



DODATOK číslo 52

K ZMLUVE O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI č. 75NSP1000317

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 vedenom Mestským súdom Bratislava III, 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:	Hornooravská nemocnica s poliklinikou Trstená
IČO / registračné číslo:	00634891
DIČ, IČ DPH:	2020573445, SK2020573445
Sídlo / Miesto trvalého pobytu:	MIERU 549/16, 028 01 TRSTENÁ
Zápis v registri (iba v prípade takéhoto zápisu):	MZ SR 1970/1991-A/VI-2
Bankové spojenie:	SK1381800000007000481117
Mená a funkcie konajúcich osôb:	MUDr. Marian Tholt - riaditeľ

(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.

II. OBSAH DODATKU

- 2.1. Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že článok VI. Zmluvy (VÝŠKA ÚHRADY ZA ZDRAVOTNÚ STAROSTLIVOSŤ V ŠPECIALIZAČNOM ODBORE VŠEOBECNÉ LEKÁRSTVO PRE DOSPELÝCH (VLD)) sa nahrádza novým znením nasledovne:

„VI. VÝŠKA ÚHRADY ZA ZDRAVOTNÚ STAROSTLIVOSŤ V 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., 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.). 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 Poistencu vo veku najmenej 18 rokov, s ktorým mal Poskytovateľ uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „Kapitovaný poistenec“) ktorá sa zapisuje do registra dohôd o poskytovaní zdravotnej starostlivosti vedeného národným centrom zdravotníckych informácií, v trvaní jedného kalendárneho mesiaca (ďalej aj len „dohoda ktorá sa zapisuje do registra“), 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“). V prípade, ak Poskytovateľ mal s Kapitovaným poistencom uzavretú dohodu, ktorá sa zapisuje do registra v trvaní menej ako jeden kalendárny mesiac, Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi iba pomernú časť Kapitácie s presnosťou na počet dní trvania dohody ktorá sa zapisuje do registra v príslušnom kalendárnom mesiaci. Pre vylúčenie pochybností Zmluvné strany konštatujú, že pri vyhodnocovaní splnenia nároku na úhradu Kapitácie sú pre Poisťovňu rozhodujúce údaje zapísané v registri dohôd v národnom zdravotníckom informačnom systéme.

6.3. 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. Neobsadenou ambulanciou sa na účely tejto Zmluvy rozumie ambulancia, na ktorú Poskytovateľ ukončil kód lekára a nenahlásil nový kód iného lekára.

6.4. 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 VLD;
- c. úhradu za zdravotné výkony, ktoré Poskytovateľ vykonal pomocou zdravotníckej techniky, ktorá netvorí povinné materiálne-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.

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

- a. Kapitovanému poistencovi ako zdravotný výkon, ktorý nie je podľa bodu 6.4. 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 VLD 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.

6.6. 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. 8 (Cenník VLD). 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 zákazníkovej linke Poisťovne.

6.7. Poskytovateľ berie na vedomie, že Poisťovňa bude pri úhrade zdravotnej starostlivosti pozostávajúcej z výkonov telemedicíny v zmysle bodu 6.6. 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 akej inej ako neodkladnej zdravotnej starostlivosti si Poskytovateľ overí prostredníctvom informačného systému Poskytovateľa, elektronickej pobočky Poisťovne, alebo na webovom sídle Poisťovne.“

- 2.2. Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že článok VII. Zmluvy (DODATKOVÁ KAPITÁCIA VLD) sa nahrádza novým znením nasledovne s výnimkou pôvodných bodov 7.12. až 7.13., ktoré sa náležite prečísľujú na body 7.17. až 7.18. vrátane odkazov v nich:

„VII. DODATKOVÁ KAPITÁCIA VLD

7.1. Poisťovňa 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“), ktorej hodnota je závislá od plnenia parametrov Kvality, Efektívnosti a Inovácií.

7.2. Parametre Kvality, Inovácií a Efektívnosti sú uvedené v zabezpečenej zóne Poskytovateľa na webovej stránke lekarom.dovera.sk (ďalej aj ako „Služba DôveraLekárom“).

7.3. Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že v prípade, ak Poisťovňa umožní výber alebo voľbu akéhokoľvek hodnotiaceho parametra v zabezpečenej zóne Poskytovateľa v Službe DôveraLekárom, Poskytovateľ má právo zvoliť si hodnotiaci parameter (ak je voľba možná), pričom zvolené parametre sa uplatnia pri najbližšom vyhodnotení parametrov kvality, efektívnosti a inovácií. Poisťovňa zverejní zoznam voliteľných hodnotiacich parametrov s ich popisom v Službe DôveraLekárom. Poisťovňa stanoví minimálny počet hodnotiacich parametrov v skupinách Kvality, Efektívnosti a Inovácií, ktoré budú vyhodnotené. Váhy zvolených hodnotiacich parametrov sú alikvótne prepočítané podľa váhy skupiny a počtu zvolených hodnotiacich parametrov.

7.4. Poisťovňa z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v Službe DôveraLekárom pre jednotlivé parametre Kvality a Inovácií.

7.5. Poisťovňa použije pre zistenie a výpočet hodnoty každého parametra uvedeného v Službe DôveraLekárom podľa bodu 7.4. Zmluvy obdobie, v ktorom sa vykonáva výpočet (ďalej len „Sledované obdobie“).

7.6. Poisťovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov, ktorý je uvedený v Službe DôveraLekárom podľa bodu 7.4. a 7.5. Zmluvy.

7.7. Poisťovňa vypočíta výsledné plnenie parametrov a určí Koeficient Kvality a Inovácií Poskytovateľa (ďalej aj „KKI“) podľa vzorca:

$$KI = h_1 \times v_1 + h_2 \times v_2 + \dots + h_n \times v_n$$

kde h_1 až n sú hodnoty parametra zistené zo Služby DôveraLekárom podľa bodu 5.6. Zmluvy,

a v1 až n sú váhy príslušného parametra uvedené v Službe DôveraLekárom, pričom váha každého parametra je určená alikvótno podľa počtu zvolených parametrov Kvality a Inovácií podľa bodu 7.6. Zmluvy.

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

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

ZvHDK znamená zvýhodnená hodnota Dodatkovkej kapitácie uvedená v Cenníku VLD

ZHDK znamená základná hodnota Dodatkovkej kapitácie uvedená v Cenníku VLD

7.9. Poistovňa z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v Službe DôveraLekárom pre jednotlivé parametre Efektívnosti.

7.10. Poistovňa použije pre zistenie a výpočet hodnoty každého parametra uvedeného v Službe DôveraLekárom podľa bodu 7.9 Zmluvy obdobie, v ktorom sa vykonáva výpočet (ďalej len „Sledované obdobie“).

7.11. Poistovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov, ktorý je uvedený v Službe DôveraLekárom podľa bodu 7.9. a 7.10. Zmluvy.

7.12. Poistovňa vypočíta Koefficient Efektívnosti Poskytovateľa (ďalej aj „KE“) podľa vzorca:

$$KE = h_1 \times v_1 + h_2 \times v_2 + \dots + h_n \times v_n,$$

kde h_1 až n sú hodnoty parametra zistené zo Služby DôveraLekárom podľa bodu 7.11. Zmluvy, a v_1 až n sú váhy príslušného parametra uvedené v Službe DôveraLekárom, pričom váha každého parametra je určená alikvótno podľa počtu zvolených parametrov Efektívnosti podľa bodu 7.11. Zmluvy.

7.13. Vzhľadom na to, Poistovňa sústavne vytvára podmienky na zvýšenie efektivity, kvality, dostupnosti a účelnosti zdravotnej starostlivosti poskytovanej jej Poistencom vrátane zlepšovania organizácie poskytovania zdravotnej starostlivosti, Poistovňa a Poskytovateľ sa môžu dohodnúť na účasti Poskytovateľa v niektorom z projektov Poistovne. V takom prípade môže Poistovňa priradiť v Službe DôveraLekárom Poskytovateľovi Projektové hodnotiace parametre, prípadne ich môže Poskytovateľovi sprístupniť pre účely výberu alebo voľby podľa bodu 7.3. Zmluvy.

7.14. V prípade, ak má Poskytovateľ v Službe DôveraLekárom priradené alebo zvolené Projektové hodnotiace parametre, Poistovňa z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v Službe DôveraLekárom pre jednotlivé Projektové hodnotiace parametre.

7.15. Poistovňa vypočíta Koefficient Projektových parametrov Poskytovateľa (ďalej aj „KPP“) podľa vzorca:

$$KPP = h_1 \times v_1 + h_2 \times v_2 + \dots + h_n \times v_n,$$

kde h_1 až n sú hodnoty parametra zistené zo Služby DôveraLekárom podľa bodu 7.14. Zmluvy, a v_1 až n sú váhy parametra uvedené v Službe DôveraLekárom podľa bodu 7.14. Zmluvy.

7.16. Výška Dodatkovkej kapitácie sa vypočíta ako násobok základu pre výpočet Dodatkovkej kapitácie podľa bodu 7.8. Zmluvy a Koefficientu Efektívnosti podľa bodu 7.12. Zmluvy. V prípade, ak má Poskytovateľ v Službe DôveraLekárom priradené alebo zvolené Projektové hodnotiace parametre, k výške Dodatkovkej kapitácie vypočítanej podľa predchádzajúcej vety sa pripočíta výsledok súčinu:

$$(ZvHDK - ZHDK) * KPP$$

Dodatková kapitácia sa zaokrúhli matematicky na šesť desatinných miest. Takto zistená Dodatková kapitácia patrí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti na obdobie uvedené v Službe DôveraLekárom. Poistovňa je povinná vypočítať a oznámiť Poskytovateľovi výšku Dodatkovkej kapitácie vždy najneskôr pred začiatkom obdobia, za ktoré bude Poskytovateľovi Dodatková kapitácia patriť.“

2.3. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že článok VIII. Zmluvy (VÝŠKA ÚHRADY ZA ZDRAVOTNÚ STAROSTLIVOSŤ V ŠPECIALIZAČNOM ODBORE VŠEOBECNÉ LEKÁRSTVO PRE DETI A DORAST (VLDD)) sa nahrádza novým znením nasledovne:

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

8.1. Poistovňa a Poskytovateľ sa v súlade so zákonom č. 18/1996 Z.z. o cenách v znení neskorších predpisov dohodli, že Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti úhradu podľa pravidiel uvedených v článku III., VIII. a IX. Zmluvy. Poskytovateľ berie na vedomie, že Zdravotná poistovňa 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 poistovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (v znení zákona č. 718/2004 Z.z.). Zdravotná poistovňa 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.

8.2. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za každého Poistenca do dovŕšenia 26. roku života, s ktorým mal Poskytovateľ uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „Kapitovaný poistenec“) ktorá sa zapisuje do registra dohôd o poskytovaní zdravotnej starostlivosti vedeného národným centrom zdravotníckych informácií, v trvaní jedného kalendárneho mesiaca (ďalej aj len „dohoda ktorá sa zapisuje do registra“), paušálnu mesačnú úhradu (ďalej len „Kapitácia“). Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli na výške Kapitácie tak, ako je uvedené v prílohe č. 9 Zmluvy (ďalej len „Cenník VLDD“). V prípade, ak Poskytovateľ mal s Kapitovaným poistencom uzavretú dohodu ktorá sa zapisuje do registra v trvaní menej ako jeden kalendárny mesiac, Poistovňa uhradí Poskytovateľovi iba pomernú časť Kapitácie s presnosťou na počet dní trvania dohody ktorá sa zapisuje do registra v príslušnom kalendárnom mesiaci. Pre vylúčenie pochybností Zmluvné strany konštatujú, že pri vyhodnocovaní splnenia nároku na úhradu Kapitácie sú pre Poistovňu rozhodujúce údaje zapísané v registri dohôd v národnom zdravotníckom informačnom systéme.

8.3. 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. Neobsadenou ambulanciou sa na účely tejto Zmluvy rozumie ambulancia, na ktorú Poskytovateľ ukončil kód lekára a nenahlásil nový kód iného lekára.

8.4. 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 poistovňou“. 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.

8.5. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi úhradu za zdravotnú starostlivosť, ktorú poskytol Kapitovanému poistencovi ako zdravotný výkon, ktorý nie je podľa bodu 8.4. 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.

8.6. Poistovnía uhradí Poskytovateľovi úhradu za iné náklady súvisiace s poskytnutou zdravotnou starostlivosťou, ktoré nie sú podľa bodu 8.4. Zmluvy zahrnuté v Kapitácii podľa Cenníka VLDD.

8.7. Poskytovateľ je po overení totožnosti a poistného vzťahu poistenca s Poistovníou oprávnený poskytovať poistencom Poistovne zdravotnú starostlivosť pozostávajúcu z výkonov telemedicíny, ktoré sú uvedené v prílohe č. 9 (Cenník VLDD). Poskytovateľ je pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti pozostávajúcej z výkonov telemedicíny povinný overiť totožnosť poistenca a jeho poistný vzťah s Poistovníou predovšetkým na základe rodného čísla a/alebo identifikačného čísla poistenca, prostredníctvom informačného systému Poskytovateľa, elektronickej pobočky Poistovne, na webovom sídle Poistovne, alebo telefonicky na zákazníckej linke Poistovne.

8.8. Poskytovateľ berie na vedomie, že Poistovnía bude pri úhrade zdravotnej starostlivosti pozostávajúcej z výkonov telemedicíny v zmysle bodu 8.7. 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 Poistovne, alebo na webovom sídle Poistovne.“

- 2.4. Poistovnía a Poskytovateľ sa dohodli, že článok IX. Zmluvy (ÚHRADA ZA VÝKONY VLDD) sa nahrádza novým znením nasledovne s výnimkou pôvodných bodov 9.13. až 9.15., ktoré sa náležite prečísľujú na body 9.16. až 9.18. vrátane odkazov v nich:

„IX. ÚHRADA ZA VÝKONY VLDD

9.1. Poistovnía sa za podmienok dohodnutých v tomto článku zaväzuje spolu s Kapitáciou uhradiť 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.

9.2. Parametre Kvality, Inovácií a Efektívnosti sú uvedené v zabezpečenej zóne Poskytovateľa na webovej stránke lekarom.dovera.sk (ďalej aj ako „Služba DôveraLekárom“).

9.3. Poistovnía a Poskytovateľ sa dohodli, že v prípade, ak Poistovnía umožní výber alebo voľbu akéhokoľvek hodnotiaceho parametra v zabezpečenej zóne Poskytovateľa v Službe DôveraLekárom, Poskytovateľ má právo zvoliť si hodnotiaci parameter (ak je voľba možná), pričom zvolené parametre sa uplatnia pri najbližšom vyhodnotení parametrov kvality, efektívnosti a inovácií. Poistovnía zverejní zoznam voliteľných hodnotiacich parametrov s ich popisom v Službe DôveraLekárom. Poistovnía stanoví minimálny počet hodnotiacich parametrov v skupinách Kvality, Efektívnosti a Inovácií, ktoré budú vyhodnotené. Váhy zvolených hodnotiacich parametrov sú alikvótne prepočítané podľa váhy skupiny a počtu zvolených hodnotiacich parametrov.

9.4. Poistovnía z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v Službe DôveraLekárom pre jednotlivé parametre Kvality, Inovácií a Efektívnosti.

9.5. Poistovnía použije pre zistenie a výpočet hodnoty každého parametra uvedeného v Službe DôveraLekárom podľa bodu 9.4. Zmluvy obdobie, v ktorom sa vykonáva výpočet (ďalej len „Sledované obdobie“).

9.6. Poistovnía zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov, ktorý je uvedený v Službe DôveraLekárom podľa bodu 9.4. a 9.5. Zmluvy.

9.7. Poistovnía vypočíta výsledné plnenie parametrov a určí Koeficient Kvality, Inovácií a Efektívnosti Poskytovateľa (ďalej aj „KKIE“) podľa vzorca:

$$KKIE = h_1 \times v_1 + h_2 \times v_2 + \dots + h_n \times v_n,$$

kde h_1 až n sú hodnoty parametra zistené zo Služby DôveraLekárom podľa bodu 9.6. Zmluvy,

a v_1 až n sú váhy príslušného parametra uvedené v Službe DôveraLekárom, pričom váha každého parametra je určená alikvótne podľa počtu zvolených parametrov Kvality, Inovácií a Efektívnosti podľa bodu 9.6. Zmluvy.

9.8. Výška úhrady za výkony sa vypočíta podľa nasledujúceho vzorca:

$$CV = (ZuCV - ZCV) * (KKIE) + ZCV, \text{ kde}$$

CV je výsledná cena výkonu

ZCV je základná cena výkonu

ZuCV je zvýhodnená cena výkonu

9.9. Vzhľadom na to, Poistovňa sústavne vytvára podmienky na zvýšenie efektivity, kvality, dostupnosti a účelnosti zdravotnej starostlivosti poskytovanej jej Poistencom vrátane zlepšovania organizácie poskytovania zdravotnej starostlivosti, Poistovňa a Poskytovateľ sa môžu dohodnúť na účasti Poskytovateľa v niektorom z projektov Poistovne. V takom prípade môže Poistovňa priradiť v Službe DôveraLekárom Poskytovateľovi Projektové hodnotiace parametre, prípadne ich môže Poskytovateľovi sprístupniť pre účely výberu alebo voľby podľa bodu 9.3. Zmluvy.

9.10. V prípade, ak má Poskytovateľ v Službe DôveraLekárom priradené alebo zvolené Projektové hodnotiace parametre, Poistovňa z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v Službe DôveraLekárom pre jednotlivé Projektové hodnotiace parametre.

9.11. Poistovňa vypočíta Koeficient Projektových parametrov Poskytovateľa (ďalej aj „KPP“) podľa vzorca:

$$KPP = h_1 \times v_1 + h_2 \times v_2 + \dots + h_n \times v_n,$$

kde h_1 až h_n sú hodnoty parametra zistené zo Služby DôveraLekárom podľa bodu 9.10. Zmluvy,

a v_1 až v_n sú váhy parametra uvedené v Službe DôveraLekárom podľa bodu 9.10. Zmluvy

9.12. V prípade, ak má Poskytovateľ v Službe DôveraLekárom priradené alebo zvolené Projektové hodnotiace parametre, k výške výslednej ceny výkonu vypočítanej podľa bodu 9.8. Zmluvy sa pripočíta výsledok súčinu:

$$(ZuCV - ZCV) * KPP$$

9.13. Výsledná cena sa zaokrúhli matematicky na dve desatinné miesta. Takto zistená výsledná cena výkonu patrí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti na obdobie uvedené v Službe DôveraLekárom. Poistovňa je povinná vypočítať a oznámiť Poskytovateľovi výslednú cenu výkonov vždy najneskôr pred začiatkom obdobia, za ktoré bude Poskytovateľovi výsledná cena výkonu patriť.

9.14. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že Poistovňa 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 nezahŕňa úhrada za výkony podľa bodu 9.17. 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, Poistovňa uhradí Poskytovateľovi sumu rovnajúcu sa dolnej hranici Finančného objemu. V prípade, ak Poskytovateľ poskytol Poistencom počas kalendárneho mesiaca zdravotnú starostlivosť v rozsahu vyššom ako je horná hranica Finančného objemu na kalendárny mesiac, Poistovňa uhradí Poskytovateľovi sumu rovnajúcu sa hornej hranici Finančného objemu.

9.15. Do skončenia toho kalendárneho polroka, v ktorom Zmluva nadobudla účinnosť v prvý deň kalendárneho polroka, sa uplatní ako Koeficient Kvality, Inovácií a Efektívnosti (KKIE) číslo uvedené podľa bodu 9.16. Zmluvy. V prípade, ak Zmluva nadobudne účinnosť neskôr ako prvým dňom daného kalendárneho polroka, uplatní sa ako Koeficient Kvality, Inovácií a Efektívnosti (KKIE) číslo uvedené podľa bodu 9.16. Zmluvy aj na nasledujúci kalendárny polrok, ak Poskytovateľ nemal pred účinnosťou Zmluvy uzatvorenú s Poistovňou zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s obdobným vecným rozsahom zdravotnej starostlivosti, aký sa dohodol v Zmluve.“

2.5. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že článok X. Zmluvy (VÝŠKA ÚHRADY ZA ZDRAVOTNÚ STAROSTLIVOSŤ V ŠPECIALIZAČNOM ODBORE GYNEKOLÓGIA A PÔRODNÍCTVO (GYN)) sa nahrádza novým znením nasledovne:

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

10.1. Poistovňa a Poskytovateľ sa v súlade so zákonom č. 18/1996 Z.z. o cenách v znení neskorších predpisov dohodli, že Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti úhradu podľa pravidiel uvedených v článku III., X., a XI. Zmluvy. Poskytovateľ berie na vedomie, že Zdravotná poistovňa 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 poistovňa 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. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za každého Poistenca vo veku najmenej 15 rokov, s ktorým mal Poskytovateľ uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „Kapitovaný poistenec“) ktorá sa zapisuje do registra dohôd o poskytovaní zdravotnej starostlivosti vedeného národným centrom zdravotníckych informácií, v trvaní jedného kalendárneho mesiaca (ďalej aj len „dohoda ktorá sa zapisuje do registra“), paušálnu mesačnú úhradu (ďalej len „Kapitácia“). Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli na výške Kapitácie tak, ako je uvedené v prílohe č. 10 Zmluvy (ďalej len „Cenník GYN“). V prípade, ak Poskytovateľ mal s Kapitovaným poistencom uzavretú dohodu ktorá sa zapisuje do registra v trvaní menej ako jeden kalendárny mesiac, Poistovňa uhradí Poskytovateľovi iba pomernú časť Kapitácie s presnosťou na počet dní trvania dohody ktorá sa zapisuje do registra v príslušnom kalendárnom mesiaci. Pre vylúčenie pochybností Zmluvné strany konštatujú, že pri vyhodnocovaní splnenia nároku na úhradu Kapitácie sú pre Poistovňu rozhodujúce údaje zapísané v registri dohôd v národnom zdravotníckom informačnom systéme.

10.3. 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. Neobsadenou ambulanciou sa na účely tejto Zmluvy rozumie ambulancia, na ktorú Poskytovateľ ukončil kód lekára a nenahlásil nový kód iného lekára.

10.4. 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 poistovňou“. 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 II.);
- d. iné náklady a zdravotné výkony, pokiaľ to vyplýva zo všeobecne záväzných právnych predpisov alebo z Cenníka GYN.

10.5. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi úhradu za zdravotnú starostlivosť, ktorú poskytol:

- a. Kapitovanému poistencovi ako zdravotný výkon, ktorý nie je podľa bodu 10.4. 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.

10.6. Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že Poskytovateľ poskytne zdravotnú starostlivosť podľa bodu 10.5. 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 10.7. až 10.9. Zmluvy nevyplyva vyššia hodnota Finančného objemu. Finančný objem je dohodnutý na kalendárny mesiac. Do Finančného objemu sa nezahrňa zdravotná starostlivosť poskytnutá pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia a zdravotné výkony a iné náklady uvedené v Cenníku GYN.

10.7. 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).

10.8. 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“) Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi v nasledujúcich kalendárnych mesiacoch, v ktorých Poskytovateľ Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 10.7. Zmluvy) nedočerpá.

10.9. Poskytovateľ berie na vedomie, že Poisťovňa pri úhrade Prečerpania objemu postupuje tak, aby celková výška úhrady za zdravotnú starostlivosť podľa bodu 10.6. Zmluvy v kalendárnom mesiaci nepresiahla Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 10.7. Zmluvy). Poskytovateľ ďalej berie na vedomie, že zvýšenie Finančného objemu o nedočerpaný Finančný objem podľa bodu 10.7. Zmluvy a úhrada Prečerpania objemu podľa bodu 10.8. Zmluvy sú možné len v rámci jedného kalendárneho roka, a to toho kalendárneho roka, v ktorom Poskytovateľ Finančný objem nedočerpal alebo prečerpal.

10.10. 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. 10 (Cenník GYN). 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.

10.11. Poskytovateľ berie na vedomie, že Poisťovňa bude pri úhrade zdravotnej starostlivosti pozostávajúcej z výkonov telemedicíny v zmysle bodu 10.10. 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.

- 2.6. Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že článok XI. Zmluvy (DODATKOVÁ KAPITÁCIA GYN) sa nahrádza novým znením nasledovne:

„XI. DODATKOVÁ KAPITÁCIA GYN

11.1. Poisťovňa 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“), ktorej hodnota je závislá od plnenia parametrov Kvality, Efektívnosti a Inovácií.

11.2. Parametre Kvality, Inovácií a Efektívnosti sú uvedené v zabezpečenej zóne Poskytovateľa na webovej stránke lekarom.dovera.sk (ďalej aj ako „Služba DôveraLekárom“).

11.3. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že v prípade, ak Poistovňa umožní výber alebo voľbu akéhokoľvek hodnotiaceho parametra v zabezpečenej zóne Poskytovateľa v Službe DôveraLekárom, Poskytovateľ má právo zvoliť si hodnotiaci parameter (ak je voľba možná), pričom zvolené parametre sa uplatnia pri najbližšom vyhodnotení parametrov kvality, efektívnosti a inovácií. Poistovňa zverejní zoznam voliteľných hodnotiacich parametrov s ich popisom v Službe DôveraLekárom. Poistovňa stanoví minimálny počet hodnotiacich parametrov v skupinách Kvality, Efektívnosti a Inovácií, ktoré budú vyhodnotené. Váhy zvolených hodnotiacich parametrov sú alikvótné prepočítané podľa váhy skupiny a počtu zvolených hodnotiacich parametrov.

11.4. Poistovňa z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v Službe DôveraLekárom pre jednotlivé parametre Kvality, Inovácií a Efektívnosti.

11.5. Poistovňa použije pre zistenie a výpočet hodnoty každého parametra uvedeného v Službe DôveraLekárom podľa bodu 11.4. Zmluvy obdobie, v ktorom sa vykonáva výpočet (ďalej len „Sledované obdobie“).

11.6. Poistovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov, ktorý je uvedený v Službe DôveraLekárom podľa bodu 11.4. a 11.5. Zmluvy.

11.7. Poistovňa vypočíta výsledné plnenie parametrov a určí Koeficient Kvality, Inovácií a Efektívnosti Poskytovateľa (ďalej aj „KKIE“) podľa vzorca:

$$KKIE = h_1 \times v_1 + h_2 \times v_2 + \dots + h_n \times v_n,$$

kde h_1 až n sú hodnoty parametra zistené zo Služby DôveraLekárom podľa bodu 11.6. Zmluvy,

a v_1 až n sú váhy príslušného parametra uvedené v Službe DôveraLekárom, pričom váha každého parametra je určená alikvótno podľa počtu zvolených parametrov Kvality, Inovácií a Efektívnosti podľa bodu 11.6. Zmluvy.

11.8. Vzhľadom na to, Poistovňa sústavne vytvára podmienky na zvýšenie efektivity, kvality, dostupnosti a účelnosti zdravotnej starostlivosti poskytovanej jej Poistencom vrátane zlepšovania organizácie poskytovania zdravotnej starostlivosti, Poistovňa a Poskytovateľ sa môžu dohodnúť na účasti Poskytovateľa v niektorom z projektov Poistovne. V takom prípade môže Poistovňa priradiť v Službe DôveraLekárom Poskytovateľovi Projektové hodnotiace parametre, prípadne ich môže Poskytovateľovi sprístupniť pre účely výberu alebo voľby podľa bodu 11.3. Zmluvy.

11.9. V prípade, ak má Poskytovateľ v Službe DôveraLekárom priradené alebo zvolené Projektové hodnotiace parametre, Poistovňa z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v Službe DôveraLekárom pre jednotlivé Projektové hodnotiace parametre.

11.10. Poistovňa vypočíta Koeficient Projektových parametrov Poskytovateľa (ďalej aj „KPP“) podľa vzorca:

$$KPP = h_1 \times v_1 + h_2 \times v_2 + \dots + h_n \times v_n,$$

kde h_1 až n sú hodnoty parametra zistené zo Služby DôveraLekárom podľa bodu 11.9. Zmluvy, a v_1 až n sú váhy parametra uvedené v Službe DôveraLekárom podľa bodu 11.9. Zmluvy

11.11. Výška Dodatkovkej kapitácie sa vypočíta ako násobok základu pre výpočet Dodatkovkej kapitácie uvedeného v Cenníku GYN a KKIE podľa bodu 11.7. Zmluvy. V prípade, ak má Poskytovateľ v Službe DôveraLekárom priradené alebo zvolené Projektové hodnotiace parametre, k výške Dodatkovkej kapitácie vypočítanej podľa predchádzajúcej vety sa pripočíta výsledok súčinu:

$$\text{Základ pre výpočet Dodatkovkej kapitácie} \times KPP$$

Dodatková kapitácia sa zaokrúhli matematicky na šesť desatinných miest. Takto zistená Dodatková kapitácia patrí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti na obdobie uvedené v Službe DôveraLekárom. Poistovňa je povinná vypočítať a oznámiť Poskytovateľovi

výšku Dodatkovej kapitácie vždy najneskôr pred začiatkom obdobia, za ktoré bude Poskytovateľovi Dodatková kapitácia patriť.

11.12. Do skončenia toho kalendárneho polroka, v ktorom Zmluva nadobudla účinnosť v prvý deň kalendárneho polroka, sa použije KKIE uvedené v bode 11.13. Zmluvy. V prípade, ak Zmluva nadobudne účinnosť neskôr ako prvým dňom daného kalendárneho polroka, KKIE 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 Poistovňou zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s obdobným vecným rozsahom zdravotnej starostlivosti, aký sa dohodol v Zmluve.

11.13. Zmluvné strany sa dohodli, že v prechodnom období podľa bodu 11.12. Zmluvy sa uplatní Koeficient Kvality, Inovácií a Efektívnosti (KKIE) a základ pre výpočet Dodatkovej kapitácie dohodnutý v Zmluve.“

- 2.7. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že článok XIII. Zmluvy (HODNOTIACI KOEFICIENT) sa nahrádza novým znením nasledovne s výnimkou pôvodného bodu 13.12., ktorý sa náležite prečísľuje na bod 13.14. vrátane odkazov v ňom:

„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. Parametre Kvality, Inovácií a Efektívnosti sú uvedené v zabezpečenej zóne Poskytovateľa na webovej stránke lekarom.dovera.sk (ďalej aj ako „Služba DôveraLekárom“).

13.3. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že v prípade, ak Poistovňa umožní výber alebo voľbu akéhokoľvek hodnotiaceho parametra v zabezpečenej zóne Poskytovateľa v Službe DôveraLekárom, Poskytovateľ má právo zvoliť si hodnotiaci parameter (ak je voľba možná), pričom zvolené parametre sa uplatnia pri najbližšom vyhodnotení parametrov kvality, efektívnosti a inovácií. Poistovňa zverejní zoznam voliteľných hodnotiacich parametrov s ich popisom v Službe DôveraLekárom. Poistovňa stanoví minimálny počet hodnotiacich parametrov v skupinách Kvality, Efektívnosti a Inovácií, ktoré budú vyhodnotené. Váhy zvolených hodnotiacich parametrov sú alikvótne prepočítané podľa váhy skupiny a počtu zvolených hodnotiacich parametrov

13.4. Poistovňa z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v Službe DôveraLekárom pre jednotlivé parametre Kvality, Inovácií a Efektívnosti, s výnimkou vybraných SVLZ pracovísk a špecializačného odboru zubné lekárstvo, pre ktoré sú jednotlivé parametre spolu s prislúchajúcimi váhami uvedené v prílohe č. 10 Zmluvy.

13.5. Poistovňa použije pre zistenie a výpočet hodnoty každého parametra uvedeného v Službe DôveraLekárom podľa bodu 13.4. Zmluvy obdobie, v ktorom sa vykonáva výpočet (ďalej len „Sledované obdobie“).

13.6. Poistovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov, ktorý je uvedený v Službe DôveraLekárom podľa bodu 13.4. a 13.5. Zmluvy.

13.7. Poistovňa vypočíta výsledné plnenie parametrov a určí Koeficient Kvality, Inovácií a Efektívnosti Poskytovateľa (ďalej aj „KKIE“) podľa vzorca:

$$KKIE = h_1 \times v_1 + h_2 \times v_2 + \dots + h_n \times v_n,$$

kde h_1 až n sú hodnoty parametra zistené zo Služby DôveraLekárom podľa bodu 13.6. Zmluvy,

a v_1 až n sú váhy príslušného parametra uvedené v Službe DôveraLekárom, pričom váha každého parametra je určená alikvótne podľa počtu zvolených parametrov Kvality, Inovácií a Efektívnosti podľa bodu 13.6. Zmluvy.

13.8. Výška ceny bodu sa vypočíta podľa nasledujúceho vzorca

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

CB je výsledná cena bodu

ZCB je základná cena bodu

ZvCB je zvýhodnená cena bodu

13.9. Vzhľadom na to, Poistovňa sústavne vytvára podmienky na zvýšenie efektivity, kvality, dostupnosti a účelnosti zdravotnej starostlivosti poskytovanej jej Poistencom vrátane zlepšovania organizácie poskytovania zdravotnej starostlivosti, Poistovňa a Poskytovateľ sa môžu dohodnúť na účasti Poskytovateľa v niektorom z projektov Poistovne. V takom prípade môže Poistovňa priradiť v Službe DôveraLekárom Poskytovateľovi Projektové hodnotiace parametre, prípadne ich môže Poskytovateľovi sprístupniť pre účely výberu alebo voľby podľa bodu 13.3. Zmluvy.

13.10. V prípade, ak má Poskytovateľ v Službe DôveraLekárom priradené alebo zvolené Projektové hodnotiace parametre, Poistovňa z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v Službe DôveraLekárom pre jednotlivé Projektové hodnotiace parametre.

13.11. Poistovňa vypočíta Koefficient Projektových parametrov Poskytovateľa (ďalej aj „KPP“) podľa vzorca:

$$KPP = h_1 \times v_1 + h_2 \times v_2 + \dots + h_n \times v_n,$$

kde h_1 až h_n sú hodnoty parametra zistené zo Služby DôveraLekárom podľa bodu 13.10. Zmluvy,

a v_1 až v_n sú váhy parametra uvedené v Službe DôveraLekárom podľa bodu 13.10. Zmluvy

13.12. V prípade, ak má Poskytovateľ v Službe DôveraLekárom priradené alebo zvolené Projektové hodnotiace parametre, k výške výslednej ceny bodu vypočítanej podľa bodu 13.8. Zmluvy sa pripočíta výsledok súčinu:

$$(ZvCB - ZCB) \times KPP$$

13.13. Výsledná cena sa zaokrúhli matematicky na šesť desatinných miest. Takto zistená výsledná cena bodu patrí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti na obdobie uvedené v Službe DôveraLekárom. Poistovňa je povinná vypočítať a oznámiť Poskytovateľovi výslednú cenu bodu vždy najneskôr pred začiatkom obdobia, za ktoré bude Poskytovateľovi výsledná cena výkonu patriť. V prípade, ak priemerný počet vykázaných bodov na jedného ošetrovaného Poistenca počas sledovaného obdobia vzrastie o viac ako 20% v porovnaní s predchádzajúcim sledovaným obdobím, uplatní sa u Poskytovateľa základná cena bodu.“

2.8. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že do článku XVIII. Zmluvy (ELEKTRONICKÁ KOMUNIKÁCIA) sa dopĺňa nasledovný bod:

„18.12. Poskytovateľ berie na vedomie, že Poistovňa je oprávnená kontaktné údaje Poskytovateľa (t.j. názov poskytovateľa, adresa, e-mail, telefonický kontakt) a ordinačné hodiny, ktoré má Poistovňa k dispozícii od Poskytovateľa alebo od vyššieho územného celku, zverejňovať vo svojich digitálnych kanáloch, najmä mobilnej aplikácii a na webovej stránke, a to pre účely informovania a poradenstva poistencom Poistovne.“

2.9. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že bod 21.6. Zmluvy sa nahrádza novým znením nasledovne:

„21.6. Neoddeliteľnou súčasťou tejto Zmluvy je:

- a. príloha č. 1, ktorá obsahuje Zoznam špecializačných odborov a medicínskych programov podľa bodu 3.3. Zmluvy;
- b. príloha č. 2, ktorá obsahuje kritériá na uzatvorenie zmluvy podľa bodu 2.1. Zmluvy;
- c. príloha č. 3, ktorá obsahuje vzory formulárov preukazujúcich vykonanie preventívnych prehliadok podľa bodu 3.3. písm. c. Zmluvy;
- d. príloha č. 4, ktorá obsahuje zoznam zdravotníckej techniky a zoznam zdravotných výkonov podľa bodu 3.5. Zmluvy;
- e. príloha č. 5, ktorá obsahuje zoznam špecializovaných nemocníc a liečební a vzor žiadosti o ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti podľa bodu 3.8. Zmluvy;
- f. príloha č. 6, obsahuje Zoznam kategorizovaného materiálu bodu podľa bodu 5.6. Zmluvy;
- g. príloha č. 7, ktorá obsahuje ceny a spôsob vykazovania výkonov hyperbarickej oxygenoterapie, stereorádiokirurgie a pozitronovej emisnej tomografie podľa bodu 5.7. Zmluvy;

- h. príloha č. 8 (Cenník VLD), ktorá obsahuje výšku Kapitácie podľa bodu 6.2. Zmluvy, zoznam zdravotných výkonov a iných nákladov, ktoré podľa bodu 6.4. Zmluvy nie sú zahrnuté v Kapitácii a výšku Dodatkovej kapitácie podľa článku VII. 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 8.4. 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 10.4. Zmluvy nie sú zahrnuté v Kapitácii, a tabuľku pre výpočet Dodatkovej kapitácie podľa článku XI. Zmluvy;
- k. príloha č. 11 (Cenník výkonov), ktorá obsahuje výšku jednotkovej ceny bodu podľa bodu 12.2. Zmluvy a zoznam zdravotných výkonov podľa bodu 12.3. Zmluvy, výšku Finančného objemu podľa bodu 12.5. Zmluvy a tabuľky s parametrami Kvality, Efektívnosti a Inovácií pre vybrané SVLZ pracovísk. Zmluvy, výšku úhrady za výkony dialýzy v dialyzačnom centre podľa bodu 12.10. Zmluvy; tabuľky s parametrami Kvality, Efektívnosti a Inovácií;
- l. príloha č. 12, (Cenník hospitalizácií), ktorá obsahuje úhrady podľa bodu 14.1. Zmluvy, sumy podľa bodu 14.2. Zmluvy, paušálny príplatok podľa bodu 14.3. Zmluvy, výšky úhrady podľa bodu 14.8. Zmluvy a Finančný objem podľa bodu 14. 10. Zmluvy;
- m. príloha č. 13, ktorá obsahuje zoznam relatívnych váh pre DRG skupiny, ktorých relatívna váha nie je určená v Katalógu prípadových paušálov;
- n. príloha č. 14, ktorá obsahuje Výpočet koeficientu a určenie parametrov podľa bodu 15.4. Zmluvy;
- o. Príloha č.15, ktorá obsahuje Vybrané hospitalizačné prípady, uhrádzané spôsobom podľa bodu 15.16. Zmluvy;
- p. Príloha č.16 ktorá obsahuje Vybrané hospitalizačné prípady, uhrádzané spôsobom podľa bodu 15.17. Zmluvy
- q. príloha č. 18 (Zoznam pripočítateľných položiek typu B), ktorá určuje Zoznam pripočítateľných položiek typu B a maximálnu cenu podľa bodu 15.15 . Zmluvy;“

- 2.10. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že Príloha č. 9 (Cenník VLDD) sa nahrádza novou Prílohou č. 9 (Cenník VLDD) tak, ako je uvedené v prílohe Dodatku.
- 2.11. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že Príloha č. 10 (Cenník GYN) sa nahrádza novou Prílohou č. 10 (Cenník GYN) tak, ako je uvedené v prílohe Dodatku.
- 2.12. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že Príloha č. 11 (Cenník výkonov) sa nahrádza novou Prílohou č. 11 (Cenník výkonov) tak, ako je uvedené v prílohe Dodatku.
- 2.13. Ostatné ustanovenia Zmluvy nie sú týmto Dodatkom dotknuté.

III. ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA

- 3.1. Dodatok nadobúda účinnosť nasledujúcim dňom po jeho zverejnení na webovom sídle Poistovne. V prípade, že má zákonom uloženú povinnosť zverejniť Dodatok aj Poskytovateľ, Dodatok nadobúda účinnosť nasledujúcim dňom po zverejnení Dodatku oboma zmluvnými stranami; pre určenie účinnosti Dodatku je rozhodujúci okamih, kedy si povinnosť zverejniť Dodatok splní v poradí prvá zmluvná strana. Poistovňa a Poskytovateľ sa zaväzujú pristúpiť k uzavretiu Dodatku tak, aby nadobudol účinnosť **k 01.07.2026**.
- 3.2. V prípade, ak dôjde k zverejneniu Dodatku neskôr a tým nadobudne účinnosť po 01.07.2026 Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli a berú na vedomie, že pre prípad potreby zachovania kontinuity poskytovania a úhrady zdravotnej starostlivosti poistencom Poistovne bude zdravotná starostlivosť poskytnutá Poskytovateľom v čase od 01.07.2026 do nadobudnutia účinnosti tohto Dodatku uhradená v súlade s týmto Dodatkom.

3.3. Poistovňa aj Poskytovateľ vyhlasujú, že si Dodatok prečítali, jeho obsahu porozumeli a na znak toho, že obsah Dodatku zodpovedá ich skutočnej a slobodnej vôli, tento Dodatok podpísali.

V Žiline, dňa 30. júna 2026

DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s.
Ing. Božena Holbičková
regionálna riaditeľka nákupu ZS

Hornooravská nemocnica s poliklinikou
Trstená
MUDr. Marian Tholt
riaditeľ

Cenník VLDD

Výška kapitácie

Označenie	Hodnota v €
Kapitácia za jedného Kapitovaného poistenca	do dovŕšenia 1. roku života
	13,27
	od 1 roku veku do dovŕšenia 2. roku života
	13,86
	od 2 roku veku do dovŕšenia 7. roku života
	8,90
	od 7 rokov veku do dovŕšenia 19. roku života
	5,40
	od 19 rokov veku do dovŕšenia 26. roku života*
	3,40

*Pozn.: Vekové pásmo platí pre lekára so špecializáciou v špecializačnom odbore dorastové lekárstvo alebo pre certifikovanú pracovnú činnosť dorastového.

Jednotková cena bodu

Cena bodu	Hodnota v €
pri zdravotných výkonoch vykonaných pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia: 143, 143a, 144, 145, 145a, 146, 146a, 146b, 146c, 148, 148a, 148b, 148c, 149, 149a, 149b, 149d, 149f (poskytnutý držiteľovi preukazu ZŤP), 159b, 950, 953, 159a, 159x(počet bodov 180), 159z(počet bodov 180), 160 (počet bodov 390)	0,088200
pri zdravotných výkonoch vykonaných pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia: 142	0,115708
pri výkone očkovania: 252a, 252b, ktorý nie je zahrnutý v kapitácii	0,094500
pri výkone 67 - (počet bodov 100) – príplatok pri sťaženom výkone do dovŕšenia piateho roku života pri výkone očkovania nutná kombinácia s výkonom 252a, 252b	0,052500

Výkony Telemedicíny

Výkon	Cena bodu v €
1b - Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky (160 bodov)* Popis výkonu (ďalej len „výkon“): Konzultácia s pacientom prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky obsahuje: • 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 odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára	0,027

- poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie Vykazovanie zdravotného výkonu: - 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 odporúčení 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; Vykonávanie výkonu: - výkon vykonáva lekár, klinický psychológ	
11a - Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor) (210 bodov)* Popis výkonu (ďalej len „výkon“): Konzultácia s pacientom prostredníctvom doložiteľnej elektronickej komunikácie (webová aplikácia, videohovor) v online prostredí, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie, realizáciu fotografií pacienta / vyšetřovaného orgánu pre pridanie do zdravotnej dokumentácie a obsahuje: - 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 vyšetřenie, - poučenie pacienta, - diagnostický záver - určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára. Vykazovanie zdravotného výkonu: - výkon sa vykazuje ako komplexná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetřenia - 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 odporúčení 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 Vykonávanie výkonu: - výkon vykonáva lekár	0,027
70 - Opätovné lekárske vystavenie receptov a (alebo) poukazov (40 bodov) Popis výkonu(ďalej len „výkon“): - Vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronicou formou pre lieky/ zdravotné pomôcky, ktoré pacient užíva dlhšie ako 3 mesiace a nebola realizovaná zmena dávkovania lieku Vykazovanie výkonu: - výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetřenia pacienta	0,027

- 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 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 Vyказuje sa samostatne, najviac 1x za deň, bez ohľadu na počet vystavených receptov a/alebo poukazov. Vykonávanie zdravotného výkonu: - výkon vykonáva lekár	
--	--

*Pozn.: *Maximálny pomer výkonov **1b+11a** k počtu kapitovaných poistencov Poistovne je stanovený na **0,20**. V prípade, ak poskytovateľ zdravotnej starostlivosti tento pomer prekročí, Zdravotná poisťovňa môže uplatniť limitáciu pri úhrade výkonov na maximálny stanovený pomer. Pre výpočet pomeru bude smerodajný počet kapitovaných poistencov k poslednému dňu predchádzajúceho kalendárneho mesiaca.*

Finančný objem

Finančný objem na kalendárny mesiac podľa bodu 9.12. Zmluvy	Dolná hranica	Horná hranica
	41,- €	429,- €

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 9.14. Zmluvy
Výkony, ktoré Poskytovateľ vykonal pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia
Náklady na lieky, ktoré sú v Zozname liekov označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“, „AS“
Výkon očkovania 252a, 252b, 67
Pripočítateľné položky k výkonu 8 alebo 4
Výkony 8, 4, 1, 250 vykázané pri zastupovaní iného poskytovateľa
Výkony, ktoré Poskytovateľ vykonal pre nekapitovaného poistenca podľa bodu 9.17 b) a c)
Výkony Telemedicíny

Výkony podľa článku VIII. Zmluvy		
8	Výšetrenie všeobecným lekárom I	Komplexné vstupné vyšetrenie pacienta pri prevzatí do starostlivosti, alebo cielečné vyšetrenie osoby s akútnou chorobou alebo s akútnou exacerbáciou chronického ochorenia bez odoslania pacienta k špecialistovi, alebo predoperačné vyšetrenie.

		V prípade potreby vyšetrenia C-reaktívny proteín, sa toto vykazuje ako pripočítateľná položka k výkonu pod kódom "4571a"
4	Vyšetrenie všeobecným lekárom II	Cielené vyšetrenie pacienta s akútnou chorobou alebo s akútnou exacerbáciou chronického ochorenia s odoslaním pacienta k špecialistovi, alebo kontrolné vyšetrenie pacienta. V prípade potreby vyšetrenia C-reaktívny proteín, sa toto vykazuje ako pripočítateľná položka k výkonu pod kódom "4571a".
1	Vyhodnotenie sprievodnej zdravotnej dokumentácie, konzultácie.	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 telefonickej konzultácie.
250	Odbery, merania, injekcie, infúzie a ošetrovania v ambulancii všeobecného lekára pre deti a dospelých	Odmeranie krvného tlaku manuálnym alebo automatickým manžetovým manometrom a odmeranie pulzovej frekvencie. Odmeranie telesnej teploty teplomerom. Meranie, váženie, meranie obvodu brucha a končatín. Odobratie venózneho vzorky 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. Lokálna aplikácia masti, pást alebo roztokov na kožu alebo sliznice. 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. Edukácia rodičov a dieťaťa alebo osôb, ktorým je dieťa zverené do starostlivosti o ošetrovaní chorého dieťaťa alebo adolescenta v domácom prostredí. Aseptická príprava infúznej zmesi zmiešaním. Podávanie injekcií a infúzií. Kontrola miesta vpichu, funkčnosti katétra, výmena filtra, vrátane fixácie a preväzu. Preplach permanentného močového katétra, kontrola jeho funkčnosti, starostlivosť o jeho okolie. Dezinfekcia okolia, vyplnenie nerovnosti, výmena stomického setu, edukácia. Odborný nácvik potrebných výkonov pri ošetrovaní chorého v domácnosti.

Pozn.: *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 VIII. Zmluvy pre kapitovaných poistencov a pri zastupovaní iného poskytovateľa

<i>Výkon</i>	<i>Základná cena (ZC) v €</i>	<i>Zvýhodnená cena (ZvC) v €</i>
8	3,97	8,85
4	2,97	6,24
1	0,80	1,67
250	1,19	2,47

Cena výkonov podľa článku VIII. Zmluvy pre nekapitovaných poistencov

<i>Výkon</i>	<i>Cena v €</i>
8	12,26
4	8,63

Pripočítateľné položky k výkonom

Pripočítateľná položka „4571a“ k výkonom 8 a 4 za spotrebovaný materiál pri výkone C – reaktívny proteín pre kapitovaných poistencov	5,65 €
--	--------

Cenník GYN

Výška kapitácie

Označenie	Hodnota v €
Kapitácia za jedného Kapitovaného poistenca pri špecializovanej ambulantnej starostlivosti v špecializačnom odbore „gynekológia a pôrodnictvo“	2,14

Jednotková cena bodu

Cena bodu	Hodnota v €
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“	0,009030
pri iných zdravotných výkonoch ako uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“	0,023193
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), 1070 (nutná kombinácia s výkonom 157)	0,088200
pri zdravotnom výkone 297 (50b) pri populačnom skríningu (vykazovanie s Dg. Z12.4; rovnaká diagnóza sa uvedie aj na žiadanke o cytologické vyšetrenie)	0,088200
pri zdravotnom výkone 297 (50b) pri oportúnnom skríningu (Dg. Z01.4; rovnaká diagnóza sa uvedie aj na žiadanke o cytologické vyšetrenie)	0,088200
pri výkone očkovania: 252b, ktorý nie je zahrnutý v kapitácii	0,088200
pri zdravotných výkonoch: 5303, 5305, 5308	0,009745
pri neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnutej inému ako Kapitovanému poistencovi pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“	0,009030
pri neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnutej inému ako Kapitovanému poistencovi pri iných zdravotných výkonoch ako uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“	0,024122

Výkony Telemedicíny

Výkon	Cena bodu v €
1b - Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky (160 bodov) Popis výkonu (ďalej len „výkon“): Konzultácia s pacientom prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky obsahuje: • cielenú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly, vo vzťahu k jednému orgánovému systému • popis subjektívnych ťažkostí,	0,027

• 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 odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára • poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie Vykazovanie zdravotného výkonu: • 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 odporúčení 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; Vykonávanie výkonu: • výkon vykonáva lekár, klinický psychológ	
11a - Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor) (210 bodov) 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: • ciele anamnézy, 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 odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára. Vykazovanie zdravotného výkonu: • 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 odporúčení 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 Vykonávanie výkonu: • výkon vykonáva lekár	0,027

70 - Opätovné lekárske vystavenie receptov a (alebo) poukazov (40 bodov) Popis výkonu(ďalej len „výkon“): - Vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronickou formou pre lieky/ zdravotné pomôcky, ktoré pacient užíva dlhšie ako 3 mesiace a nebola realizovaná zmena dávkovania lieku Vykazovanie výkonu: - 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 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 Vykazuje sa samostatne, najviac 1x za deň, bez ohľadu na počet vystavených receptov a/alebo poukazov. Vykonávanie zdravotného výkonu: - výkon vykonáva lekár	0,027
--	-------

Finančný objem

Finančný objem na kalendárny mesiac podľa bodu 10.6. Zmluvy	150,- €
---	---------

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 10.6. Zmluvy
Náklady na lieky, ktoré sú v Zozname liekov označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“, „AS“
Výkony, ktoré Poskytovateľ vykonal pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia, výkony vykonané v súvislosti s populačným a oportúnnym skríningom
Výkony Telemedicíny

Základ pre výpočet Dodatkovej kapitácie

<i>Gynekológia a pôrodnictvo</i>	<i>Hodnota v €</i>
Základná hodnota	0,197022
Zvýhodnená hodnota pri splnení podmienky: Prístrojové vybavenie	0,203661
Zvýhodnená hodnota pri splnení: Podmienok pre vznik nároku na zvýhodnenú dodatkovú kapitáciu okrem podmienky Prístrojové vybavenie	0,587490
Zvýhodnená hodnota pri splnení: Podmienok pre vznik nároku na zvýhodnenú dodatkovú kapitáciu vrátane podmienky Prístrojové vybavenie	0,630941

Podmienky pre vznik nároku na Zvýhodnenú hodnotu základu pre výpočet Dodatkovej kapitácie

<i>Názov podmienky</i>	<i>Kritériá pre splnenie podmienky</i>
E – recept	Zasielanie online preskripčných záznamov mesačne, najmenej 75% zo všetkých poskytovateľom vydaných lekárske predpisov a lekárske poukazov a aktívne využívanie elektronickej zdravotnej karty, liekovej knižky, alebo interakcií pacienta na vyžiadanie Poskytovateľa, ktoré sú zobrazované v softvéri Poskytovateľa

Cenník výkonov

Cena bodu	Základná cena v €	Zvýhodnená cena v €
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačných odboroch klinická biochémia 024501	0,004780	0,00633
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačných odboroch hematológia a transfuziológia 031501	0,005311	0,00633
pri zdravotných výkonoch počítačovej tomografie vrátane aplikovania kontrastnej látky vykázané na pracovisku P46405023502	0,004514	-
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačnom odbore fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia P46405027501	0,009737	-
pri zdravotných výkonoch: 509a, 512, 513, 514a, 516, 518, 522, 523a, 530, 531, 532, 533a, 540, 541, 542 vykonaných v špecializačnom odbore fyziatra, balneológia a liečebná rehabilitácia P46405027501	0,017175	-
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačnom odbore rádiológia 023501	0,0078	-
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 12.5. Zmluvy	0,010016	-
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 12.5. Zmluvy: 5300 (4250 bodov), 5301 (1500 bodov) v špecializačnom odbore :154	0,010016	-
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 12.5. Zmluvy	0,030952	0,042204
pri zdravotných výkonoch: 60 (500 bodov), 62 (310 bodov); 63 (250 bodov) v iných špecializačných odboroch ako: 001, 004, 039, 060, 064, 104, 153, 154	0,030952	0,042204
pri zdravotných výkonoch: 60 (670 bodov), 62 (440 bodov), 63 (340 bodov) v špecializačnom odbore: 001, 004, 039, 060, 064, 104, 153, 154	0,030952	0,042204
pri zdravotných výkonoch: 200 (80 bodov), 2100 (190 bodov), 2101 (240 bodov), 2106 (840 bodov) v špecializačnom odbore: 010	0,030952	0,042204
pri zdravotnom výkone 15D (150 bodov) – Zhodnotenie RTG dokumentácie, ak nie je vykonané pracoviskom RTG, vrátane popisu v	0,0193	-

zdravotnej dokumentácii, pre odbornosti: 003, 004, 107, 108, 010, 011, 013, 014, 045, 114, 145, 156		
pri zdravotnom výkone 159c vykonanom lekárom so špecializáciou v špecializačnom odbore urológia	0,055	-
pri zdravotnom výkone 252b (160 bodov)	0,030952	0,042204
pri zdravotných výkonoch vykonaných v rámci ústavnej pohotovostnej služby (psychiatria 005801, pediatria 007801, gynekológia a pôrodnictvo 009801)	0,030952	
pri zdravotných výkonoch vykonaných v rámci Urgentného príjmu P46405975801	0,030952	
pri zdravotných výkonoch: 5793, 5794, 5795 v špecializačnom odbore: 004, 104	0,022449	-
pri zdravotnom výkone 819D (800 bodov) v špecializačnom odbore: 004, 104	0,030952	0,042204
pri zdravotných výkonoch: 65 (220 bodov), 66 (350 bodov), 67 (220 bodov) v špecializačnom odbore: 001, 004, 007, 010, 017, 040, 060, 063, 104, 105, 107, 108, 109, 114, 116, 140, 145, 153, 154, 155, 156, 163, 323, 329, 331, 335, 336, 341	0,030952	0,042204
pri zdravotných výkonoch: 820 (1040 bodov), 821 (970 bodov), 822 (400 bodov), 825 (510 bodov), 841 (2340 bodov), 847 (670 bodov) v špecializačnom odbore: 005, 105, 073	0,030952	0,042204
pri zdravotných výkonoch: 3335 (90 bodov), 3337 (450 bodov), 3322 (130 bodov), 3323 (900), v špecializačnom odbore: 141	0,030952	0,042204
pri zdravotných výkonoch: 867 (1200 bodov), 869 (1200 bodov), v špecializačnom odbore: 144, 241	0,030952	0,042204
pri zdravotných výkonoch: 735 (1500 bodov), 736 (1800 bodov), 737 (1800 bodov), 740 (2840 bodov), 741 (4940 bodov), 745 (4040 bodov), 745A (1200 bodov), 745B (2540 bodov), 746 (5840 bodov), 755 (2240 bodov), 756 (4340 bodov), 760 (5840 bodov), 761 (7340 bodov), 762 (8840 bodov), 763 (10340 bodov), 763A (11838 bodov), 360 (180 bodov), 361 (360 bodov), 363 (480 bodov), 364 (240 bodov), 365 (660 bodov), 366 (600 bodov), 367 (600 bodov) v špecializačnom odbore: 154	0,030952	0,042204
pri zdravotných výkonoch: 5766 (900 bodov), 5769, 5770, 5771, 5772, v špecializačnom odbore: 003, 040, 156	0,01892	-
pri zdravotnom výkone 900 (130 bodov) v špecializačnom odbore: 018	0,030952	0,042204
pri zdravotnom výkone 5712 (2300 bodov), 5713 (600 bodov), 5715 (850 bodov), 5716 (340 bodov) v špecializačnom odbore: 001, 049, 060, 155	0,010016	-
pri zdravotnom výkone 3287 (960 bodov), 3288 (540 bodov), 3289 (1200 bodov), 3294 (150 bodov) v špecializačnom odbore: 019	0,030952	0,042204
COVM: 1km jazdy formou výjazdovej služby kilometer jazdy poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, ktorý je držiteľom povolenia na prevádzkovanie mobilného odberového miesta, ktorý vykonáva odber biologického materiálu formou výjazdovej služby osobe, ktorej národné centrum vydalo jednoznačný identifikátor potvrdzujúci indikáciu zo zdravotných dôvodov	0,903	

Jednotková cena výkonu

Cena výkonu	Hodnota v €
299x -Odber biologického materiálu na vyšetrenie COVID -19	3,00
16x -Vyhodnotenie rýchleho kazetového testu na dôkaz IgM/IgG na ochorenie COVID-19.	2,20

Skríning karcinómu prsníka

Kód výkonu skrínigovej mamografie	Charakteristika výkonu	Kód Dg.	Hodnota v €
1301	negatívny nález	Z01.6; Z80.3, Z87.7	40,00
1301a	abnormálny nález po mamografii bez absolvovania USG a biopsie	Z01.6; Z80.3, Z87.7	40,00
1301b	negatívny nález po mamografii, doplnkových mamografických snímkach a/alebo USG, bez biopsie	Z01.6; Z80.3, Z87.7	40,00
1301c	abnormálny nález po mamografii, doplnkových mamografických snímkach a/alebo USG bez biopsie	Z01.6; Z80.3, Z87.7	40,00
1301d	negatívny nález po mamografii, doplnkových mamografických snímkach a/alebo USG a po biopsii	Z01.6; Z80.3, Z87.7	40,00
1301e	malígny nález po mamografii, doplnkových snímkach mamografie a/alebo USG a po biopsii	Z01.6; Z80.3, Z87.7	40,00
1301f	ďalšie vyšetrenia v rámci diagnostiky prípadnej choroby zistenej na základe skrínigov. Výkon 1301f - vykazuje sa súčasne s kódom 1301c, 1301d, alebo 1301e; - hradí sa s nulovou cenou	Z01.6; Z80.3, Z87.7	0,00

I. Ďalšie podmienky úhrady výkonov skrínigov karcinómu prsníka:

- 1) Jednotlivé výkony sa vykazujú samostatne 1x za 2 kalendárne roky v prípade, ak Poistenec v posledných 2 rokoch neabsolvoval preventívnu mamografiu a bol Poistovňou pozvaný na skrínig karcinómu prsníka listom, ďalej len („Pozývaci list“).
- 2) Pozývaci list sa pre tieto účely považuje za odporúčanie na poskytnutie mamografie a ďalšej zdravotnej starostlivosti súvisiacej so skrínigom nádorov prsníkov. Poskytovateľ pri vykazovaní vykonaných výkonov ako odporúčajúceho lekára, uvedie lekára v špecializačnom odbore rádiológia zamestnaného u Poskytovateľa.
- 3) Cena jednotlivých výkonov skrínigov nádorov prsníka zahŕňa úhradu za akúkoľvek zdravotnú starostlivosť, ktorú Poskytovateľ poskytol Poistencovi a všetky náklady, ktoré Poskytovateľ vynaložil v súvislosti s poskytnutím zdravotnej starostlivosti, vrátane administratívnych úkonov spojených s odoslaním Poistenca na vyššie pracovisko v prípade pozitívneho nálezu.
- 4) Poskytovateľ v čase realizácie skrínigov nádorov prsníka spĺňa všetky podmienky vstupu mamografického pracoviska do populačného skrínigov rakoviny prsníka, ktoré zverejnilo na svojom webovom sídle Ministerstvo zdravotníctva SR v dokumente Skrínig rakoviny prsníka.

- 5) S výsledkom vyšetrenia musí byť Poistenec oboznámený bezodkladne po absolvovaní vyšetrenia. Poskytovateľ je zároveň povinný zaslať výsledky vyšetrenia ošetrojúcemu lekárovi (gynekológ, praktický lekár pre dospelých pre nekapitované poistenky) do 3 pracovných dní, v prípade biopsie do 14 pracovných dní od vyšetrenia Poistenca.
- 6) V prípade pozitívneho nálezu skríningu karcinómu prsníka je Poskytovateľ povinný odoslať pacientku na vyššie pracovisko.
- 7) Výkony skrínigovej mamografie nie je možné vzájomne kombinovať, ani vykazovať s výkonmi 5092, 5308 a 5153a.
- 8) Poskytovateľ je povinný v lehote do 3 pracovných dní nahlásiť Poistovní emailovú adresu a telefonický kontakt slúžiaci na objednávanie Poistencov pre výkony skrínigovej mamografie vrátane prípadných zmien kontaktných údajov.
- 9) Poskytovateľ pre objednávanie Poistencov pre výkony skrínigovej mamografie používa „Objednávkový systém“. Objednávkový systém je produkt Poistovne umožňujúci Poistencom objednať sa na presný termín (dátum a čas) vyšetrenia plánovanej zdravotnej starostlivosti k Poskytovateľom, ktorí v ňom vyhradili termíny pre objednanie. Objednávkový systém je využívaný pre Poistencov, ktorým bol zaslaný Pozývaci list.
- 10) Poskytovateľ sa zaväzuje najmä:
- vyhraď termíny pre objednanie Poistencov v Objednávkovom systéme na každom SVLZ pracovisku v štandardnom rozsahu vyhlásenom Poistovňou. Poskytovateľ sa tiež zaväzuje poskytnúť potrebné informácie o rozsahu termínov a prevádzke SVLZ pracoviska, predovšetkým presnú lokalitu, ordinačné hodiny, termíny pre objednávanie – čas a dĺžka, identifikácia pracoviska (ak je ich viac), prípadne ďalšie nevyhnutné údaje.
 - včas ohlásiť Poistovní zmeny údajov uvedených v tomto článku podľa bodu 9). V urgentných prípadoch kontaktuje Poistovňu elektronicky na adrese: osadmin@dovera.sk
 - zadať každú zmenu termínov do Objednávkového systému, ak je potrebné preobjednanie objednaných Poistencov.

II. Poistovňa neakceptuje úhrady výkonov skríningu karcinómu prsníka ak:

- Jednalo sa o mamografiu v rámci gynekologickej prevencie.

Poskytovateľ porušil štandardný diagnostický a terapeutický postupu pre skrínig karcinómu prsníka definovaný Ministerstvom zdravotníctva SR.

Výkony Telemedicíny

Výkon	Cena bodu v €
1b - Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky (190 bodov) Popis výkonu (ďalej len „výkon“): Konzultácia s pacientom prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky obsahuje: • cielenú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly, vo vzťahu k jednému orgánovému systému • popis subjektívnych ťažkostí, • diagnostický záver, • poučenie o diéte a životospráve,	0,027

• v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplynuli z konzultácie ohľadom zdravotného stavu • prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára • poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie Vykazovanie výkonu: • 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 odporúčení 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; Vykonávanie výkonu: výkon vykonáva lekár, klinický psychológ	
11a - Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor) (250 bodov) 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: • cieľnú 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 odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára. Vykazovanie zdravotného výkonu: • 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 odporúčení 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 Vykonávanie výkonu: výkon vykonáva lekár	0,027

70 - Opätovné lekárske vystavenie receptov a (alebo) poukazov (50 bodov) Popis výkonu(ďalej len „výkon“): • Vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronickou formou pre lieky/ zdravotné pomôcky, ktoré pacient užíva dlhšie ako 3 mesiace a nebola realizovaná zmena dávkovania lieku • Vykazovanie výkonu: • 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 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 Vykazuje sa samostatne, najviac 1x za deň, bez ohľadu na počet vystavených receptov a/alebo poukazov. Vykonávanie zdravotného výkonu: výkon vykonáva lekár	0,027
1c – Krízová konzultácia psychiatrom alebo psychológom prostredníctvom elektronickej komunikácie (1200 bodov) Popis zdravotného výkonu (ďalej len „výkon“): Konzultácia s pacientom telefonicky alebo prostredníctvom elektronickej pošty alebo webovej aplikácie alebo videohovoru obsahuje: • cielenú anamnézu, • popis subjektívnych ťažkostí, • krízovú psychoterapeutickú intervenciu ako okamžité opatrenie pri akútnej psychickej dekompenzácií (napríklad pokus o samovraždu) • diagnostický záver, • poučenie o psychohygiene, • v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu • 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 Vykazovanie výkonu: • výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez osobnej prítomnosti pacienta • zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii • súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj z online prostredia, popis zdravotného výkonu v trvaní najmenej 45 minút, 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. • výkon sa vykazuje samostatne, najviac 1x za deň • opakované vykázanie v jednom liečebnom prípade vyžaduje osobitné zdôvodnenie v zdravotnej dokumentácii Vykonávanie výkonu : výkon vykonáva lekár so špecializáciou psychiatria, detská psychiatria, gerontopsychiatria a klinický psychológ	0,027

Pripočítateľné položky k výkonom

Pripočítateľná položka	Hodnota v €
POHOS – starostlivosť o pacienta po hospitalizácii s diagnózou srdcového zlyhávania. - Vyказuje sa ako pripočítateľná položka k výkonu č. 60, 62 a 63 v prípade, ak bola zdravotná starostlivosť poskytnutá pacientovi do 42 dní (6 týždňov) od ukončenia hospitalizácie s diagnózami I50.00, I50.01, I50.11, I50.12, I50.13, I50.14, I50.19, I50.9, - Pripočítateľná položka sa vykáže len pri prvom vyšetrení po ukončení hospitalizácie, - Pripočítateľnú položku si môže vykázat len poskytovateľ v odbornosti 049 (kardiológia), 001 (vnútorné lekárstvo) a 060 (geriatria)	30,00

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

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

Výkon: 159c, 689, *výkony Telemedicíny*

Finančný objem

Finančný objem	Hodnota v €
podľa bodu 12.5. písm. a. Zmluvy	-----
podľa bodu 12.5. písm. b. Zmluvy podľa bodu 12.5. písm. b. Zmluvy - klinická biochémia 024501; hematológia a transfuziológia 031501; fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia 027501; rádiológia 023501, 023502	13 280,-

Zoznam zdravotných výkonov a iných nákladov, ktoré sa nezahrňajú do finančného objemu podľa bodu 12.5. Zmluvy

Náklady na lieky, ktoré sú v Zozname liekov označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“, „AS“ pre stanovené finančné objemy podľa bodu 12.5. písm. a. Zmluvy

Výkon: COVM, 299x, 16x, 1301, 1301a, 1301b, 1301c, 1301d, 1301e

Parametre Kvality a Inovácií pre odbornosti spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek

	Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
KVALITA	Akreditácia podľa ISO 15189:2012	I ₁ = akreditácia ISO pre jednotlivú špecializačnú odbornosť uvedenú v Prílohe č. 1
	Externý systém kvality (EQC)	I ₂ = Poskytovateľ má do EQC v špecializačných odbornostiach klinická biochémia, klinická biochémia, klinická imunoalergológia, klinická mikrobiológia, laboratórna medicína a klinická farmakológia prihlásených 60% výkonov Poskytovateľ má do EQC v špecializačných odbornostiach patologická anatómia a lekárska genetika prihlásených 70% výkonov
INOVÁCIE	elab – prepojenie indikovanej ZS s vykázanou ZS v informačnom systéme Poistovne	I ₃ = najmenej 75% prepojenej indikovanej ZS s vykázanou ZS
	elab – elektronizácia žiadaniek	I ₄ = najmenej 95% elektronických žiadaniek

Váhy pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h _n		v _n
	Neplní	plní	
Akreditácia podľa ISO 15189:2012	0 %	100 %	v ₁ = 20 %
Externý systém kvality (EQC)	0 %	100%	v ₂ = 10 %
elab – prepojenie indikovanej ZS s vykázanou ZS v informačnom systéme Poistovne	0 %	100 %	v ₃ = 25 %
elab – elektronizácia žiadaniek	0 %	100 %	v ₄ = 15 %

Parametre Efektívnosti pre odbornosti spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek

	Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
EFEKTÍVNOSŤ	Spektrum	I ₅ = počet výkonov vykázaných viac ako 10-tim pacientom
	Náklady na pacienta	I ₆ =Priemerné náklady prepočítaného pacienta na SVaLZ vyšetrenie so zohľadnením chorobnosti pacientov a skladby odosielajúcich lekárov Počet bodov vykázaných za výkony ZS /Počet pacientov prepočítaných podľa parametrov chorobnosti a skladby lekárov indikujúcich vyšetrenia

Váhy a pásma pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h_n			v_n
	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	
Spektrum	0 %	50 %	100 %	$v_5 = 10 \%$
Náklady na pacienta	100 %	100 %	0 %	$v_6 = 20 \%$