Príloha č. 1a
k Zmluve č.

Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti

Časť A. Ambulantná zdravotná starostlivosť

Čl. I Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť *(všeobecné ustanovenia)*

1. 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. akceptuje účinnosť novej dohody až po zániku pôvodnej dohody tzn. prvým dňom kalendárneho mesiaca nasledujúcom po mesiaci, v ktorom bolo doručené odstúpenie od dohody. V prípade konfliktu sa kapitácia uhrádza poskytovateľovi, ktorý má ako posledný s poistencom uzavretú platnú Dohodu a súčasne na požiadanie zdravotnej poisťovni doručí preukázateľné odstúpenie poistenca od Dohody s predchádzajúcim poskytovateľom.
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. V prípade, že počas kalendárneho mesiaca dôjde k úmrtiu poistenca, je kapitácia hradená s presnosťou na deň.
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.

2. 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 opatrenia Ministerstva zdravotníctva SR, 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.

3. 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.

4. Individuálne zložky úhrady

Individuálnou zložkou úhrady je Individuálna dodatková kapitácia a predstavuje jednu zo zložiek úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť. Poisťovňa individuálnu zložku úhrady poskytovateľovi uhrádza vo výške, ktorá je závislá od plnenia Hodnotiacich parametrov (ďalej ako „HP“).

4.1. 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 vo výške Výslednej ceny IDK. Výsledná cena IDK sa vypočíta ako násobok Základu pre výpočet IDK a výsledného percenta plnenia HP v príslušnom type zdravotnej starostlivosti (ďalej ako typ ZS).

4.2. Hodnotiace parametre

HP ovplyvňujú výslednú cenu individuálnej zložky úhrady poskytovateľa uvedenej v bode 4.1. tohto článku. Výsledné percento plnenia HP je súčtom váh jednotlivých splnených parametrov. Kritérium pre splnenie parametra v jednotlivých typoch zdravotnej starostlivosti je uvedené v tabuľke „Hodnotiace parametre“ v článku II tejto prílohy. Pri splnení kritéria je parametru priradená uvedená váha v percentách, pri nesplnení kritéria je váha príslušného parametra 0%. Zoznam a váhy parametrov ako aj doplňujúce informácie pre jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti sú uvedené v článku II tejto prílohy.

HP vyhodnocuje poisťovňa každý kalendárny štvrťrok za obdobie, ktoré tomuto štvrťroku predchádza. Ak nie je hodnotené obdobie inak špecifikované v doplňujúcich informáciách k parametrom, vyhodnocuje sa predchádzajúci kalendárny štvrťrok.

Každú zmenu Výsledného plnenia HP oznámi poisťovňa poskytovateľovi a to buď písomne formou listu, alebo elektronicky v ePobočke. Zmenu poisťovňa poskytovateľovi oznámi najneskôr v posledný deň mesiaca, ktorý predchádza mesiacu, od ktorého má byť zmena účinná.

HP vyhodnocuje poisťovňa u poskytovateľa za každý typ zdravotnej starostlivosti samostatne.

Metodiku a špecifiká aplikované pri výpočte jednotlivých HP zverejní poisťovňa na svojom webovom sídle.

Pri parametroch odborného hodnotenia poskytovateľa sú poskytovatelia zaradení do referenčných skupín (odbornosť a typ poskytovateľa), v ktorých sa na základe vykázanej zdravotnej starostlivosti v hodnotenom období vypočíta stredná hodnota a štandardná odchýlka, ktorá slúži na určenie horného resp. dolného pásma pre účely vyhodnotenia plnenia príslušného parametra.

Splnenie parametra Dostupnosť poskytovateľ 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 s ordinačnými hodinami, ktoré schválil príslušný samosprávny kraj. Dokladovaním sa rozumie zaslanie formulára príslušnej pobočke poisťovni elektronickou formou. Splnenie parametra Dostupnosť poisťovňa vyhodnotí na základe podkladov doručených poskytovateľom podľa predchádzajúcej vety a to k prvému dňu kalendárneho štvrťroka, v ktorom realizuje vyhodnotenie HP.

5. Úhrada zdravotnej starostlivosti v type ZS 103 z dôvodu mimoriadnej situácie

5.1. Definícia pojmov

5.1.1. „**Mimoriadnou situáciou**“ sa na účely tejto prílohy rozumejú predvídateľné aj nepredvídateľné okolnosti v rámci systému verejného zdravotného poistenia, ktoré svojim pôsobením mali, majú alebo budú mať vplyv na výšku úhrad za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a priamo súvisia s ochorením COVID-19.

5.1.2. **„Verejným prísľubom“** sa na účely tejto prílohy rozumie jednostranné záväzné vyhlásenie poisťovne, účelom ktorého je bezodkladne zabezpečiť úpravu zmluvných podmienok v súvislosti s Mimoriadnou situáciou bez potreby uzatvorenia dodatku k zmluve v reálnom čase.

5.2. Garantovaná zložka úhrady

5.2.1. Výška a obdobie uplatňovania garantovanej zložky úhrady

Garantovaná zložka úhrady (ďalej aj ako „GZÚ“) v type ZS 103 predstavuje minimálnu výšku úhrady za zdravotnú starostlivosť počas mesiacov január až december roku 2021. Výška GZÚ za jeden mesiac je vypočítaná ako 75% z priemernej mesačnej úhrady za zdravotnú starostlivosť v roku 2019, od ktorej sú odpočítané náklady na A-lieky, špeciálny zdravotnícky materiál, zdravotnícke pomôcky, stomatoprotetiku, RD kódy, FOTO a PACS, ktoré sú hradené nezávisle od garantovanej zložky úhrady (ďalej aj ako „mesačná hodnota „GZÚ“). Výška GZÚ zohľadňuje aj počet poistencov poisťovne v roku 2021. GZÚ je pre jednotlivé typy zdravotnej starostlivosť určená samostatne.

5.2.2. Úhrada GZÚ

V prípade, že výška uhradenej zdravotnej starostlivosti za obdobie jednotlivých kalendárnych štvrťrokov roku 2021 nedosiahne kumulatívne aspoň trojnásobok mesačnej výšky GZÚ, uhradí poisťovňa rozdiel medzi trojnásobkom mesačnej výšky GZÚ a výškou uhradenej zdravotnej starostlivosti spolu s úhradou za zdravotnú starostlivosť poskytnutú v mesiaci, ktorý bezprostredne nasleduje po príslušnom kalendárnom štvrťroku.

Ak výška uhradenej zdravotnej starostlivosti za obdobie samostatných kalendárnych štvrťrokov roku 2021 dosiahne výšku trojnásobku GZÚ spôsobom uvedeným v tomto bode, alebo ju presiahne, je táto vykázaná a uznaná zdravotná starostlivosť v rámci jednotlivých zúčtovacích období poisťovňou uhrádzaná podľa platných zmluvných podmienok a ustanovenia o GZÚ nebudú pri úhrade za zdravotnú starostlivosť aplikované.

5.2.3. Podmienky úhrady GZÚ

Poisťovňa si vyhradzuje právo neuhradiť GZÚ v prípade, že dôvodom nedosiahnutia výšky vykázanej zdravotnej starostlivosti za obdobie mesiacov január až december roku 2021 aspoň na úrovni GZÚ, nie sú okolnosti objektívne zapríčinené Mimoriadnou situáciou.

5.3. Úhrada zdravotnej starostlivosti v zmysle Verejného prísľubu

Poisťovňa v dôsledku Mimoriadnej situácie umožňuje poskytovateľovi vykazovať aj zdravotné výkony uvedené vo Verejnom prísľube a to za podmienok a spôsobom v ňom uvedených. Vzhľadom na jednostranný charakter vydania a aktualizovania Verejného prísľubu sa za prejav súhlasu s Verejným prísľubom zo strany poskytovateľa na účely tejto zmluvy považuje poskytnutie a vykázanie zdravotnej starostlivosti v súlade s Verejným prísľubom v platnom znení.

Čl. II Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť *(ceny)*

1. Gynekológia a pôrodníctvo (typ ZS 103)

1.1. Kapitácia

Cena kapitácie	
Veková skupina	**Cena**
všetky vekové skupiny po dovŕšení 15. roka života	1,52 €

1.2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu

Cena bodu			
Kód výkonu	**Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu**	**Počet bodov**	**Cena bodu v €**
157	**Preventívny výkon**	220	0,057
102	**Preventívny výkon**	320	0,057
103	**Vyšetrenie a rady počas gravidity s vyhodnotením výsledkov laboratórnych vyšetrení so zreteľom na riziká gravidity**. • Vykazuje sa spravidla jedenkrát za 28 dní a po 36. týždni gravidity jedenkrát za 7 dní ak poistenka je naďalej vo výlučnej starostlivosti vykazujúceho lekára, s diagnózou Z34.0, Z34.8, Z34.9, Z35.0 až Z35.4, Z35.7 až Z35.9	200	0,050
105	**Preventívny výkon**	250	0,057
108	**Ultrazvukové sledovanie tehotenstva vrátane biometrie a posúdenie vývoja orgánov vrátane obrazovej dokumentácie, za každé vyšetrenie.** • Ako súčasť preventívnej prehliadky v tehotenstve možno vykázať maximálne 4 krát (výkon sa nemôže vykazovať spolu s výkonom č. 5808) s diagnózou Z34.0, Z34.8, Z34.9	350	0,050
1070	**Kolposkopia** • Vykazovanie iba v kombinácií s výkonom č. 157.	150	0,057
60	**Komplexné vyšetrenie poistenca pri prevzatí dospelej osoby do zdravotnej starostlivosti ako prvotné komplexné vyšetrenie s vystavením zdravotného záznamu.** • Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z., • Poskytovateľ poskytne poistencovi komplexné vyšetrenie (kompletná anamnéza, vyšetrenie všetkých orgánových systémov, založenie zdravotnej dokumentácie a stanovenie diagnostického záveru a diagnostického a liečebného plánu) v termíne do 30 dní od podpísania dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. • Vykázaný výkon č. 60 musí byť súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca. • Kontrola povinného očkovania poistenca. • Kontrola poslednej preventívnej prehliadky poistenca. • Informovaný súhlas pacienta s poskytnutím zdravotnej starostlivosti v súvislosti výkonom č. 60.	350	0,020995
252b	**Očkovanie** • Očkovacia látka je úplne alebo čiastočne hradená z verejného zdravotného poistenia, vrátane očkovania proti chrípke pri tehotnej poistenke.	70	0,057
297	**Odobratie, príprava a odoslanie sterového materiálu na cytologické vyšetrenie, prípadne aj fixácia vrátane nákladov.**	50	0,057

11a	**Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor)** Charakteristika zdravotného výkonu: 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 na pridanie do zdravotnej dokumentácie. Konzultácia s pacientom obsahuje: • cielenú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom alebo k psychickej poruche, • zhodnotenie výsledkov, • vypísanie receptov, prípadne vypísanie žiadaniek na ďalšie vyšetrenie, • poučenie pacienta, • diagnostický záver, • určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára. 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 odporučení neodkladnej návštevy iného lekára, • výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, • ak je po konzultácii potrebná aj kontrola v ambulancii, vykazujú sa len výkony, ktoré sa vykonali ambulantne, a výkon sa nevykazuje, • výkon sa vykazuje samostatne, najviac 1x za deň na jedného pacienta.	210	0,026
1b	**Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty alebo telefonicky** 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 odporučení 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,	160	0,026

	• súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj z online prostredia, popis zdravotného výkonu, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára, • výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, • výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta, • vykazuje sa samostatne, najviac 1x za deň na jedného pacienta.		
70	**Opätovné lekárske vystavenie receptov a (alebo) poukazov na základe požiadavky pacienta prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefónu** Charakteristika zdravotného výkonu: • Vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronickou formou na lieky/zdravotnícke pomôcky/dietetické potraviny, ktoré pacient užíva dlhšie ako 3 mesiace, a nebola realizovaná zmena dávkovania lieku. Vykazovanie zdravotného 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/lekársky poukaz vypísaný, • údaj o predpise lieku/zdravotníckej pomôcky/dietetickej potraviny pacientovi prostredníctvom • elektronických služieb, • výkon sa vzťahuje na jedného pacienta bez ohľadu na počet liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín, ktoré boli pacientovi predpísané formou papierového receptu/lekárskeho poukazu alebo formou jednorazového elektronického predpisu (t. j. za týchto podmienok sa výkon vykazuje najviac v počte 1x za deň na jedného pacienta), • výkon sa vykazuje samostatne za každý vystavený recept a/alebo poukaz, ak ide o elektronický predpis liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín typu opakovaný recept (preskripčný záznam s poznámkou „REPETATUR“), • výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi.	40	0,026
5303	**Vyšetrenie močového traktu a orgánov malej panvy u ženy.** • Ako súčasť preventívnej prehliadky.	1000	0,00909
5305	**Ultrazvukuvé vyšetrenie intravaginálnou sondou.** • Ako súčasť preventívnej prehliadky.	1200	0,00909
5308	**Ultrazvukové vyšetrenie obidvoch prsníkov, axíl a regionálnych lymfatických uzlín.** • Ako súčasť preventívnej prehliadky. • Vykazuje sa na základe odbornej spôsobilosti lekára.	1500	0,00909
5808	**Ultrazvukové sledovanie tehotenstva, vrátane biometrie plodu.** • Výkon sa nemôže vykazovať spolu s výkonom č. 108 • Akceptuje sa z dôvodu zmeny zdravotného stavu, ktorý ohrozuje vývin plodu alebo zdravie matky. • Vykazuje sa s príslušnou diagnózou pre ktorú bolo vyšetrenie indikované	600	0,008105
118	**Externé kardiotokografické vyšetrenie (CTG)** • vykazuje sa po 36. týždni tehotenstva s frekvenciou 1 x za týždeň, maximálne 4 x za tehotenstvo	230	0,019170

-	**USG výkony, ktoré nie sú súčasťou preventívnej prehliadky**	-	0,008105
-	**Výkony z I. časti Zoznamu výkonov pre poistencov EÚ, bezdomovcov, cudzincov a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z.**	-	0,026
-	**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**	-	0,026

1.3. Individuálna zložka úhrady – Individuálna dodatková kapitácia

Základ pre výpočet ceny IDK		
Špecializácia	**Veková skupina**	**Základ**
Gynekológia a pôrodníctvo	všetky	0,55 €

1.4. Hodnotiace parametre

Zameranie	Parameter	Kritérium splnenia	Váha	Plnenie do 31.12.2021
Odborné hodnotenie poskytovateľa	Celkové náklady na ošetreného poistenca	Hodnota parametra je pod hranicou horného pásma definovanou výpočtom v príslušnej referenčnej skupine ambulancií	45%	Reálne plnenie poskytovateľa
	Prevencia	Preventívna prehliadka vykonaná aspoň u takého počtu pacientov, ktorý zodpovedá priemeru v príslušnej odbornosti v hodnotenom období.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
		Preventívna prehliadka vykonaná aspoň u takého počtu pacientov, ktorý zodpovedá 75% z priemeru v príslušnej odbornosti v hodnotenom období.	7%	
Elektronizácia	ePobočka	Poskytovateľ zasiela všetky dávky vrátane faktúr za poskytnutú zdravotnú starostlivosť cez ePobočku.	10%	Reálne plnenie poskytovateľa
	eRecept	Aspoň 80% lekárskych predpisov predpísaných prostredníctvom programu eRecept.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
Dostupnosť	Ordinačný čas	Stanovenie týždenného čistého ordinačného času na aspoň 30 hodín pre každú ambulanciu.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
		Stanovenie ordinačných hodín do 16:00 hod. aspoň jeden deň v týždni pre každú ambulanciu.		

1.4.1 Doplňujúce informácie k Hodnotiacim parametrom

Celkové náklady na ošetreného poistenca
Priemerné celkové náklady na priamo poskytnutú zdravotnú starostlivosť vrátane SVLZ, preskripcie liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín a indukovanej špecializovanej ambulantnej starostlivosti na jedného ošetreného poistenca.
Do výpočtu nie je zahrnutá preventívna zdravotná starostlivosť a zdravotná starostlivosť podľa definovaných výnimiek.
Hodnotené obdobie: dva po sebe nasledujúce štvrťroky

Prevencia
Parameter vyjadruje, akým percentom sa na celkovom počte kapitovaných poistencov podieľali tí poistenci, ktorým bola v hodnotenom období poisťovňou uhradená preventívna prehliadka (výkon 157). Za kapitovaného poistenca sa pre potrebu vyhodnotenia parametra považuje ten poistenec, za ktorého bola poskytovateľovi v hodnotenom období uhradená kapitácia.
Hodnotené obdobie: štyri po sebe nasledujúce štvrťroky