

Dodatok č.
k Zmluve č.

Čl. 1
Zmluvné strany

1. Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

so sídlom: Panónska cesta 2, 851 04 Bratislava - mestská časť Petržalka

Štatutárny orgán: Ing. Richard Strapko, predseda predstavenstva

MUDr. Beata Havelková, MPH, MBA podpredsedníčka predstavenstva

IČO: 35 937 874

IČ DPH: SK2022027040

Zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel Sa,

vložka číslo: 3602/B

Osoba oprávnená konať vo veci zmluvy: (titul, meno, priezvisko) , Riaditeľ
krajskej pobočky

Kontaktná adresa:

Bankové spojenie: Štátna pokladnica

Číslo účtu: SK76 8180 0000 0070 0018 2387

(ďalej len „poisťovňa“)

a

2. (meno a priezvisko fyzickej osoby, obchodné meno a právna forma právnickej

osoby presne podľa povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia)

so sídlom: (trvalé bydlisko, alebo sídlo práv. osoby)

Zastúpený:

Osoba oprávnená konať vo veci zmluvy:

Identifikátor poskytovateľa:

IČO:

Zapísaný v Obchodnom registri Okresného súdu , oddiel , vložka číslo:

(uviesť pri právnickej osobe)

Bankové spojenie:

Číslo účtu:

(ďalej len „poskytovateľ“)

uzatvárajú

tento dodatok k Zmluve č. (ďalej len „zmluva“)

Čl. 2
Predmet dodatku

Na základe Čl. 7 zmluvy - Záverečné ustanovenia bod 8 zmluvy sa zmluvné strany dohodli na týchto zmenách zmluvy:

1. V Čl. 6 Zmluvy – Osobitné ustanovenia, sa za bod 5.4. dopĺňa bod 6. v nasledovnom znení:

„6. Revízne pravidlá:

6.1. Poistovňa uzná poskytovateľom zdravotnej starostlivosti výkony zdravotnej starostlivosti, ktoré sú poskytnuté a vykázané v súlade s touto zmluvou a revíznymi pravidlami a zároveň prihliada na medicínsku opodstatnenosť, účelnosť, efektívnosť a hospodárnosť v zmysle štruktúry výdavkov schválených v rozpočte zdravotnej poisťovne.

6.2. Revízne pravidlá zverejňuje poisťovňa na svojom webovom sídle.

6.3. Zmenu revízných pravidiel oznámi poisťovňa poskytovateľovi najneskôr 60 dní pred nadobudnutím jej účinnosti, a to dostupnými komunikačnými prostriedkami, najmä: prostredníctvom webovej stránky poisťovne, informačným materiálom zasielaným na ePobočku poskytovateľa, a priamym informovaním jednotlivých odborných združení zastupujúcich poskytovateľov.

6.4. K zmene revízných pravidiel možno pristúpiť len na základe písomnej dohody medzi poisťovňou a:

- a. príslušnou odbornou spoločnosťou a,
- b. združením ambulantných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktoré je splnomocnené konať vo veciach zmluvného vzťahu v mene poskytovateľa.

6.5. Zmluvné strany sa dohodli, že spory ohľadne obsahu alebo výkladu revízneho pravidla budú riešiť rokovaním medzi poisťovňou a zástupcom poskytovateľa najneskôr v lehote do 3 týždňov od predloženia návrhu revízneho pravidla, návrhu zmeny revízneho pravidla alebo odo dňa vzniku sporu o výklad revízneho pravidla.

6.6. Ak nedôjde k vyriešeniu sporu vzájomnou dohodou v lehote podľa predchádzajúceho odseku, zmluvné strany sa dohodli, že spornú otázku bez zbytočného odkladu predložia na rozhodnutie arbitrovi, ktorého určia vzájomnou dohodou. Výklad arbitra budú zmluvné strany rešpektovať. Združenie zastupujúce poskytovateľov zdravotnej starostlivosti zároveň vyvinie maximálne úsilie zabezpečiť implementáciu rozhodnutia arbitra u všetkých zdravotných poisťovní.

6.7. Zmluvné strany sa vzájomne zaväzujú dodržiavať revízne pravidlá.“

2. V Čl. 7 zmluvy – Záverečné ustanovenia sa body 3 a 4 nahrádzajú nasledovným znením:

„3. Zmluvné strany sú oprávnené vypovedať Zmluvu nasledovným spôsobom:

3.1. Poistovňa:

- z dôvodov uvedených v zákone č. 581/2004 Z. z. (výpovedná lehota je 2 mesiace) alebo
- po uplynutí 12 mesiacov od uzatvorenia zmluvy aj bez udania dôvodu (výpovedná lehota je 3 mesiace).

3.2. Poskytovateľ:

- z dôvodov uvedených v zákone č. 581/2004 Z. z. (výpovedná lehota je 2 mesiace) alebo
 - po uplynutí 12 mesiacov od uzatvorenia zmluvy aj bez udania dôvodu (výpovedná lehota je 3 mesiace) alebo
 - v prípade ak bez zavinenia poskytovateľa nastala udalosť, ktorú nebolo možné rozumne predvídať a predísť jej primeranými opatreniami a v dôsledku ktorej sa oprávnené náklady poskytovateľa spojené s prevádzkou zdravotníckeho zariadenia neprimerane zvýšia bez toho, aby tento nárast nákladov mal poskytovateľ bez zbytočného odkladu krytý úhradami od zdravotných poisťovní a/alebo prostriedkami zo štátneho rozpočtu; tento výpovedný dôvod je možné uplatniť len v prípade, ak poskytovateľ postupuje rovnako voči všetkým zdravotným poisťovniam (výpovedná lehota je 1 mesiac).
4. Výpovedná lehota začína plynúť prvým dňom mesiaca nasledujúceho po mesiaci, v ktorom bola výpoveď doručená.“
3. V Čl. 7 zmluvy – Záverečné ustanovenia sa tabuľka v bode 10 nahrádza nasledovným znením:

Príloha k zmluve	Číslo prílohy	Typ ZS	Platnosť prílohy
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1a	103	31.3.2024
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2a	103	31.3.2024
Kritéria na uzatváranie zmlúv	3a	103	doba neurčitá

4. Príloha č. 1a zmluvy – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti pre typ ZS 103 sa nahrádza novým znením, ktoré tvorí prílohu č. 1 tohto dodatku.
5. V prílohe č. 2a zmluvy – Rozsah zdravotnej starostlivosti, bod II. Maximálny rozsah úhrady zdravotne starostlivosti sa tabuľka s maximálnym zmluvným rozsahom nahrádza nasledovným znením:

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	maximálny zmluvný rozsah
103	gynekologická	Zmena zmluvného objemu s prihliadnutím na navýšenie ceny bodu a produkcie poskytovateľa

Čl. 3 Záverečné ustanovenia

1. Tento dodatok, ktorý tvorí súčasť zmluvy, nadobúda platnosť dňom podpisu zmluvnými stranami a účinnosť dňom 1.4.2023 po jeho predchádzajúcom zverejnení v zmysle § 47a Občianskeho zákonníka v znení neskorších predpisov.
2. Zmluvné strany dohodli, že za účelom zachovania kontinuity poskytovania a úhrady zdravotnej starostlivosti bude zdravotná starostlivosť poskytnutá poskytovateľom v čase od 1.4.2023 do nadobudnutia účinnosti tohto dodatku, hradená v súlade s týmto dodatkom.
3. Zmluvné strany sa dohodli, že nadobudnutím účinnosti tohto dodatku sa naposledy dohodnutý obojstranný záväzok o neuplatňovaní Čl. 7 bod 5 zmluvy, ruší.
4. Zdravotná poisťovňa deklaruje, že medziročné navýšenie finančných zdrojov bude v segmentoch VLD, VLDD, GYN, ŠAS minimálne na úrovni 20%. V prípade, ak by medziročné navýšenie nedosahovalo úroveň podľa predchádzajúcej vety, zaväzujú sa obe strany vstúpiť do rokovania o úprave zmluvných a cenových podmienok a vyvinúť

maximálne úsilie smerujúce k dohode týkajúcej sa úpravy zmluvných a cenových podmienok spôsobom, aby deklarované medzoročné navýšenie bolo dosiahnuté.

5. Tento dodatok je vyhotovený v dvoch rovnopisoch po jednom pre každú zmluvnú stranu.
6. Zmluvné strany vyhlasujú, že si tento dodatok prečítali, jeho obsahu porozumeli a na znak toho, že obsah tohto dodatku zodpovedá ich skutočnej a slobodnej vôli, ho vlastnoručne podpísali.

V dňa 2023

Za poskytovateľa:

Za poisťovňu:

.....
(titul, meno, priezvisko)
(funkcia)
(názov poskytovateľa)

.....
(titul, meno, priezvisko)
(funkcia)
Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

**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 uzatvorenú 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 č. 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. 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“).

3.1. 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).

3.2. Hodnotiace parametre

HP ovplyvňujú výslednú cenu individuálnej zložky úhrady poskytovateľa uvedenej v bode 3.1. 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 dva krát počas kalendárneho roka nasledovným spôsobom:

I. vyhodnotenie					
Hodnotenú obdobie (od-do)		Vyhodnocovanie (od-do)		Aplikácia vyhodnotenia (od)	
1.1.	30.6.	1.7.	30.9.	1.10.	

II. vyhodnotenie					
Hodnotenú obdobie (od-do)		Vyhodnocovanie (od-do)		Aplikácia vyhodnotenia (od)	
1.7.	31.12.	1.1.	31.3.	1.4.	

Ak nie je hodnotenú obdobie inak špecifikované v doplňujúcich informáciách k parametrom, vyhodnocuje sa predchádzajúci kalendárny [polrok](#).

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 [kategórie „Poistenec“](#) sú poskytovatelia zaradení do referenčných skupín (odbornosť a typ poskytovateľa), v ktorých sa na základe vykázané 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 [polroka](#), v ktorom realizuje vyhodnotenie HP.

Čl. II

Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (ceny)

1. Gynekológia a pôrodníctvo (typ ZS 103)

3.1. Kapitácia

Cena kapitácie	
Veková skupina	Cena
všetky vekové skupiny po dovŕšení 15. roka života	1,84 €

3.2. 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	0,0800
102	Preventívny výkon	320	0,0800
103	Vyšetrenie a rady počas gravidity s vyhodnotením výsledkov laboratórnych vyšetrení so zreteľom na riziká gravidity. <ul style="list-style-type: none"> 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	0,0800
105	Preventívny výkon	250	0,0800
108	Ultrazukové sledovanie tehotenstva vrátane biometrie a posúdenie vývoja orgánov vrátane obrazovej dokumentácie, za každé vyšetrenie. <ul style="list-style-type: none"> 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	0,0800
1070	Kolposkopia <ul style="list-style-type: none"> Vykazovanie iba v kombinácii s výkonom č. 157. 	150	0,0800
60	Komplexné vyšetrenie poistenca pri prevzatí dospelaj osoby do zdravotnej starostlivosti ako prvotné komplexné vyšetrenie s vystavením zdravotného záznamu. <ul style="list-style-type: none"> 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. 	420	0,0318
252b, 252c	Očkovanie <ul style="list-style-type: none"> Očkovacia látka je úplne alebo čiastočne hrazená z verejného zdravotného poistenia, vrátane očkovania proti chrípke pri tehotnej poistenke. 	70	0,080

297	Odobratie, príprava a odoslanie sterového materiálu na cytologické vyšetrenie, prípadne aj fixácia vrátane nákladov.	50	0,0800
11a	Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor) Charakteristika zdravotného výkonu: Konzultácia s poistencom prostredníctvom preukázateľnej elektronickej komunikácie (webová aplikácia, videohovor) v online prostredí, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie, realizáciu fotografií pacienta/vyšetrovaného orgánu na prídanie do zdravotnej dokumentácie. Konzultácia s poistencom obsahuje: <ul style="list-style-type: none"> • 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, ak ich má poskytovateľ k dispozícii, • vypísanie receptov, prípadne vypísanie žiadaniek na ďalšie vyšetrenie, • poučenie poistenca, • diagnostický záver, • určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Vykazovanie zdravotného výkonu: <ul style="list-style-type: none"> • výkon sa vykazuje ako komplexná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia, • súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je preukázateľný časový údaj o realizácii z online prostredia, • vyhotovenie záznamu v eZdravie, • diagnostický záver, ak je potrebné, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, • prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, • 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 poistenca 	210	0,027
1b	Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty, telefonicky alebo SMS Konzultácia s poistencom prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky obsahuje: <ul style="list-style-type: none"> • cielenú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom alebo k psychickej poruche • diagnostický záver, • v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplynuli z konzultácie ohľadom zdravotného stavu, • v prípade potreby záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, • poskytnutie informácií poistencovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane nefarmakologickej a farmakologickej terapie. 	160	0,027

	<p>Vykazovanie zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia poistenca, súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj o realizácii z online prostredia, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, vyhotovenie záznamu v eZdravie, výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie poistenca, <p>Povolená frekvencia akceptovania zdravotného výkonu:</p> <p>1-krát za deň a maximálne 4-krát za kalendárny mesiac na jedného poistenca.</p>		
70	<p>Opätovné lekárske vystavenie receptov alebo poukazov na základe požiadavky poistenca prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefónu</p> <p>Charakteristika zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vystavenie receptov alebo poukazov elektronickou formou na lieky/zdravotnícke pomôcky/dietetické potraviny, ktoré poistenec užíva minimálne jeden mesiac, a nebola realizovaná zmena dávkovania lieku lebo liekovej formy lieku <p>Vykazovanie zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia poistenca, súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je preukázateľný časový údaj o realizácii z online prostredia, vyhotovenie záznamu v eZdravie, údaj, kedy bol recept/lekársky poukaz vypísaný, údaj o predpise lieku/zdravotníckej pomôcky/dietetickej potraviny poistencovi prostredníctvom elektronických služieb, výkon sa vzťahuje na jedného poistenca bez ohľadu na počet liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín, ktoré boli poistencovi predpísané formou receptu/lekárskeho poukazu alebo formou jednorazového elektronického predpisu (t. j. za týchto podmienok sa výkon vykazuje najviac v počte 1x za deň na jedného poistenca), v prípade ak ide o elektronický predpis liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín typu opakovaný recept (preskripcný záznam s poznámkou „REPETATUR“) vykazuje sa samostatne za každý vystavený recept alebo poukaz, výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi. <p>Povolená frekvencia akceptovania zdravotného výkonu:</p> <p>1-krát za deň, maximálne 4-krát za kalendárny mesiac na jedného poistenca.</p>	40	0,027
5303	<p>Vyšetrenie močového traktu a orgánov malej panvy u ženy.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ako súčasť preventívnej prehliadky. 	1000	0,009574
5305	<p>Ultrazvukové vyšetrenie intravaginálnou sondou.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ako súčasť preventívnej prehliadky. 	1200	0,009574
5308	<p>Ultrazvukové vyšetrenie obidvoch prsníkov, axíl a regionálnych lymfatických uzlín.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ako súčasť preventívnej prehliadky. 	1500	0,009574

	<ul style="list-style-type: none"> Vykazuje sa na základe odbornej spôsobilosti lekára. 		
5808	Ultrazvukové sledovanie tehotenstva, vrátane biometrie plodu. <ul style="list-style-type: none"> 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	0,009574
118	Externé kardiokografické vyšetrenie (CTG) <ul style="list-style-type: none"> 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	-	0,009574
-	Výkony z I. časti Zoznamu výkonov pre poistencov EÚ, bezdomovcov, cudzincov a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z.	-	0,0339
-	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	-	0,009574
-	Neodkladná zdravotná starostlivosť poskytnutá poistencom poisťovne, s ktorými poskytovateľ nemá uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti	-	0,0318
<p><i>Poisťovňa uhradí zdravotné výkony s kódom: 11a, 1b, 70 len za predpokladu, že relevantnú medicínsku radu alebo konzultáciu je možné poskytnúť poistencovi alebo jeho zákonnému zástupcovi telefonickou formou alebo formou videohovoru alebo inou elektronickou formou s ohľadom na zdravotný stav poistenca pri zachovaní správnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. a to pri súčasnom zohľadnení špecifik dištančného spôsobu poskytovania zdravotnej starostlivosti. Telefonický rozhovor alebo videohovor alebo iná elektronická komunikácia medzi poistencom a zdravotníckym pracovníkom s diagnostikou alebo terapiou poistenca. Zdravotné výkony musia byť zaznamenané v zdravotnej dokumentácii a eZdravie a nie je ich možné vzájomne kombinovať a ani kombinovať s inými výkonmi.</i></p>			

3.3. Individuálna zložka úhrady – Individuálna dodatková kapitácia

Základ pre výpočet ceny IDK		
Špecializácia	Veková skupina	Základ
Gynekológia a pôrodnictvo	všetky	0,60 €

3.4. Hodnotiace parametre

Zameranie	Parameter	Kritérium splnenia	Váha	Plnenie
Poistenec	Celkové náklady na ošetrovaného poistenca	Hodnota parametra je pod hranicou horného pásma definovanou výpočtom v príslušnej referenčnej skupine ambulancií	45%	Reálne plnenie poskytovateľa
	Prevenčia	Preventívna prehliadka vykonaná aspoň u takého počtu poistencov, ktorý zodpovedá priemeru v príslušnej odbornosti v hodnotenom období.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
		Preventívna prehliadka vykonaná aspoň u takého počtu poistencov, ktorý zodpovedá 75% z priemeru v príslušnej odbornosti v hodnotenom období.	7%	
Elektronizácia	eNávrhy	Poskytovateľ vystavuje žiadosť o schválenie vybraných liekov, zdravotníckych pomôcok alebo kúpeľnej liečby formou eNávrhu.	10%	Aplikácia vyhodnotenia od 1.4.2024
	eZdravie	Poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vedie zdravotnú dokumentáciu v súlade s ustanovením § 19 a nasl. Zákona č. 576/2004 Z. z. a súčasne zasiela údaje zo zdravotnej dokumentácie elektronickou formou do elektronickej zdravotnej knižky (EZK) v rozsahu § 5 Zákona č. 153/2013 Z. z.	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.		

3.4.1 Doplnujúce informácie k Hodnotiacim parametrom

Celkové náklady na ošetrovaného 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 ošetrovaného poistenca.

Do výpočtu nie je zahrnutá preventívna zdravotná starostlivosť a zdravotná starostlivosť podľa definovaných výnimiek.

Hodnotené obdobie: dva po sebe nasledujúce štvrtroky

Prevenčia

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: **12 po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov**