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 alebo vo výške bonifikovanej 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). Podmienky bonifikovania Výslednej ceny IDK sú uvedené v bode 4.1.1 tohto článku.

4.1.1. Bonifikácia Výslednej ceny IDK

K Výslednej cene IDK sa pripočítava suma v hodnote a za pravidiel uvedených v nasledovnej tabuľke:

Počet kapitovaných poistencov poisťovne v hodnotenom období	Bonifikácia Výslednej ceny IDK v €
501 - 700	0,30
701 - 900	0,40
viac ako 900	0,45

Kapitovaným poistencom sa na účely tohto bodu rozumie taký poistenec poisťovne, za ktorého bola poskytovateľovi uhradená kapitačná platba aspoň za jedno zúčtovacie obdobie v rámci príslušného hodnoteného obdobia.

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 102 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 102 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. Všeobecný lekár pre deti a dorast (typ ZS 102)

1.1. Kapitácia

Cena kapitácie	
Veková skupina	**Cena**
do 1 roku	7,86 €
od 1 do 2 rokov vrátane	7,57 €
od 3 do 5 rokov vrátane	6,09 €
od 6 do 9 rokov vrátane	4,40 €
od 10 do 19 rokov vrátane	3,52 €
dorastový lekár	
od 15 do 19 rokov vrátane	3,52 €
od 20 do 28 rokov vrátane	2,80 €

1.2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu

Cena bodu			
Kód výkonu	**Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu**	**Počet bodov**	**Cena bodu v €**
143	**Preventívne výkony**	350	0,057
143a		350	
144		350	
145		350	
145a		370	
146		370	
146a		370	
146b		370	
146c		370	
148		370	
148a		370	
148b		390	
148c		390	
149		390	
149a		390	
149b		390	
149c		390	
149d		390	
159b		100	
160	**Základná preventívna prehliadka u VLDD** Základná (radová) preventívna prehliadka (vstupná, periodická, výstupná).Výkon obsahuje komplexné vyšetrenie v rámci základnej preventívnej prehliadky vrátane prehliadky v rámci prevencie kardiovaskulárnych chorôb. Obsah vyšetrenia je zhodný s výkonom č. 60. Výkon môže vykazovať lekár so špecializáciou všeobecné lekárstvo.	390	0,057
142	**1. preventívna prehliadka u VLDD** 1. preventívna prehliadka, bazálne vyšetrenie novorodenca. Výkon vykonáva lekár s príslušnou špecializáciou po prepustení novorodenca z ústavnej starostlivosti.	350	0,090
252b	**Očkovanie.**	70	0,057
10	**Rozbor a plánovanie cielených terapeutických postupov na ovplyvnenie chronických ochorení.** • Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z.. • Poskytovateľ vykazuje výkon č. 10 pri prevzatí poistenca s chronickým ochorením a po podpísaní dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v kombinácii s výkonom č. 60.	180	0,020995

	• Úprava alebo zmena terapeutického postupu musí byť zaznamenaná v zdravotnej dokumentácii vrátane zmeny dávkovania zdôvodnenia úpravy medikamentóznej liečby. • Akákoľvek úprava terapeutického postupu musí byť v súlade s platnou legislatívou a účelnou farmakoterapiou.		
11a	**Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor)** Charakteristika zdravotného výkonu: Konzultácia s poistencom prostredníctvom elektronickej komunikácie (webová aplikácia, videohovor) v online prostredí, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie. Konzultácia s pacientom obsahuje: • cielenú anamnézu a popis subjektívnych ťažkostí, • zhodnotenie výsledkov • v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP a vypísania žiadaniek • poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým a liečebným postupom • poučenie poistenca • určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení-návštevy iného lekára. Vykazovanie zdravotného výkonu: • výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta a zaznamená sa v zdravotnej dokumentácií • súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj z online prostredia, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení návštevy iného lekára, a to len v prípade komunikácie e-mailom alebo chatovým rozhraním, ktoré si uchováva údaje o komunikácií, • výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, • výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta, • výkon sa vykazuje najviac 1x za deň na jedného poistenca	210	0,026
1b	**Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty alebo telefonicky** Konzultácia s pacientom obsahuje: • cielenú anamnézu a popis subjektívnych ťažkostí, • zhodnotenie výsledkov, • v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP a vypísania žiadaniek, • poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým a liečebným postupom, • poučenie poistenca, • určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení-návštevy iného lekára. Vykazovanie zdravotného výkonu: • výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta a zaznamená sa v zdravotnej dokumentácií, • súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj z online prostredia, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení návštevy iného lekára, a to len v prípade komunikácie e-mailom alebo chatovým rozhraním, ktoré si uchováva údaje o komunikácií, • výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, • výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta, • výkon sa vykazuje najviac 1x za deň na jedného poistenca.	160	0,026
70	**Vystavenie lekárskych receptov a lekárskych poukazov na základe konzultácie poistenca-prostredníctvom elektronickej pošty, telefonicky, webovej aplikácie a videohovoru**	40	0,026

	Charakteristika zdravotného výkonu: • Vystavenie lekárskych receptov a/alebo lekárskych poukazov elektronickou formou Vykazovanie zdravotného výkonu: • výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta a zaznamená sa v zdravotnej dokumentácií • vykazuje sa samostatne , bez ohľadu na počet lekárskych receptov, najviac 1x za deň na jedného poistenca		
60	**Komplexné vyšetrenie poistenca pri prevzatí dieťaťa alebo dorastenca 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 60 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 s výkonom č. 60.	350	0,020995
67	**Príplatok pri sťaženom výkone do dovŕšenia piateho roku života pri výkonoch: delegovaný odber, odber krvi alebo výkon očkovania.** • Kombinácia pri výkonoch pod kódmi 252b alebo 250D s príslušnou diagnózou.	100	0,041
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.	390	0,057
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.	250	0,057
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.	60	0,057
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.	110	0,057
25	**Návšteva u kapitovaných poistencov v pracovnom čase**	285	0,026
26	**Návšteva u kapitovaných poistencov mimo pracovného času**	500	0,026
-	**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. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

Cena za výkon		
Kód výkonu	**Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu**	**Cena za výkon v €**
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, • 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. • V prípade, že poskytovateľ nevykoná komplexné predoperačné vyšetrenie, ale iba odošle pacienta k poskytovateľovi špecializovanej ambulantnej starostlivosti za účelom predoperačného vyšetrenia spolu s výsledkami uskutočnenými SVLZ zariadením, sa nad rámec kapitácie uhrádza výkon č. 250D.	13,00
62a	**Cielené vyšetrenie pacienta s respiračným syndrómom pri pandémii COVID-19** Ide o cielené vyšetrenie dvoch alebo viacerých orgánových systémov (cielená anamnéza, resp. anamnéza od poslednej kontroly), opis subjektívnych ťažkostí, objektívny nález, vypísanie správy, záver, vypracovanie plánu do nasledujúcej kontroly. Poučenie o diéte a životospráve a predvolanie na vyšetrenie je súčasťou výkonu. Výkon poisťovňa akceptuje za nasledovných podmienok: • Pacient má COVID pozitívny výsledok nie starší ako 14 dní. • U detí do 10 rokov pri pozitívnej epidemiologickej anamnéze v rodine zaznamenanej v zdravotnej dokumentácií a klinických príznakoch dieťaťa, aj bez COVID-19 pozitívneho výsledku dieťaťa. • Pacient má príznaky, ktoré sú charakteristické pre COVID ochorenie. • Výkon sa nevykazuje v kombináciu s iným výkonom. • Maximálne 1 krát za týždeň na jedno rodné číslo. • Výkon môžu vykázať nasledovné odbornosti: všeobecný lekár, pediater, internista, pneumoftizeológ, pediatrický pneumoftizeológ, infektológ, otorinolaryngológ, imunoalergológ.	20,00
250D	**Delegovaný odber krvi (odobratie krvi venepunkciou) pri návšteve pacienta v ambulancii VLDD.** – 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
H0002	**Intenzifikovaná zdravotná starostlivosť pre rizikových poistencov s obezitou.**	4,50

	• 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. Úvodný protokol a protokoly z následných kontrolných vyšetrení sú súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca (Protokoly sú uverejnené 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.	

1.4. Individuálna zložka úhrady – Individuálna dodatková kapitácia

Základ pre výpočet ceny IDK		
Špecializácia	**Veková skupina**	**Základ**
Všeobecný lekár pre deti a dorast	všetky	1,20 €

1.5. Hodnotiace parametre

Zameranie	Parameter	Kritérium splnenia	Váha	Plnenie do 31.12.2021
Odborné hodnotenie poskytovateľa	Celkové náklady na kapitovaného 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.		

1.5.1 Doplňujúce informácie k Hodnotiacim parametrom

Celkové náklady na kapitovaného 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. Počet pacientov sa prepočíta podľa nákladových indexov veku a pohlavia. 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 (výkony 148, 148a, 148b, 148c, 149, 149a, 149b, 149d, 160). Za kapitovaného poistenca sa pre potrebu vyhodnotenia parametra považuje ten poistenec, ktorý

v hodnotenom období dosiahol vek minimálne troch rokov a za ktorého bola poskytovateľovi v hodnotenom období uhradená kapitácia.
Hodnotené obdobie: štyri po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky.