

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%	100%	$v_3 = 10\%$
eRecept	0%	100%	$v_4 = 10\%$
eZúčtovanie	0%	100%	$v_5 = 10\%$
eLab	0%	100%	$v_6 = 25\%$
NávrhyOnline	0%	100%	$v_7 = 15\%$

**Parametre Efektívnosti**

**Názov parametra**

**Určenie hodnoty parametra**

Starostlivosť o pacienta

$I_j$  = 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

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 %	$v_3 = 20 \%$

## Cenník VLDD

### Výška kapitácie

<i>Označenie</i>		<i>hodnota v €</i>
<b>Kapitácia za jedného Kapitovamsäho poistenca</b>	do dovŕšenia 1. roku života	--
	od 1 roku veku do dovŕšenia 2. roku života	--
	od 2 roku veku do dovŕšenia 7. roku života	--
	od 7 rokov veku do dovŕšenia 19. roku života	--
	od 19 rokov veku do dovŕšenia 27. roku života	--
	od 27 rokov do dovŕšenia 28. roku života	--

### Jednotková cena bodu

<i>Cena bodu</i>	<i>hodnota v €</i>
pri zdravotných výkonoch vykonaných pri preventívnej prehliadke <b>plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia: 143, 143a, 144, 145, 145a, 146, 146a, 146b, 146c, 148, 148a, 148b, 148c, 149, 149a, 149b, 149c, 149d, 149f (poskytnutý držiteľovi preukazu ZŤP), 159b, 950, 953, 159a, 159x(počet bodov 180), 159z(počet bodov 180), 160 (počet bodov 390)</b>	-
pri zdravotných výkonoch vykonaných pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia: 142	--
pri výkone očkovania: 252b, ktorý nie je zahrnutý v kapitácii	

### Finančný objem

Finančný objem na kalendárny mesiac podľa bodu 9.12. Zmluvy

Dolná hranica	Horná hranica
- C	

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

*Zdravotné výkony a iné náklady, ktoré sa nezahŕňajú do finančného objemu podľa bodu 9.12. Zmluvy*

Výkony, ktoré Poskytovateľ vykonal pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia

Náklady na lieky, ktoré sú v Zozname liekov označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“

Výkon očkovania 252b

Pripočítateľné položky k výkonu 8 alebo 4

Výkony podľa článku IX. Zmluvy

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

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

**Základná a zvýhodnená cena výkonov podľa článku IX. Zmluvy**

Výkon	Základná cena (ZC) (€)	Zvýhodnená cena (ZvC) (€)
8		--
4		-
1		--
250	-	--

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

Výkon	Cena (€)
8	-
4	--

**Pripočítateľné položky k výkonom**

Pripočítateľná položka „4571a“ k výkonom 8 a 4 za spotrebovaný materiál pri výkone C - reaktívny proteín pre kapitovaných poistencov

**Parametre Kvality a Inovácií**

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

váhy pre jednotlivé parametre

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

## Parametre Efektívnosti

Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
Starostlivosť o pacienta	I1 = 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)
0 Náklady na pacienta	I2 = 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
Preventívne prehliadky	v <sub>3</sub> = počet Kapitovaných poistencov s vykonanou preventívnou prehliadkou / počet Kapitovaných poistencov

váhy a pásma pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h <sub>n</sub>			
	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	
Starostlivosť o pacienta	100%	100%	0%	v <sub>1</sub> = 15 %
Náklady na pacienta	100%	100 %	0 %	v <sub>2</sub> = 15 %
Preventívne prehliadky	0 %	100 %	100 %	v <sub>3</sub> = 5 %

## Cenník GYN

## Výška kapitácie

Označenie	hodnota v EUR
Kapitácia za jedného Kapitovaného poistenca pri špecializovanej ambulantnej starostlivosti v špecializačnom odbore „gynekológia a pôrodnictvo“	-

## Jednotková cena bodu

Cena bodu	hodnota v €
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“	-
pri iných zdravotných výkonoch ako uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“	
pri zdravotných výkonoch vykonaných pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia: 157, 102, 103, 105, 108 (max 4 krát počas fyziologického priebehu tehotenstva), 167	
pri zdravotných výkonoch: 5303, 5305, 5308	--
pri neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnutej inému ako Kapitovanému poistencovi	--

## Finančný objem

Finančný objem na kalendárny mesiac podľa bodu 10.7. Zmluvy

--€

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

Zdravotné výkony a iné náklady, ktoré sa nezahŕňajú do finančného objemu podľa bodu 10.7. Zmluvy

Náklady na lieky, ktoré sú v Zozname liekov označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“

Výkony, ktoré Poskytovateľ vykonal pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia



## Parametre kvality a efektívnosti pre výpočet Dodatkovej kapitácie

Názov a určenie hodnoty parametrov:

### Názov parametra

### Určenie hodnoty parametra

Priemerný počet ošetrovaných poistencov za kalendárny mesiac  $I_1$  ktorým Poskytovateľ poskytol starostlivosť / počet kapítovaných poistencov

Výšetrenia SValZ

$I_2$  = počet bodov vlastných SValZ zdravotných výkonov vykonaných bez objednania a objednaných SValZ zdravotných výkonov vykonaných pri

Prevenčia karcinómu prsníka

$I_3$  = počet poistencov s vykonaným mamografickým alebo sonografickým vyšetrením prsníkov / počet kapítovaných poistencov v súlade s náplňou preventívnej prehliadky

Preventívne prehliadky

$I_4$  = počet kapítovaných poistencov s vykonanou preventívnou prehliadkou / počet kapítovaných poistencov

Dostupnosť zdravotnej starostlivosti

$I_5$  = aspoň jeden lekár s úväzkom u Poskytovateľa najmenej 0,8 lekárskeho miesta a zároveň

Subjektívna spokojnosť

$I_6$  = najmenej 6 dotazníkov vyplnených Kapítovanými poistencami Poskytovateľa

Váhy a pásma pre jednotlivé parametre:

Názov parametra				$v_n$
	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	
Priemerný počet ošetrovaných poistencov za kalendárny mesiac	0%	100 %	100%	$v_1 = 25 \%$
Výšetrenia SValZ	100%	100 %	0%	$v_2 = 15 \%$
Prevenčia karcinómu prsníka	0 %	100 %	100%	$v_3 = 20\%$
Preventívne prehliadky	0%	100 %	100%	$v_4 = 10 \%$
Dostupnosť zdravotnej starostlivosti	neplní		plní	$v_5 = 15 \%$
	0%		100%	
Subjektívna spokojnosť	neplní		plní	$v_6 = 15 \%$
	0%		100%	

Hodnota HKK podľa bodu 11.7. Zmluvy

### Základ pre výpočet Dodatkovej kapitácie

Gynekológia a pôrodnictvo	hodnota v €
Základná hodnota	--
Zvýhodnená hodnota pri splnení podmienky: Prístrojové vybavenie	—
Zvýhodnená hodnota pri splnení: Podmienok pre vznik nároku na zvýhodnenú dodatkovú kapitáciu okrem podmienky Prístrojové vybavenie	

Zvýhodnená hodnota pri splnení:

Podmienok pre vznik nároku na zvýhodnenú dodatkovú kapitáciu vrátane podmienky Prístrojové vybavenie

**Podmienky pre vznik nároku na Zvýhodnenú hodnotu základu pre výpočet Dodatkovvej kapitácie**

*Názovpodmienky*

*Kritériápre splnenie podmienky*

E - recept

Zasielanie online preskripčných záznamov mesačne, najmenej 75% zo všetkých poskytovateľom v a lekárskech poukazov a aktívne využívanie elektronickej zdravotnej karty, liekovej knižky, alebo i

Poisťovňa je povinná vyhodnotiť následné splnenie podmienok a oznámiť Poskytovateľovi výšku základu pre výpočet Dodatkovvej kapitácie vždy najneskôr pred začiatkom tých dvoch kalendárnych štvrtí rokov, za ktoré bude Poskytovateľovi Dodatočná kapitácia patriť.

## Cenník výkonov

<i>Cena bodu hodnota v €</i>	<i>Základná cena</i>	<i>Zvýhodnená cena*</i>
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“, v ambulancii špecializačného odboru, pre ktorú nie je dohodnutý finančný objem v zmysle bodu 12.6. Zmluvy	0,008195	-
pri iných zdravotných výkonoch ako uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“, v ambulancii špecializačného odboru, pre ktorú nie je dohodnutý finančný objem v zmysle bodu 12.6. Zmluvy	0,022725	0,027614
pri zdravotnom výkone: 60 (42obodov)	0,026432	
pri zdravotných výkonoch: 62 (270 bodov); 63 (210 bodov)	0,022725	0,027614
pri zdravotnom výkone 15D (sobodov) - Zhodnotenie RTG dokumentácie, ak nie je vykonané pracoviskom RTG, vrátane popisu v zdravotnej dokumentácii, pre odbornosti: 003, 010, 011, 013, 014, 045,114,156,145,107,108	0,0193	
pri zdravotnom výkone 159c vykonanom lekárom so špecializáciou v špecializačnom odbore urológia	0,048972	--
pri zdravotných výkonoch vykonaných v rámci ústavnej pohotovostnej služby	-	-
pri zdravotných výkonoch: 5793, 5794, 5795 v špecializačnom odbore neurológia	0,012610	--

## Základný rozsah

<b>Základný rozsah na kalendárny polrok pre špecializačný odbor podľa bodu 13.11. Zmluvy</b>	<b>hodnota v bodoch</b>
(005201) - psychiatria	60 000

## Základný rozsah

<b>Základný rozsah na kalendárny polrok pre špecializačný odbor odo dňa účinnosti Zmluvy</b>	<b>hodnota v bodoch</b>
V prípade, ak zmluva začína a končí v priebehu kalendárneho polroka, použije sa pomerná časť. Pomerná časť sa uplatňuje aj pri zmene hodnoty v priebehu kalendárneho polroka.	
-	--

## Minimálna jednotková cena

<i>Minimálna jednotková cena podľa bodu 12.4. Zmluvy</i>	<i>hodnota v €</i>
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“	0,003319
pri iných zdravotných výkonoch ako uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“	0.003319

## Zoznam zdravotných výkonov, pri ktorých sa hodnotiaci koeficient rovná číslu „1“

Ultrazvukové vyšetrenia, ktoré tvoria náplň preventívnej gynekologickej prehliadky plne uhrádza z verejného zdravotného poistenia a Poskytovateľ ich vykonal na základe požiadavky lekára so špecializáciou v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodníctvo, ktorý vykonáva preventívnu gynekologickú prehliadku plne uhrádzanú z verejného zdravotného poistenia

Výkon: 159c, 689

### Finančný objem

Finančný objem	hodnota v €
podľa bodu 12.6. písm. a. Zmluvy	
podľa bodu 12.6. písm. b. Zmluvy	

### Zoznam zdravotných výkonov a iných nákladov, ktoré sa nezahŕňajú do finančného objemu podľa bodu 12.6. Zmluvy

Náklady na lieky, ktoré sú v Zozname liekov označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ a „AS“ pre stanovené finančné objemy podľa bodu 12.6. písm. a. Zmluvy

### Parametre Kvality a Inovácií

	Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
KVALITA	Subjektívna spokojnosť	I <sub>1</sub> = najmenej 6 dotazníkov vyplnených poistencami ošetrenými u Poskytovateľa
	Bezpečná medikácia	I <sub>2</sub> = najmenej jedno zobrazenie elektronickej liekovej knižky počas najmenej 90% ordinačných dní
INOVÁCIE	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 laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení odoslaných po zobrazení existujúcich žiadostí o vykonanie laboratórnych 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	
Subjektívna spokojnosť	0%	100 %	v <sub>1</sub> = 10 %
Bezpečná medikácia	0 %	100 %	v <sub>2</sub> = 15 %
e Recept	0%	100 %	v <sub>3</sub> = 10 %
eZúčtovanie	0%	100 %	v <sub>4</sub> = 10 %
eLab	0%	100%	v <sub>5</sub> = 15 %
NávrhyOnline	0 %	100 %	v <sub>6</sub> = 10 %

**Parametre Kvality a Inovácií\***

	Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
<b>KVALITA</b>	Subjektívna spokojnosť	I <sub>1</sub> = najmenej 6 dotazníkov vyplnených poistencami ošetrenými u Poskytovateľa
	Bezpečná medikácia	I <sub>2</sub> = najmenej jedno zobrazenie elektronickej liekovej knižky počas najmenej 90% ordinačných dní
	Štandard liečby HbA1c	I <sub>3</sub> = najmenej 90% pacientov v kmeni, ktorí majú za rok od poslednej návštevy u diabetológa aspoň ix odmeranú hladinu HbA1c
<b>INOVÁCIE</b>	eRecept	I <sub>4</sub> = najmenej 75% Liekov predpísaných Poskytovateľom elektronicke
	eZúčtovanie	I <sub>5</sub> = najmenej 75% zúčtovacích dokladov zasielaných a potvrdených elektronicke, a to prostredníctvom Elektronickej pobočky alebo zo softvéru Poskytovateľa
	eLab	I <sub>6</sub> = najmenej 75% elektronickej žiadostí o vykonanie laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení odoslaných po zobrazení existujúcich žiadostí o vykonanie laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení
	NávrhyOnline	I <sub>7</sub> = najmenej 10% návrhov na poskytnutie zdravotnej starostlivosti odoslaných elektronicke

Váhy pre jednotlivé parametre

Názov parametra	$h_n$		
	Neplní	plní	
Subjektívna spokojnosť	0%	100 %	$v_1 = 10\%$
Bezpečná medikácia	0%	100%	$v_2 = 5\%$
Štandard liečby HbA1c	0%	100 %	$v_3 = 10 \%$
eRecept	0%	100 %	$v_4 = 10 \%$
eZúčtovanie	0%	100%	$v_5 = 10 \%$
eLab	0%	100 %	$v_6 = 15\%$
NávrhyOnline	0%	100 %	$v_7 = 10 \%$

platí pre odbornosť 050 Diabetológia

Parametre Efektívnosti

8

Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
Kontakt	$I_1$ = počet ošetrení/počet unikátnych prepočítaných rodných čísiel (s výnimkou vybraných klinických výkonov a vstupných vyšetrení)
Náklady na pacienta	$I_2$ = náklady na vlastné a indukované (ŠAS aj SVALZ) vyšetrenia vrátane pripočítateľných položiek, okrem výkonov vykonaných v súvislosti s preventívnou prehliadkou, a náklady na predpísané a odporúčané lieky, zdravotnícke pomôcky, dietetické potraviny, okrem očkovacích látok, rizikové váženie podľa veku a pohlavia (s výnimkou 2% najdrahších)

váhy a pásma pre jednotlivé parametre

Názov parametra	$h_n$			
	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	
Kontakt	100 %	100%	0%	$v_1 = 10 \%$
Náklady na pacienta	100 %	100%	0%	$v_2 = 20 \%$

**Parametre Kvality a Inovácií**

**Názov parametra**

**Určenie hodnoty parametra**

**KVALITA**

eZúčtovanie

I<sub>j</sub> = najmenej 75% zúčtovacích dokladov zasielaných a potvrdených elektronic

**INOVÁCIE**

váhy pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h <sub>n</sub>		v <sub>n</sub>
	Neplní	Plní	
eZúčtovanie	0 %	100%	v <sub>j</sub> = 20 %

**Parametre Efektívnosti**

Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
Počet bodov na poistenca pri psychoterapii	I <sub>1</sub> = počet bodov vlastných zdravotných výkonov vykonaných bez objednania poskytovateľom špecializovanej ambulancie a objednaných pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti poistencom pri psychoterapii/ počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť
Počet bodov na poistenca pri psychodiagnostike	I <sub>2</sub> = počet bodov vlastných zdravotných výkonov vykonaných bez objednania poskytovateľom špecializovanej ambulancie a objednaných pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti poistencom pri psychodiagnostike/ počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť
Počet vyšetrení na jedného poistenca pri psychoterapii	I <sub>3</sub> = počet vyšetrení psychoterapie/ počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť pri psychoterapii
Počet vyšetrení na jedného poistenca pri psychodiagnostike	I <sub>4</sub> = počet vyšetrení psychodiagnostiky/ počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť pri psychodiagnostike

váhy a pásma pre jednotlivé parametre

Názov parametra	$h_n$			$v_n$
	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	
Počet bodov na poistenca pri psychoterapii	75%	100 %	0%	$v_1 = 25 \%$
Počet bodov na poistenca pri psychodiagnostike	75%	100 %	0 %	$v_2 = 15 \%$
Počet vyšetrení na jedného poistenca pri psychoterapii	100 %	100 %	0%	$v_3 = 25 \%$
Počet vyšetrení na jedného poistenca pri psychodiagnostike	100%	100 %	0 %	$v_4 = 15 \%$