**Príloha č. 1**

**k Zmluve č.**

**Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti**

**od 01.04.2018 do 30.09.2018**

1. **Ambulantná zdravotná starostlivosť**

**Všeobecné ustanovenia**

**Kapitácia**

Kapitáciou sa rozumie paušálna mesačná platba za poskytovanie zdravotnej starostlivosti poistencovi, s ktorým má poskytovateľ uzatvorenú platnú a účinnú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „dohoda“).

Pri zmene poskytovateľa z dôvodu odstúpenia od dohody je poskytovateľ povinný preukázateľne odovzdať zdravotnú dokumentáciu alebo jej rovnopis do 7 dní od jej vyžiadania novému poskytovateľovi, s ktorým poistenec uzatvoril dohodu a oznámiť dátum ukončenia dohody poisťovni.

Poistenec môže mať účinnú dohodu iba s jedným poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti a s jedným poskytovateľom špecializovanej ambulantnej  starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodníctvo.

Ak poistenec uzatvorí dohodu s ďalším poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo s poskytovateľom špecializovanej ambulantnej  starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodníctvo, poisťovňa v zmysle zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákona č. 576/2004 Z. z.“) akceptuje účinnosť novej dohody až po zániku pôvodnej dohody tzn. prvým dňom kalendárneho mesiaca nasledujúcom po mesiaci, v ktorom bolo doručené odstúpenie od dohody.

Predchádzajúca veta sa nevzťahuje na prípady narodenia dieťaťa, zmeny trvalého a prechodného bydliska poistenca, odchodov a príchodov poistencov z a do EÚ a na prípady taxatívne vymedzené zákonom 576/2004 Z. z. Kapitácia je v týchto prípadoch hradená s presnosťou na deň.

Poskytovatelia sú povinní na základe informácie poisťovne (chybový protokol) riešiť konflikty vzájomnou dohodou.

Kapitácia sa neuhrádza poskytovateľovi za poistencov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu, Švajčiarska, Srbska, bezdomovcov, cudzincov a poistencov, ktorí majú podľa platnej legislatívy nárok len na neodkladnú respektíve potrebnú zdravotnú starostlivosť.

Kapitácia nezahŕňa výkony uhrádzané cenou bodu alebo cenou za výkon, uvedené v tabuľke Cena bodu, alebo Cena za výkon a náklady na lieky so symbolom úhrady „A“ zaradené do zoznamu liekov podľa osobitného predpisu.

**Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu**

Úhrada za výkony uvedené v tabuľke Cena bodu sa vypočíta ako násobok jednotkovej ceny bodu a počtu bodov daného výkonu. Počet bodov vyplýva z  opatrenia Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva platného v čase poskytnutia výkonu. Pokiaľ počet bodov nevyplýva z platného opatrenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 07045/2003 z 30. decembra 2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva platného v čase poskytnutia výkonu, použije sa počet bodov pre daný výkon uvedený v poslednom opatrení Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva, v ktorom bol počet bodov pre daný výkon stanovený. V prípade zmluvne dohodnutého počtu bodov, použije sa pre výpočet úhrady za daný výkon počet bodov vyplývajúci zo zmluvy.

Výkony uvedené v tabuľke Cena bodu sa vo všeobecnej ambulantnej starostlivosti a špecializovanej ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodníctvo uhrádzajú za kapitovaných poistencov a poistencov EÚ, ktorí majú nárok na úhradu zdravotnej starostlivosti v plnom rozsahu v zmysle platnej legislatívy, ak nie je v tabuľke uvedené inak.

**Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon**

Výkony uvedené v tabuľke Cena za výkon sa uhrádzajú cenou za výkon. Cena za výkon zahŕňa náklady a úhradu za zdravotnú starostlivosť poskytnutú pri danom výkone, pokiaľ nie je uvedené inak.

**Osobitné ustanovenia**

**Individuálna dodatková Kapitácia**

Individuálnou dodatkovou kapitáciou (ďalej aj ako „IDK“) sa rozumie paušálna mesačná úhrada za každého kapitovaného poistenca, ktorá sa hradí spolu s Kapitáciou. Cena IDK je závislá od hodnoty koeficientu efektívnosti (ďalej aj ako „KEF“) poskytovateľa v špecializačnom odbore, plnenia ukazovateľa kooperatívnosti liečby, stanovených ordinačných hodín a základu pre výpočet IDK v špecializačnom odbore.

**Koeficient efektívnosti**

Koeficient efektívnosti je súčtom váh splnených ukazovateľov vyjadrených v % v špecializačnom odbore poskytovateľa podľa Tabuľky č.1 a Tabuľky č.2. Ukazovatele vypočíta poisťovňa z údajov svojho informačného systému pre každý špecializačný odbor samostatne.

Pre výpočet hodnôt ukazovateľov poisťovňa použije údaje za dva kalendárne štvrťroky, bezprostredne predchádzajúci tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva výpočet**.**

Výpočet hodnoty KEF sa vykonáva v štvrťroku, ktorý bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vypočítaný KEF uplatní.

Tabuľka č. 1 Ukazovatele pre výpočet KEF pre špecializačný odbor

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Všeobecné lekárstvo pre deti a dorast (typ ZS 102)** | | |
| P.č. | Ukazovateľ | Spôsob výpočtu hodnoty ukazovateľa |
| 1. | Priemerný počet návštev na kapitovaného poistenca | podiel počtu návštev kapitovaných poistencov a celkového počtu kapitovaných poistencov (do výpočtu nie sú zahrnuté preventívne prehliadky) |
| 2. | Náklady na lieky na ošetreného poistenca | podiel nákladov na podané a predpísané lieky, dietetické potraviny, zdravotnícke pomôcky a počtu unikátnych rodných čísel poistencov, ktorým bola poskytnutá zdravotná starostlivosť (do výpočtu nie sú zahrnuté predpísané lieky, dietetické potraviny, zdravotnícke pomôcky na odporučenie lekárom špecializovanej ambulantnej starostlivosti a očkovacie látky) |
| 3. | Náklady na SVLZ na ošetreného poistenca | podiel nákladov na vlastné a indikované výkony SVLZ a počtu unikátnych rodných čísel poistencov, ktorým bola poskytnutá zdravotná starostlivosť (do výpočtu nie sú zahrnuté náklady na vlastné a indikované výkony SVLZ súvisiace s preventívnymi prehliadkami) |

**Výpočet ukazovateľov**

1. poisťovňa vypočíta hodnotu ukazovateľa pre každého z poskytovateľov, ktorí poskytujú zdravotnú starostlivosť v rovnakom špecializačnom odbore, pričom počet hodnôt zodpovedá počtu poskytovateľov, a to predstavuje 100 % hodnôt;
2. poisťovňa takto vypočítané hodnoty zoradí od najnižšej po najvyššiu;
3. prvých 20% hodnôt a posledných 20% hodnôt z celkového počtu hodnôt sa vylúči z výpočtu a zo zostávajúcich 60% hodnôt poisťovňa vypočíta strednú hodnotu a štandardnú odchýlku ukazovateľa;
4. prostredníctvom strednej hodnoty a štandardnej odchýlky poisťovňa vypočíta dolnú hranicu, ktorá zodpovedá strednej hodnote zníženej o štandardnú odchýlku a hornú hranicu, ktorá zodpovedá strednej hodnote zvýšenej o štandardnú odchýlku. Dolná a horná hranica definujú tri pásma pre hodnotenie ukazovateľa. Hodnota ukazovateľa poskytovateľa v špecializačnom odbore sa nachádza buď pod dolnou hranicou (v dolnom pásme), medzi dolnou hranicou a hornou hranicou (v strednom pásme), alebo nad hornou hranicou (v hornom pásme);
5. ak sa hodnota ukazovateľa poskytovateľa v špecializačnom odbore nachádza v pásme, v ktorom je ukazovateľ vyhodnotený ako splnený, je mu priradená percentuálna váha príslušného ukazovateľa. V opačnom prípade je váha ukazovateľa 0%.

**Ukazovatele, pásma plnenia a váhy ukazovateľov**

Tabuľka č. 2 Ukazovatele, pásma plnenia a váhy ukazovateľov pre špecializačný odbor

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Všeobecné lekárstvo pre deti a dorast** | | | | | |
| P.č. | Ukazovateľ | Plnenie ukazovateľa | | | Váha splneného ukazovateľa v % |
| Dolné pásmo | Stredné pásmo | Horné pásmo |
| 1. | Priemerný počet návštev  na kapitovaného poistenca | nesplnený | splnený | splnený | 30 |
| 2. | Náklady na lieky na ošetreného poistenca | splnený | splnený | nesplnený | 40 |
| 3. | Náklady na SVLZ na ošetreného poistenca | splnený | splnený | nesplnený | 30 |

**Ukazovateľ kooperatívnosti liečby**

Ukazovateľom kooperatívnosti liečby (ďalej ako „UKoL“) sa rozumie plnenie povinnosti poskytovateľa, vyjadrené v percentách, predpisovať lekárske predpisy prostredníctvom programu E-recept v zmysle tabuľky č. 3. Pri splnení tohto ukazovateľa bude pri výpočte ceny IDK k hodnote KEF pripočítaná hodnota UKoL.

Tabuľka č. 3 Ukazovateľ, plnenie, hodnotené obdobie a váha splneného ukazovateľa pre špecializačný odbor

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Všeobecné lekárstvo pre deti a dorast** | | | | |
| Ukazovateľ | Plnenie ukazovateľa | | Hodnotené obdobie | Váha splneného ukazovateľa v % |
| Predpísaných menej ako 80 % | Predpísaných aspoň 80% | Jednotlivé kalendárne štvrťroky | 10 |
| Priemerné predpisovanie lekárskych predpisov prostredníctvom programu E-recept | nesplnený | splnený |

Plnenie ukazovateľa UKoL sa vykonáva za každý kalendárny štvrťrok bezprostredne predchádzajúci tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva vyhodnotenie.

**Výpočet ceny IDK**

|  |  |
| --- | --- |
| **Premenné vstupujúce do výpočtu výslednej IDK pre všetky vekové skupiny - VLDD** | **Hodnota premennej** |
| Základ pre výpočet výslednej IDK | 0,65 EUR |
| KEF\* | 60% |
| UKoL\*\* | 10% |
| Ordinačné hodiny | 0,20 EUR |

*\*Hodnota KEF je vo výpočte výslednej IDK aplikovaná bez ohľadu na reálne plnenie ukazovateľov koeficientu efektívnosti.*

*\*\*Hodnota UKoL je vo výpočte výslednej IDK aplikovaná bez ohľadu na reálne plnenie ukazovateľa kooperatívnosti liečby do* ***30.06.2018****. Každú zmenu hodnotiaceho parametru UKoL, výšku IDK a kalendárne obdobie jej úhrady poisťovňa oznámi poskytovateľovi písomne, vždy najneskôr k poslednému dňu aktuálneho kalendárneho štvrťroka.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Všeobecná ambulantná starostlivosť pre deti a dorast** | | | | |
|  |  | **IDK pásmo 1** | **IDK pásmo 2** | **IDK pásmo 3** | **IDK pásmo 4** |
|  | **Základ pre výpočet výslednej IDK pre všetky vekové skupiny v eurách** | **Výsledná IDK -prepočet cez KEF v eurách** | **Výsledná IDK - prepočet cez KEF + UKoL v eurách** | **Výsledná IDK - prepočet cez KEF + ordinačné hodiny v eurách** | **Výsledná IDK - prepočet cez KEF + ordinačné hodiny + UKoL v eurách** |
|  | *0,65* | *0,39* | *0,45* | *0,59* | *0,66* |
| Výpočet: |  | *0,65 \* 60%* | *0,65 \* (60%+10%)* | *0,65 \* 60% + 0,20* | *0,65 \* (60%+10%)+0,20* |

Poskytovateľ sa v zmysle plnenia jednotlivých zmluvných podmienok upravujúcich IDK v príslušnom type zdravotnej starostlivosti nachádza v jednom zo štyroch pásiem IDK.

**Koeficient preventívnej starostlivosti**

Koeficient preventívnej starostlivosti (ďalej aj ako „KPS“) vyjadruje akým percentom sa na celkovom počte kapitovaných poistencov podieľali tí poistenci, ktorým bola v poslednom ukončenom kalendárnom roku poisťovňou uhradená preventívna prehliadka.

Pre potrebu stanovenia KPS sa v špecializačnom odbore Všeobecné lekárstvo pre deti a dorast za kapitovaného poistenca považuje ten poistenec, ktorý v poslednom ukončenom kalendárnom roku dosiahol vek minimálne troch rokov a za ktorého bola poskytovateľovi v poslednom ukončenom kalendárnom roku uhradená kapitácia.

Za preventívnu prehliadku sa pre jednotlivé špecializačné odbory pre potrebu stanovenia KPS považujú vybrané výkony uvedené v Tabuľke č. 4.

Výpočet hodnoty KPS sa vykonáva v priebehu prvého štvrťroka po ukončení kalendárneho roka, za ktorý sa KPS vypočítava.

Pre priznanie zvýhodnenej ceny bodu preventívnych zdravotných výkonov musí poskytovateľ dosiahnuť hodnotu KPS uvedenú v Tabuľke č. 4.

Tabuľka č. 4 Vybrané výkony pre potrebu stanovenia KPS a hodnota KPS v špecializačnom odbore

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Špecializačný odbor** | **Vybrané výkony** | **Hodnota KPS** |
| Všeobecné lekárstvo pre deti a dorast | 148, 148a, 148b, 148c, 149, 149a, 149b, 149d, 160 | ≥ 33 % |

Na základe dosiahnutej hodnoty KPS za predchádzajúci ukončený kalendárny rok sa u poskytovateľa počnúc druhým štvrťrokom po dobu nasledujúcich dvanástich mesiacov uplatní nárok na zvýhodnenú cenu bodu preventívnych zdravotných výkonov podľa Tabuľky č. 5.

Tabuľka č. 5 Nárok na zvýhodnenú cenu bodu preventívnych zdravotných výkonov

|  |  |
| --- | --- |
| **Špecializačný odbor** | **Nárok na zvýhodnenú cenu bodu preventívnych zdravotných výkonov** |
| Všeobecné lekárstvo pre deti a dorast | **áno / nie** |

Pre účely nového zmluvného vzťahu, do skončenia kalendárneho štvrťroka bezprostredne nasledujúceho po ukončenom kalendárnom roku, v ktorom zmluva nadobudla účinnosť a za ktorý sa KPS vypočítava, sa u poskytovateľa zvýhodnená cena bodu preventívnych zdravotných výkonov neuplatní.

Tabuľka č. 6 Podmienky pre bonifikovanie IDK za stanovené ordinačné hodiny

|  |
| --- |
| Stanovenie týždenného čistého ordinačného času na aspoň 30 hodín pre každú ambulanciu.\* |
| Stanovenie ordinačných hodín do 17:00 hod. aspoň jeden deň v týždni pre každú ambulanciu.\* |

\*Poskytovateľ splnenie uvedených podmienok dokladuje poisťovni vyplnením formulára „Čistý ordinačný čas a zoznam lekárov na ambulancii“, ktorý je zverejnený na webovej stránke poisťovne (ďalej ako: „formulár“). Formulár musí byť v súlade ordinačnými hodinami, ktoré schválil príslušný samosprávny kraj. Vo výpočte výslednej IDK sa bude pripočítavať 0,20 € s účinnosťou od prvého dňa mesiaca nasledujúceho po mesiaci, v ktorom poskytovateľ dokladoval poisťovni kumulatívne splnenie uvedených podmienok. Dokladovaním sa pre účely tejto tabuľky rozumie zaslanie formulára príslušnej pobočke poisťovni elektronickou formou.

**1. Všeobecná ambulantná starostlivosť**

* 1. **Všeobecná ambulantná starostlivosť pre deti a dorast:**

**Cena kapitácie**

|  |  |
| --- | --- |
| do 1 roku | 6,63 € |
| od 1 do 2 rokov vrátane | 5,85 € |
| od 3 do 5 rokov vrátane | 5,01 € |
| od 6 do 9 rokov vrátane | 3,37 € |
| od 10 do 19 rokov vrátane | 2,58 € |
| **dorastový lekár** |  |
| od 15 do 19 rokov vrátane | 2,58 € |
| od 20 do 28 rokov vrátane | 2,03 € |

**Základ pre výpočet IDK**

|  |  |
| --- | --- |
| pre všetky vekové skupiny | 0,65 € |

**Cena bodu:**

|  |  |
| --- | --- |
| preventívne zdravotné výkony č. 143, 143a, 144, 145, 145a, 146,146a, 146b, 146c, 148, 148a, 148b, 148c,149, 149a, 149b, 149c, 149d, 159b, 950, 951, 952, 953 | 0,04 € |
| **\*** 0,041 € |
| preventívny zdravotný výkon č. 160 v počte 390 bodov | 0,04 € |
| **\*** 0,041 € |
| preventívny zdravotný výkon č. 142 | 0,08 € |
| \* 0,082 € |
| preventívne zdravotné výkony č. 143, 143a, 144, 145, 145a, 146,146a, 146b, 146c, 148, 148a, 148b, 148c,149, 149a, 149b, 149c, 149d, 159b, 950, 951, 952, 953 v prípade, že poskytovateľ má nárok na zvýhodnenú cenu, na základe dosiahnutej hodnoty KPS | 0,044 € |
| \* 0,045 € |
| preventívny výkon č. 142 v prípade, že poskytovateľ má nárok na zvýhodnenú cenu, na základe dosiahnutej hodnoty KPS | 0,088 € |
| \* 0,090 € |
| preventívny zdravotný výkon č. 160 v počte 390 bodov v prípade, že poskytovateľ má nárok na zvýhodnenú cenu, na základe dosiahnutej hodnoty KPS | 0,044 € |
| **\*** 0,045 € |
| očkovanie - výkon 252b (počet bodov 70) | 0,041 € |
| výkon s kódom 67 (počet bodov 100) – príplatok pri sťaženom výkone do dovŕšenia piateho roku života pri výkonoch: delegovaný odber alebo výkon očkovania.  Podmienky úhrady výkonu:  Kombinácia pri výkonoch pod kodmi 252b alebo 250D s príslušnou diagnózou. | 0,041 € |
| návšteva - výkon 25, výkon 26 u kapitovaných poistencov | 0,016597 € |
| výkony z I. časti Zoznamu výkonov pre poistencov EÚ, bezdomovcov, cudzincov a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. | 0,018257 € |
| výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) pre poistencov EÚ, bezdomovcov, cudzincov a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. a nekapitovaných poistencov | 0,007303 € |
| neodkladná zdravotná starostlivosť poskytnutá poistencom poisťovne, s ktorými poskytovateľ nemá uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti | 0,006639 € |

***\**** *v prípade, že poskytovateľ zasiela dávky vrátane faktúr za poskytnutú zdravotnú starostlivosť cez ePobočku*

**Vybrané preventívne zdravotné výkony č. 950, 951, 952, 953 – vykazovanie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kód výkonu** | **Charakteristika výkonu** | **Podmienky úhrady výkonu** |
| 950 | Vyšetrenie psychomotorického vývinu dieťaťa vo vzťahu k hrubej a jemnej motorike, k reči a k sociálnym vzťahom podľa štandardnej stupnice vrátane dokumentácie. | Kombinácia pri výkonoch pod kódmi: 143, 143a, 144, 145, 145a, 146, 146a, 146b, 146c. |
| 951 | Kontrolné vyšetrenie funkčného vývinu so skúškami zodpovedajúcimi veku (vnímavosť, sedenie, lezenie, chôdza) u dojčaťa podľa štandardizovanej metódy spolu s dokumentáciou. | Poskytovateľ môže výkon vykázať jedenkrát u dojčaťa do dovŕšenia prvého roka života. |
| 952 | Kontrolné vyšetrenie funkčného vývinu so skúškami zodpovedajúcimi veku (reč, pochopenie reči alebo sociálny vek) u batoliat podľa štandardizovanej metódy spolu s dokumentáciou. | Tento výkon môže poskytovateľ vykazovať 1x u batoľaťa v období od 1 do dovŕšenia 3 rokov dieťaťa. |
| 953 | Vyšetrenie funkčného vývinu so skúškami zodpovedajúcimi veku (reč, pochopenie reči alebo sociálny vek) u dieťaťa predškolského veku podľa štandardizovanej metódy spolu s dokumentáciou. | Kombinácia pri výkonoch pod kódmi 148 a 148a. |

**Cena za výkon:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kód výkonu** | **Charakteristika výkonu** | **Cena za výkon** |
| 4571a | C – reaktívny proteín, pre kapitovaných poistencov do 18 rokov veku vrátane, s frekvenciou vykázania jedenkrát za deň na jedno rodné číslo. Výkon môže byť vykázaný lekárom s odbornosťou 007 a 008. Cena zahŕňa náklady na odobratie biologického materiálu a vyhodnotenie výsledku CRP vyšetrenia.  Podmienkou úhrady výkonu 4571a je splnenie nasledovných podmienok zo strany PZS:   * platný doklad o zakúpení, resp. prenájme prístrojového vybavenia, * prehlásenie o zhode k prístroju, * zaznamenanie odčítania výsledku a vyhodnotenia výsledku v zdravotnej dokumentácii pacienta. | 4,40 € |
| 60b | **Komplexné predoperačné vyšetrenie vrátane odberov krvi, zhodnotenia laboratórnych a prístrojových vyšetrení. Výkon možno vykazovať iba raz v rámci jednej operácie pri dodržaní odborného usmernenia MZ SR. Výkon sa vykazuje samostatne s diagnózou, pre ktorú je poistenec plánovaný na operáciu**  V prípade odoslania poistenca k špecialistovi za účelom vykonania predoperačného vyšetrenia, zdravotná poisťovňa poskytnutú  zdravotnú starostlivosť v súvislosti s predoperačným vyšetrením uhrádza iba cenou kapitácie. | 13 € |
| 250D | **Delegovaný odber krvi (odobratie krvi venepunkciou) pri návšteve pacienta v ambulancii VLDD.**  Podmienkou úhrady výkonu 250D je splnenie nasledovných podmienok zo strany PZS:   * dodržať postup, ktorý ustanovuje Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o postupe objednávania, vykonávania a kontroly laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení zo dňa 10.06.2014 číslo 02032/2014-SZ v platnom znení, * dodržať podmienky zdravotnej indikácie v zmysle účelného, efektívneho a hospodárneho nakladania s prostriedkami verejných zdrojov. | 1,05 ~~€~~ |

**Cena za výkon:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kód výkonu** | **Názov výkonu** | **Cena za výkon** |
| H0002 | Intenzifikovaná zdravotná starostlivosť pre rizikových poistencov s obezitou | 4,50 € |

Podmienky úhrady výkonu H0002:

* všeobecný lekár pre deti a dorast poskytuje zdravotnú starostlivosť deťom s  obezitou v súlade s aktuálnym odborným usmernením MZ SR o diagnostike a liečbe obezity u detí. Intenzifikovaná zdravotná starostlivosť poskytovaná deťom s obezitou, uhrádzaná nad rámec kapitácie, zahŕňa zdravotnú starostlivosť poskytovanú deťom s obezitou bez komplikácií, zistenej pri preventívnej prehliadke vo veku 3 až 7 rokov. Úvodný protokol a protokoly z následných kontrolných vyšetrení sú súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca (Protokoly sú ueverejnné na webovej stránke poisťovne v časti tlačivá). Všeobecný lekár pre deti a dorast vykáže výkony intenzifikovanej starostlivosti poskytnuté poistencom s obezitou ako výkon H0002  s diagnózou E66.09. Poisťovňa akceptuje a osobitne nad rámec kapitácie uhrádza výkony intenzifikovanej starostlivosti vo frekvencii raz za  3 mesiace  (maximálne 4x za rok).
* v cene výkonu je zahrnuté aj vyhodnotenie laboratórnych výsledkov, odporučenie ďalšej liečby a stanovenie ďalšieho postupu. Pri potrebnej vyššej frekvencii kontrolných vyšetrení sú tieto vyšetrenia uhrádzané v rámci kapitácie. V prípade odoslania dieťaťa k špecialistovi, najmä kód odbornosti 048 (gastroenterológia, detská gastroenterológia) alebo 050  (diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy) s diagnózou E66.09, je ďalšia poskytnutá  zdravotná starostlivosť v súvislosti s diagnózou E66.09 uhrádzaná iba cenou kapitácie. Kontrolné laboratórne vyšetrenia indikuje VLDD v prípade patologických výsledkov úvodných vyšetrení, v závislosti od celkového zdravotného stavu poistenca.