



P19483 51744422 5001VLDD000119 06 0322

**Dodatok č. 6
k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti
č. 5001VLDD000119**

**Článok 1
Zmluvné strany**

Union zdravotná poisťovňa, a. s.

zastúpená: Ing. Elena Májeková, riaditeľka sekcie zdravotného poistenia
so sídlom: Karadžičova 10, 814 53 Bratislava
IČO: 36 284 831
DIČ: 2022152517
IBAN: SK37 8180 0000 0070 0025 6518
označenie registra: Okresný súd Bratislava I, oddiel: Sa, vložka číslo: 3832/B
právna forma: akciová spoločnosť
kód Union zdravotnej poisťovne, a. s.: 27
(dalej len „zdravotná poisťovňa“)

a

ROZVOJOVÁ AGENTÚRA Banskobystrického samosprávneho kraja, n. o.

zastúpený: PaedDr. Janka Pálková, PhD., riaditeľ
so sídlom: Námestie SNP 14585/1, 97401 Banská Bystrica
IČO: 51744422
identifikátor poskytovateľa (prvých šesť znakov kódu poskytovateľa): P19483
(dalej len "poskytovatel" alebo spoločne aj „zmluvné strany“)

Zmluvné strany uzatvárajú tento dodatok č. 6 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti č. 5001VLDD000119 (dalej v texte aj ako „zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti“):

**Článok 2
Predmet dodatku**

Na základe článku IX bodu 9.5. zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa zmluvné strany dohodli na tejto zmene zmluvy:

1. V písm. f) bodu 4.6. článku IV zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa na začiatku písmena dopĺňajú slová „ak nie je v prílohe č. 2 k tejto zmluve dohodnuté inak.“.
2. V bode 6.1. článku VI zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa dopĺňa nová veta, ktorá znie nasledovne: „Zdravotná poisťovňa môže vykonávať kontrolnú činnosť aj ako kontrolu na diaľku podľa príslušných ustanovení zákona č. 581/2004 Z. z. a podľa bodov 6.4. písm. c), 6.5. až 6.12. tohto článku.“.
3. Bod 7.1. článku VII zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa mení a znie nasledovne:
„V prípade, že zdravotná poisťovňa na základe vykonanej kontroly (článok VI zmluvy) zistí, že poskytovateľ vykázal zdravotnej poisťovni výkon v rozpore so zmluvou a/alebo všeobecne záväznými právnymi predpismi a/alebo vykázal výkon, ktorého poskytnutie v celom rozsahu alebo v určitej jeho časti nepreukázal, a zdravotná poisťovňa takýto výkon poskytovateľovi uhradila (dalej len „neoprávnená úhrada“), poskytovateľ sa zavázuje, že zdravotnej poisťovni vráti takúto neoprávnenú úhradu alebo jej časť za podmienok podľa bodu 7.2. a 7.4. tohto článku.“.
4. Bod 9.3. článku IX zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa mení a znie nasledovne:
„9.3. Zmluva sa uzatvára na dobu neurčitú s výnimkou prílohy č. 2 k tejto zmluve, ktorá je účinná do 30.06.2023.“.
5. Príloha č. 2 – Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s výnimkou Časti - Finančný rozsah pre ŠAS sa nahradza novým znením, ktoré tvorí neoddeliteľnú prílohu tohto dodatku.

6. Príloha č. 2 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, Časť - Finančný rozsah pre ŠAS sa za obdobie od 01.01.2022 do 31.12.2022 nepoužije.

7. Ostatné ustanovenia zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti ostávajú týmto dodatkom nezmenené.

Článok 3 Spoločné a záverečné ustanovenia

1. Tento dodatok je neoddeliteľnou súčasťou zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Tento dodatok je vyhotovený vo dvoch rovnopisoch, z ktorých sa každý považuje za originál. Každá zo zmluvných strán obdrží po jednom vyhotovení dodatku.
2. Súhlas s obsahom dodatku vyjadria zástupcovia zmluvných strán svojím podpisom na poslednej strane tohto dodatku.
3. Tento dodatok nadobúda platnosť dňom podpisu zmluvnými stranami a účinnosť prvým dňom kalendárneho mesiaca nasledujúceho po kalendárnom mesiaci, v ktorom dodatok nadobudol platnosť.

V Bratislave dňa 21.03.2022

Union zdravotná poisťovňa, a.s.



Ing. Elena Májeková
riadička sekcie zdravotného poistenia
na základe plnej moci

ROZVOJOVÁ AGENTÚRA Banskobystrického samosprávneho kraja, n. o.

ROZVOJOVÁ AGENTÚRA
Banskobystrického samosprávneho kraja, n. o.
Nám. SNP 1, 974 01 Banská Bystrica
IČO: 51744422
DIČ: 2120807117

PaedDr. Janka Pálková, PhD., riaditeľ

Príloha č. 2
k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah

Časť – Všeobecné ustanovenia

1. Zdravotné výkony sa uhrádzajú v súlade so zmluvou o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a za nasledovných podmienok:

- Zdravotná poisťovňa uhrádza všetky medicínsky indikované, zdravotnej poisťovni vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony podľa podmienok vyplývajúcich zo zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.
- Ak je ako spôsob úhrady určená „cena bodu“, výška úhrady za zdravotný výkon sa určí ako súčin počtu bodov podľa „Zoznamu výkonov a ich bodové hodnoty k zdravotným výkonom uvedeným v časti A“ (dalej len „zoznam výkonov“) uvedeným v prílohe č. 4 časti C opatrenia MZ SR č. 07045/2003 – OAP z 30. decembra 2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov, s výnimkou zdravotných výkonnov, pre ktoré je v tejto prílohe určené iné bodové ohodnotenie, a príslušnej (výslednej) ceny bodu dohodnutej v tejto prílohe pre daný výkon; ak dôjde k zrušeniu právneho predpisu uvedeného v tomto písomene, použije sa na účely určenia bodovej hodnoty posledné platné a účinné znenie tohto právneho predpisu, ak nebude dohodnuté inak.
- Ak je ako spôsob úhrady určená „cena výkonu“, príslušná cena za výkon dohodnutá v tejto prílohe predstavuje výšku úhrady za výkon.
- Ak je úhrada za zdravotný výkon zahrnutá v úhrade za iný zdravotný výkon alebo v kapitácii, takýto zdravotný výkon sa osobitne neuhrádzá a vykazuje sa na úhradu do zdravotnej poisťovne s nulovou výškou úhrady.
- Úhrada za zdravotný výkon zahrňa náklady na všetku zdravotnú starostlivosť poskytnutú v rámci zdravotného výkonu, ak nie je dojednané inak.
- Zdravotný výkon, ktorý nemá v zozname výkonov určenú bodovú hodnotu, môže zdravotná poisťovňa uhradiť poskytovateľovi len s jej predchádzajúcim súhlasm a to najviac vo výške preukázateľných nákladov spojených s jeho poskytnutím poistencovi.

2. Ak je ako spôsob úhrady zdravotnej starostlivosti určená kapitácia, zdravotná poisťovňa ju uhrádza za nasledovných podmienok:

- Kapitácia je mesačná paušálna úhrada za poskytovanie zdravotnej starostlivosti jednému poistencovi (dalej aj ako „kapitovaný poistenc“), s ktorým má poskytovateľ podľa § 12 zákona č. 576/2004 Z. z. uzavretú platnú a účinnú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (dalej len „dohoda“).
- Pre účely úhrady kapitácie zdravotná poisťovňa akceptuje uzavretie dohody len s jedným poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti a s jedným poskytovateľom ambulantnej starostlivosti v odbore gynäkológia a pôrodnictvo. Ak poistenc uzávori dohodu s ďalším poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo poskytovateľom ambulantnej starostlivosti v odbore gynäkológia a pôrodnictvo, zdravotná poisťovňa pre účel úhrady kapitácie akceptuje novú dohodu len za podmienky, že predchádzajúca dohoda zanikne v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z.
- Kapitácia zahrňa náklady na všetku zdravotnú starostlivosť poskytnutú kapitovanému poistencovi za daný kalendárny mesiac, ak v tejto prílohe nie je dojednané inak.
- Poskytovateľ:
 - zasiela kópiu dohody a kópiu odstúpenia od dohody s predchádzajúcim poskytovateľom zdravotnej poisťovni na jej vyžiadanie v prípade, ak v jednom kalendárnom mesiaci budú fakturovať kapitáciu na tohto istého poistencu dva alebo viaceri poskytovatelia; zdravotná poisťovňa je oprávnená vyžadať kópie dohody písomne, telefonicky alebo e-mailom; za účelom prípadného doriešenia kolízie podľa tohto bodu je zdravotná poisťovňa oprávnená vyžadať aj preukázanie odstúpenia od dohody poistencom,
 - zasiela k termínu 30. jún a 31. december príslušného kalendárneho roka hlásenie o počte kapitovaných poistencov zdravotnej poisťovni v elektronickej podobe v dátovom rozhraní určenom metodickým usmernením vydaným Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou; vzťahuje sa to na poskytovateľov, ktorí nevykazujú zdravotnú starostlivosť na úhradu do zdravotnej poisťovne prostredníctvom online pobočky zdravotnej poisťovne,
 - má nárok na úhradu kapitácie aj spätné, ak poistenc alebo jeho zákonného zástupcu neohlásil poskytovateľovi zmenu zdravotnej poisťovne; nárok na spätnú úhradu kapitácie za kapitovaného poistencu, ktorého opomenul vykázať má iba v tom prípade, ak zdravotná poisťovňa v období, za ktoré si tohto poistencu spätné vykazuje, neuhradila kapitáciu inému poskytovateľovi,
 - má nárok, aby zdravotná poisťovňa vykonala porovnanie kapitačného stavu poistencov poskytovateľa a oznámila výsledok poskytovateľovi na základe údajov poskytnutých poskytovateľom podľa písma. db) tohto bodu a informovala poskytovateľa o skutočnom počte kapitovaných poistencov u poskytovateľa, evidovaných v informačnom systéme zdravotnej poisťovne,
 - Ak poskytovateľ nemal uzavretú dohodu s poistencom po dobu celého kalendárneho mesiaca, zdravotná poisťovňa má právo krátiť kapitáciu za tie dni kalendárneho mesiaca, za ktoré nebola uzavretá dohoda.

3. Výška úhrady za zdravotný výkon a kapitácia nezahŕňa náklady na lieky plne alebo čiastočne uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia zaradené v Zozname kategorizovaných liekov (platnom čase podania lieku), označené v stĺpici „spôsob úhrady“ písmenom A a AS. Úhrada za výkony domácej ošetrovateľskej starostlivosti nezahŕňa náklady na špeciálny zdravotnícky materiál zaradený v Zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov.

Časť - Všeobecná ambulantná starostlivosť pre deti a dorast (vrátane dorastu)

1. Kapitácia sa v závislosti od veku kapitovaného poistencu uhrádza nasledovne:

Špecifikácia podmienok úhrady	Kapitácia v €
poistenec do 1 roka veku	8,24
poistenec od 1 do 2 rokov veku vrátane	6,48
poistenec od 3 do 5 rokov veku vrátane	6,24
poistenec od 6 do 14 rokov veku vrátane	4,31
poistenec od 15 do 18 rokov veku vrátane	2,72
poistenec od 19 do 28 rokov vrátane	2,72

2. V kapitácii nie je zahnutá úhrada za zdravotné výkony poskytnuté kapitovanému poistencovi, ktoré sa podľa tejto časti uhrádzajú u kapitovaného poistencu cenou bodu alebo cenou výkonu.

3. Ak nie je dojednané inak, cenou bodu sa u kapitovaného poistencu a poistencu EÚ, ktorý má na to právny nárok v zmysle príslušných všeobecne záväzných právnych predpisov, uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony za podmienok úhrady uvedených v tejto tabuľke:

Kód výkonu	Cena bodu v €
142	0,099
143, 143a, 144, 145, 145a, 146, 146a, 146b, 146c, 148, 148a, 148b, 148c, 149, 149a, 149b, 149c, 149d, 149f, 950, 953 (pri vykázaní s kódom choroby Z00.1) Výkon 950 je možné vykázať v kombinácii s výkonom s 143, 143a, 144, 145, 145a, 146, 146a, 146b, 146c.	0,065
143, 143a, 144, 145, 145a, 146, 146a, 146b, 146c, 148 (pri vykázaní s kódom choroby P07.00, P07.01, P07.02, P07.10, P07.11 podľa pôrodnej hmotnosti novorodenca)	0,0715

4. Cenou bodu sa u kapitovaného poistencu a poistencu EÚ, ktorý má na to právny nárok v zmysle príslušných všeobecne záväzných právnych predpisov, uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony za podmienok úhrady uvedených v tejto tabuľke:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
159b	Vykazuje sa - s kódom choroby Z00.1 - s výkonom 149 alebo 149d - aj u poistencov v 13. roku veku	0,065
951	Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie v rámci kontrolných vyšetrení (mimo preventívnych prehliadok) u dojčača do dovŕšenia 1. roku, ktoré malo suspektný nález pri výkone 950.	0,065
952	Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie v rámci kontrolných vyšetrení (mimo preventívnych prehliadok) u batoláča od dovŕšenia 1. roku (vrátane) do dovŕšenia 3. roku, ktoré malo suspektný nález pri výkone 950.	0,065
3671	V prípade zrealizovania vyšetrenia v ambulancii sa výkon vykazuje: - s výkonom 149 alebo 149d a s kódom choroby Z00.1, Z00.0 alebo Z52.0 u darcov krvi alebo - u poistencov s podозrením na diabetes mellitus, poruchy metabolizmu glukózy, iné akútne stavby alebo metabolické ochorenia.	0,065
252a	pri očkovaní proti rotavírusom sa vykazuje s kódom choroby Z25.8 alebo Z26.8	0,0800
	pri očkovaní proti chripke sa vykazuje s kódom choroby Z25.1	
	pri povinnom očkovaní vrátane povinného očkowania proti diftérii a tetanu a povinného očkowania proti pneumokokom sa vykazuje s kódom choroby Z23.8 alebo Z27.4 alebo Z27.8 alebo Z00.1,	
	pri odporúčanom (u poistencov nad 15 rokov) očkovaní proti pneumokokom sa vykazuje s kódom choroby Z23.8	
252b	pri očkovaní proti vírusovej hepatítide typu A sa vykazuje s kódom choroby Z20.5 alebo Z24.6	
	pri očkovaní proti vírusovej hepatítide typu A + B sa vykazuje s kódom choroby Z24.6	
	pri očkovaní proti meningokokovej meningitide sa vykazuje s kódom choroby Z20.8 alebo Z23.8	
	pri očkovaní proti varicelle sa vykazuje s kódom choroby Z26.8	

	pri očkovani proti kiešľovej encefalite sa vykazuje s kódom choroby Z24.1 pri očkovani proti HPV u dievčat a chlapcov od 13. roku do 15. roku života, vykazuje sa s kódom choroby Z25.8 pri očkovani proti osýpkam sa vykazuje s kódom Z27.4, Z27.8, Z27.3, Z27.1 alebo Z24.4	
25 26 29	Výkon 25 je možné vykázať aj: - s výkonom preventívnych prehliadok u imobilných poistencov alebo z dôvodu iného závažného dlhodobého zdravotného postihnutia poistencu, - s výkonom 252b, ak ide o vykonanie očkovania na základe rozhodnutia regionálneho úradu verejného zdravotníctva alebo Úradu verejného zdravotníctva SR u poistencov, ktorí dlhodobo odmietajú dostaviť sa do ambulancie poskytovateľa za účelom vykonania očkovania. O uvedených skutočnostiach vykoná poskytovateľ záznam v zdravotnej dokumentácii poistencu	0,03
4;5;6;30	Výkony sa vykazujú nasledovne: - výkon 4 s výkonom 25 alebo 26 - výkon 5 s výkonom 26 a s výkonom 30 - výkon 6 s výkonom 26 alebo 29 a s výkonom 30 - výkon 30 s výkonom 26 alebo 29	0,015
40	Zotrávanie poskytovateľa pri poistencovi mimo ambulanciu cez deň (za každú začatú polhodinu), najmä v súvislosti s potrebou jeho zotravania do príchodu záchrannej zdravotnej služby zabezpečujúcej prevoz poistencu do ústavnej zdravotnej starostlivosti; vyžaduje sa odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii poistencu.	0,015
41	Zotrávanie poskytovateľa pri poistencovi mimo ambulanciu v noci medzi 20.00 a 7.00 hodinou (za každú začatú polhodinu), najmä v súvislosti s potrebou jeho zotravania do príchodu záchrannej zdravotnej služby zabezpečujúcej prevoz poistencu do ústavnej zdravotnej starostlivosti; vyžaduje sa odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii poistencu	0,015
5702*	Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie aspoň s 10 QRS komplexami, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil.	0,00861
4571a	C - reaktívny protein, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil (380 bodov)	0,0132
-	Výkony (okrem SVLZ výkonov) neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanému poistencovi	0,03
-	SVLZ výkony neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanému poistencovi EÚ s výnimkou výkonov, pre ktoré je v tejto časti prílohy určená iná cena bodu alebo cena výkonu	0,00861
-	SVLZ výkony (okrem SVLZ výkonov) zdravotnej starostlivosti poskytnuté poistencovi EÚ s výnimkou výkonov, pre ktoré je v tejto časti prílohy určená iná cena bodu alebo cena výkonu	0,03
-	SVLZ výkony zdravotnej starostlivosti poskytnuté poistencovi EÚ s výnimkou výkonov, pre ktoré je v tejto časti prílohy určená iná cena bodu alebo cena výkonu	0,00861
-	Vybrané výkony za podmienok uvedených v dokumente „Usmerenie k vykazovaniu výkonov telematicky“ zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne.	0,026

*Pri účely uhrádzania výkonov podľa príslušných zmluvných podmienok nie je potrebné, aby poskytovateľ žiadal zdravotnú poisťovňu o zazmluvnenie uvedených výkonov v zmysle bodu 4.6. pism. f) zmluvy a ani aby boli dané výkony uvedené v prílohe č. 3 k zmluve. Pri účely uhrádzania výkonov je poskytovateľ povinný od momentu poskytovania týchto výkonov disponovať dokladom o odbornej spôsobilosti na vykonávanie a vyhodnocovanie príslušných vyšetrení (specializácia alebo certifikát) a dokladom o vlastníctve alebo prenájme prístroja s platným certifikátom (vyplňaním o zhode) a na vyzádanie zdravotnej poisťovne fiesto doklady predložiť v origináli k nahliadnutiu zdravotnej poisťovni alebo vo forme kopie doručiť zdravotnej poisťovni.

5. Cenou výkonu sa u kapitovaného poistenca a poistencu EÚ, ktorý má na to právny nárok v zmysle príslušných všeobecne záväzných právnych predpisov, uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony za podmienok úhrady uvedených v tejto tabuľke:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena výkonu v €
160	Vykazuje sa - s kódom choroby Z00.1, Z00.0 alebo Z52.0 u darcov krvi	23,73
60	Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie - pri prevzatí poistencu do zdravotnej starostlivosti - maximálne jedenkrát u jedného poistencu	4,50
60b	Základné vyšetrenie zahŕňa potrebné odbery krvi, zhodnotenie laboratórmých a zobrazovacích vyšetrení a zaradenie pacienta do rizikovej skupiny ASA. Ak ďalej nie je uvedené inak, výkon možno vykázať iba raz v rámci jednej operácie, výkon sa vykazuje s kódom choroby, pre ktorú je poistenec plánovaný na operáciu. Zdravotná poisťovňa akceptuje vykázanie výkonu aj opakovane pre účely tohto istého operačného základu, ak je predoperačné vyšetrenie opakovane z dôvodu zrušenia operačného základu a z dôvodu uplynutia platnosti predoperačného vyšetrenia podľa klasifikácie ASA. V prípade odoslatia poistencu na vykonanie predoperačného vyšetrenia k lekárovi špecializovanej zdravotnej starostlivosti, zdravotná poisťovňa poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súvislosti s predoperačným vyšetrením uhrádza v rámci kapitačnej platby za poistenca.	16,00
67	U detí do detí do dňa ich 10. narodenia (vrátane tohto dňa) pri stáženom výkone:	4,10

	očkovanie alebo odber krvi. V ostatných prípadoch je úhrada za tento výkon zahrnutá v kapitácii. Výkon je možné kombinovať aj s výkonom 252a a 250D.	
5702Z*	Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie aspoň s 10 QRS komplexami ako súčasť predoperačného vyšetrenia; vykazuje sa s výkonom 60b. Zdravotná poisťovňa akceptuje vykázanie výkonu aj opakovane pre účely toho istého operačného zákroku, ak je predoperačné EKG opakované z dôvodu zrušenia operačného zákroku a z dôvodu uplynutia platnosti predoperačného vyšetrenia podľa klasifikácie ASA.	4,74
1544a*	Otoskopické vyšetrenie jednostranne	4,40
629b*	<p>Skríniový antigenový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou Obsahová náplň výkonu: Skríniový, rýchly antigenový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou zahŕňa odber biologického materiálu na stanovenie antigenov SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou pomocou prístroja na odčítanie výsledku reakcie, vrátane použitia osobných ochranných pracovných prostriedkov a dezinfekcie. Zdravotný výkon vykonáva lekár alebo sestra, sestra špecialistka alebo iný zdravotnícky pracovník. Vyhodnotenie je súčasťou zdravotného výkonu.</p> <p>Výkon:</p> <ul style="list-style-type: none"> - je indikovaný na základe klinickej (nie výlučne epidemiologickej) indikácie ošetrovujúceho lekára, - uhrádza sa u symptomatického pacienta s klinickými príznakmi respiračného syndrómu, - vykazuje sa diagnózou U07.1 alebo U07.2, - sa uhrádza u jedného poistenca maximálne 2x za 30 dní, - bol zrealizovaný za pomoc certifikovaného antigenového testu, - sa vykazuje s diagnózou U07.1. alebo U07.2. <p>Odber pre účely výkonu sa vykonáva s použitím osobitných ochranných pracovných prostriedkov:</p> <ul style="list-style-type: none"> - respirátor FFP2-3, respirátor musí byť prekrytý rúškom, ak má výdychový ventil, - ochranný plastikový tvárový štít alebo okuliare, - jednorazové rukavice. <p>Zároveň sú splnené aj tieto podmienky:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zrealizuje sa dezinfekcia bezprostredného priestoru po odberu pre účely daných výkonov; - poskytovateľ v prípade pozitívne testovaného poistencu zabezpečil ďalší manažment starostlivosti o pacienta, <p>Výkon 629b nie je možné vzájomne kombinovať s výkonom 629a pri jednom vyšetrení pacienta.</p>	10,20
10	<p>Starostlivosť o poistencu s obezitou, artériovou hypertenziou a/alebo dyslipidémiou</p> <p>Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie</p> <ul style="list-style-type: none"> - u poistencu, ktorý má aspoň jedno z nasledujúcich ochorení alebo ich kombináciu: <ul style="list-style-type: none"> • obezita • dyslipidémia • hypertenzia (ďalej jednotlivo aj ako „dané ochorenie“ alebo spoločne ako „dané ochorenia“) - ak ide o poistencu, ktorý má len izolovanú obezitu (t.j. nemá artériovú hypertenziu a/alebo dislipidémiu), podmienkou úhrady je aj BMI nad 90 percentil pre daný vek poistencu (štandardné hodnoty BMI u detí sú stanovené Odborným usmernením Ministerstva zdravotníctva SR č. 13278-OZS-2011 o diagnostike a liečbe obezity u detí) - ak poistenc nie je dispenzarizovaný a/alebo liečený u iného poskytovateľa pre dané ochorenia (okrem jednorazového vyšetrenia u poskytovateľa špecializovanej ambulantnej starostlivosti za účelom konzultácie alebo vykonania zobrazovacieho vyšetrenia), - ak je vykázaný s príslušnou diagnózou, - maximálne trikrát za kalendárny rok u jedného poistencu; v prípade potreby vyššej frekvencie vyšetrení je úhrada za ďalšiu zdravotnú starostlivosť zahrnutá v kapitácii, - ak poskytovateľ postupuje v súlade s príslušnými platnými odbornými usmerneniami pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti vydanými Ministerstvom zdravotníctva SR podľa príslušného ustanovenia zákona č. 576/2004 Z. z. (ak existujú), - ak poskytovateľ vykonáva príslušné zápisu v súvislosti s liečbou daného ochorenia do zdravotnej dokumentácie. <p>V cene výkonu je zahrnuté komplexné poskytovanie zdravotnej starostlivosti v súvislosti s daným ochorením, najmä</p> <ul style="list-style-type: none"> - iniciálne a/alebo kontrolné vyšetrenie poistencu, - odbery na laboratórne vyšetrenia a/alebo vyhodnotenie dostupných výsledkov vyšetrení poistencu, 	11,00

	<ul style="list-style-type: none"> - ďalšia zdravotná starostlivosť v zmysle príslušných odborných usmernení vydaných Ministerstvom zdravotníctva SR (ak existujú). <p>Pre účely uhrady tohto výkonu nad rámec kapitácie zároveň platí:</p> <ul style="list-style-type: none"> - o iniciálne vyšetrenie ide v prípade, keď poistenec, nebol v posledných 24 mesiacoch liečený, diagnostikovaný alebo dispenzarizovaný pre dané ochorenie u iného poskytovatelia. - kontrolné vyšetrenie je každé ďalšie vyšetrenie po iniciálnom vyšetrení, - pri hodnotení laboratórnych a iných výsledkov vyšetrení zdravotná poisťovňa akceptuje vyšetrenia, ktoré neboli realizované neskôr ako 3 mesiace pred dňom realizácie iniciálneho alebo kontrolného vyšetrenia, <p>poskytovateľ vykonáva aj priebežný selektívny skríning hypertenzie ako aj selektívny skríning dyslipidémie u poistencov v prípade pozitívnej rodinnej anamnézy.</p>	
250D	<p>Delegovaný odber biologického materiálu na základe písomnej žiadosti ŠAS pri návšteve poistencu v ambulancii VLD.</p> <p>Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poskytovateľ dodržiava postup, ktorý ustanovuje Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o postepe objednávania, vykonávania a kontroly laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení zo dňa 10.06.2014 číslo 02032/2014-SZ v platnom znení. <p>poskytovateľ dodržiava podmienky zdravotnej indikácie v zmysle účelného, efektívneho a hospodámejho nakladania s prostriedkami verejných zdrojov.</p>	1,05

*Pri účely uhrádzania výkonov podľa príslušných zmluvných podmienok nie je potrebné, aby poskytovateľ žadal zdravotnú poisťovňu o zaznamenanie uvedených výkonov v zmysle bodu 4.6. písm. f) zmluvy a ani aby boli dané výkony uvedené v prílohe č. 3 k zmluve. Pri účely uhrádzania výkonov je poskytovateľ povinný od momentu poskytovania týchto výkonov disponovať dokladom o odbornej spôsobilosti o vyhodnocovanie príslušných vyšetrení (špecializácia alebo certifikát) a dokladom o vlastníctve alebo prenájme prístroja s platným certifikátom (vyhlásením o zhode) a na vyžiadanie zdravotnej poisťovne tieto doklady predložiť v origináli v nahladnutí zdravotnej poisťovni alebo vo forme kopie doručiť zdravotnej poisťovni.

6. Zdravotná poisťovňa uhrádí poskytovateľovi bonusy ku kapitácii za podmienok dohodnutých v tomto bode:

- Zdravotná poisťovňa na základe údajov zo svojho informačného systému vyhodnotí, či poskytovateľ splnil ukazovateľa podľa tabuľky tohto bodu v kalendárnom polroku alebo kalendárnom roku, za ktorý sa vykonáva hodnotenie (dalej len „hodnotené obdobie“). Ukazovateľ je dojednaná podmienka, za splnenia ktorej zdravotná poisťovňa prizná bonus poskytovateľovi podľa tabuľky tohto bodu.
- Hodnotené obdobie je kalendárny polrok, ktorý bezprostredne predchádza kalendárному polroku, v ktorom sa vykonáva hodnotenie, s výnimkou Ukazovateľa „Preventívne prehliadky“, kde hodnoteným obdobím je bezprostredne predchádzajúci kalendárny rok.
- Zdravotná poisťovňa uhrádza bonusy, pri ktorých poskytovateľ splnil ukazovatele v celom kalendárnom polroku, ktorý bezprostredne nasleduje po kalendárnom polroku, v ktorom zdravotná poisťovňa vykonala hodnotenie plnenia ukazovateľov. Zdravotná poisťovňa oznámi poskytovateľovi bonusy, pri ktorých splnil ukazovatele. Zdravotná poisťovňa môže na vybrané obdobie hodnoty priznaných bonusov navýšiť nad rámec hodnôt bonusov alebo priznať bonusy nad rámec podmienok ich priznania alebo pozmeniť hodnotené obdobie podľa tohto bodu tejto časti, o čom informuje poskytovateľa.
- Ukazovatele a bonusy, ktoré sa uplatňujú u poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti sú uvedené v nasledovnej tabuľke:

	Max. bonus spolu:	1,62 €	
Oblast'	Názov ukazovateľa	Špecifikácia ukazovateľa	Bonus (€)
Prevencia	Preventívne prehliadky	Splnené, ak % vykieraných preventívnych prehliadiok (PP) u kapitovaných poistencov, ktorí ju mali absolvovať v hodnotenom období, bola minimálne 35 %.	0,05
Kvalita	Náročnosť kmeňa	Ukazovateľ hodnotí náročnosť kmeňa poskytovateľa s využitím indexov rizika používaných v prerodzefovaní poistného na verejné zdravotné poistenie podľa zákona č. 580/2004 Z. z. (demografické, farmaceuticko-nákladové a viacročné nákladové skupiny) v poslednom mesiaci hodnoteného obdobia. Porovnávaná náročnosť kmeňa poskytovateľa so všetkými poskytovateľmi v danej obornosti k poslednému mesiacu hodnoteného obdobia, na základe čoho sa vytvorí rebríček hodnotených poskytovateľov. Pásma pre stanovenie bonusu: dolných 25% poskytovateľov = bonus 0,04 €, stredné pěsmo poskytovateľov = bonus 0,08 €, horných 25% poskytovateľov = bonus 0,16 €.	0,16 (max.)
	"Gatekeeping"	Splnené, ak % ošetrových kapitovaných poistencov odoslaných do ambulancie špecializovanej ambulantnej starostlivosti neprekročí 25% .	0,75
Elektronické služby	eObjednávanie	Ukazovateľ je splnený, ak poskytovateľ zverejni aspoň 1 termín za kalendárny mesiac (= 6 termínov za hodnotené obdobie) v jednom z online objednávkových systémov spĺňajúcich kritériá zverejnených na webovom sídle zdravotnej poisťovne. Pre účely vyhodnocovania ukazovateľa eObjednávanie poskytovateľ súhlasí, aby jeho dodávateľ online objednávkového systému poskytoval zdravotnej poisťovni údaje o využívaní tohto systému poskytovateľom v rozsahu nevyhnutnom na vyhodnotenie ukazovateľa eObjednávanie.	0,06
Dostupnosť	Počet kapitovaných poistencov	Výška bonusu za tento ukazovateľ sa určí podľa ďalších podmienok v zmysle písma e) tohto bodu tejto časti zmluvy;	0,60 (max.)

e) Výška bonusu za ukazovateľ s názvom „Počet kapitovaných poistencov“ v € sa určí podľa tabuľky tohto bodu.

Podmienky	hranica od	hranica do	bonus
V závislosti od celkového počtu kapitovaných poistencov (za všetky zdravotné poistovne) u poskytovateľa k poslednému dňu hodnoteného obdobia (podľa údajov poskytnutých zo strany Národného centra zdravotníckych informácií) sa určí výška bonusu, ktorého podmienkou priznania sú aj nasledovné kritériá:	1	1099	0,00
1. celkový úvazok sestier v pracovo-právnom vzťahu s poskytovateľom je min 2,00 sesterského miesta,	1100	1179	0,10
2 poskytovateľ má v rámci priestorov svojho zdravotníckeho zaradenia zabezpečenú druhú mriesnosť pre prácu sestry.	1180	1259	0,20
Splnenie kritérií poskytovateľ preukazuje na výzvu zdravotnej poistovne.	1260	1339	0,30
Zdravotná poistovňa ukazovateľ „Počet kapitovaných poistencov“ prvýkrát vyhodnotí k 01.04.2022.	1340	1419	0,40
	1420	1499	0,50
	1500		0,60

Časť - Špecializovaná ambulantná starostlivosť v špecializačných odboroch s uhrádzaním IPP

1. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti:

Špecifikácia výkonov a podmienok úhrady	Základná cena bodu v €	Max. cena bodu v €
Výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti (ďalej aj ako „ŠAS“) s výnimkou iných výkonov ŠAS špecifikovaných v tejto tabuľke.	0,0265*	0,030*
Výkony s kódmi 60, 62, 63	0,0295*	0,033*
Cieľené artrologicke vyšetrenie Výkon s kódom 1A02072 zahŕňa nasledovné činnosti: <ul style="list-style-type: none"> • Vyšetrenie periférnych kĺbov - vyšetrenie ich tvaru, teploty, farby kože nad kĺbami, vyšetrenie zmien na koži a adnexách, hybnosti kĺbov a rozsahu pohybov, hodnotenie zvukových fenoménov, vyšetrenie funkčných porúch kĺbov, vyšetrenie úponov. • Vyšetrenie chrbtice - postavenie, palpačné vyšetrenie stavcov, stavcových výbežkov, paravertebrálnych svalov, hybnosti, deformít, poslavenia lopatiek, panvy, gluteálneho svalstva, stuhlosť svalstva, vyšetrenie dýchacích exkurzí, vyšetrenie entezopatických zmien, vyšetrenie pohyblivosti jednotlivých úsekov chrbtice. Podmienky úhrady výkonu: <ul style="list-style-type: none"> • výkon zahŕňa fyzikálne vyšetrenie 68 kĺbov horných aj dolných končatín a chrbtice s dôkladným zápisom do zdravotnej dokumentácie, • výkon je možné vyzkovať len pri dg. M02.*- M09*, M10*- M13*, M30*-M35*, M45*, M46.8*, M46.9*, • akceptuje sa u odbornosti ŠAS s kódmi: 045, 145, • výkon nie je možné kombinovať s inými výkonomi, • výkon sa ohodnocuje 1300 bodmi. Maximálna frekvencia vykazovania výkonu: - frekvencia vykazovania 3 krát za 12 mesiacov,	0,0265*	0,030*
Výkon s kódom 15d sa ohodnocuje 150 bodmi. Výkon popisu RTG natívnej snímky vykonaný lekárom špecialistom v súvislosti s uskutočneným zdravotným výkonom Akceptuje sa u odbornosti ŠAS s kódmi: 001, 003, 007, 156, 010, 011, 012, 013, 014, 027, 045, 049, 107, 108, 109, 114, 145, 155. Zápis o vykonaní výkonu lekár založí do zdravotnej dokumentácie, ktorá bude spolu s popisom RTG vyšetrenia v prípade požiadania predložená revíznemu lekárovi zdravotnej poisťovne. Zdravotná poisťovňa uhradí pri jednom rodnom čísle v jednom dni iba jeden výkon 15d; platí aj v prípade kontrolného vyšetrenia, ak je v jednom dni potrebné.	0,02	-
Vybrané výkony za podmienok uvedených v dokumente „Usmernenie k vykazovaniu výkonov telemedicíny“ verejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne.	0,035	-

*V tejto tabuľke je uvedená minimálna a maximálna cena bodu za výkony ŠAS. Konkrétna výška ceny bodu závisí od bonusov k cene bodu za výkony ŠAS priznaných poskytovateľovi za podmienok stanovených v tejto časti prilohy; v roku 2022 bude hodnotenému poskytovateľovi priznaný bonus minimálne vo výške 0,0025 €

2. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné výkony SVLZ a CRP poskytnuté na ambulancii ŠAS:

Špecifikácia výkonov	Cena bodu v €
Výkony SVLZ poskytnuté na ambulancii ŠAS, s výnimkou iných SVLZ výkonov špecifikovaných v tejto tabuľke.	0,00861
Výkony s kódmi 5153a*, 5153b*, 5333* a výkony* z kapitoly „IV. ULTRAZVUK – USG“ v Katalógu zdravotných výkonov vydaného nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z. v platnom znení	0,00924
Výkony s kódmi 5330*, 5331*, 5332*	0,0055
Výkony s kódmi 5766*, 5769*, 5770*, 5771*, 5772*, 5793*, 5794*, 5795*	0,01892
Výkon C - reaktívny proteín s kódom 4571a*, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil (380 bodov)	0,0132

*Výkon sa uhrádza na základe splnenia povinnosti poskytovateľa podľa bodu 4.6. písm. 1) tejto zmluvy, prípadne aj po preukázaní ďalších podmienok úhrady výkonu. Zdravotnou poistovňou schválený zdravotný výkon podľa predchádzajúcej verzi, s uvedením kódu odbornosti ambulantnej zdravotnej starostlivosti a kódu zdravotného výkonu tvoria prílohu č. 3, ktorá tvorí neoddeliteľnú súčasť tejto zmluvy.

3. Príslušnou cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné výkony ŠAS:

Kód výkonu	Počet bodov	Špecifikácia podmienok úhrady
60	420	
60r	480	
62	270	
63	210	
65	200	
66	320	Cena výkonu sa určí ako súčin počtu bodov podľa tejto tabuľky a (výslednej) ceny bodu za výkony ŠAS s bonusom priznaným pre príslušný kalendárny polrok podľa tejto časti prílohy. Výkony sa vykazujú v prípadoch určených Katalógom zdravotných výkonov. Nad rámec Katalógu zdravotných výkonov je možné výkony 65, 66, 67 vykazovať aj u deťí do dňa ich 10. narodenín (vrátane tohto dňa).
67	200	

4. Cenou výkonu sa uhrádzajú nasledovné výkony:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena za výkon v €
629b*	<p>Skriningový antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou Obsahové náplň výkonu: Skriningový, rýchly antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou zahŕňa odber biologického materiálu na stanovenie antigénov SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou pomocou prístroja na odčítanie výsledku reakcie, vrátane použitia osobných ochranných pracovných prostriedkov a dezinfekcie. Zdravotný výkon vykonáva lekár alebo sestra, sestra špecialistka alebo iný zdravotnícky pracovník. Vyhodnotenie je súčasťou zdravotného výkonu. Výkon: <ul style="list-style-type: none"> - je indikovaný na základe klinickej (nie výlučne epidemiologickej) indikácie ošetrujúceho lekára, - uhrádza sa u symptomatického pacienta s klinickými príznakmi respiračného syndrómu, - vykazuje sa diagnózou U07.1 alebo U07.2, - sa uhrádza u jedného poistenca maximálne 2x za 30 dní, - bol zrealizovaný za pomocí certifikovaného antigénového testu. Odber pre účely výkonu sa vykonáva s použitím osobitných ochranných pracovných prostriedkov: <ul style="list-style-type: none"> - respirátor FFP2-3 prekrytý rúškom, - ochranný plastikový tvárový štít alebo okuliare, - jednorazové rukavice. Zároveň sú splnené aj tieto podmienky: <ul style="list-style-type: none"> - zrealizuje sa dezinfekcia bezprostredného priestoru po odbere pre účely daných výkonov; - poskytovateľ v prípade pozitívne testovaného poistencu zabezpečil ďalší manažment starostlivosti o pacienta. - výkony 629a a 629b nie je možné vzájomne kombinovať pri jednom vyšetrení pacienta. </p> <p>Stanovenie D-diméru Uhrádza sa: <ul style="list-style-type: none"> - pri potrebe rýchlej diagnostiky a terapie predovšetkým tromboembolickej choroby, t.j. hlbokej žilovej trombózy a/alebo plúcnej embólie, - s kódmi choroby: I26.-, I26.0, I26.9, I80.0-I83.9, I87.0-I88.-, - maximálne 1x denne u jedného poistencu. Výšetrenie nie je povolené vykázať, ak poskytovateľ v ten istý deň indikoval vykonanie daného vyšetrenia aj u iného poskytovatela zdravotnej starostlivosti.</p>	10,20
3860*	<p>Meranie INR z kapilárnej krvi (ďalej aj ako „vyšetrenie INR“) sa uhrádza, ak poskytovateľ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - je držiteľom certifikátu o absolvovaní certifikačného školenia na Lekárskej fakulte Slovenskej zdravotníckej univerzity (LF SZU) alebo predloží písomné čestné vyhlásenie, že sa oboznámil a bude dodržiavať postupy antikaogulačnej liečby zverejnené na webovom sídle zdravotnej poistovne, - je účastníkom povinného externého hodnotenia kvality akreditovaným prevádzkovateľom EHK so získaním osvedčenia o účasti a absolvovaní externého hodnotenia kvality v dvojročnom cykle, - je držiteľom Prehlásenia ES o zhode P.O.C.T. prístroja podľa smernice IVD; technická špecifikácia prístroja je v zhode s ISO 17593 a ISO 22870 a metrologická nadváznosť merania je v súlade s WHO. 	8,95
H0007*		5,20

	<ul style="list-style-type: none"> - dodržiava indikácie a štandardné terapeutické postupy pri výkone zdravotného výkonu, - správne vedie a archivuje zdravotnú dokumentáciu vrátane písomného záznamu o posúdení rizika krvácania a určenia rizika tromboembolizmu pri nastavovaní pacienta na antikoagulačnú liečbu, - vedia dokumentáciu údržby P.O.C.T. prístroja v predpisanom režime, - je povinný v polročných intervaloch vyhodnotiť a v dokumentácii zaznamenať hodnotu TTR. - Vyšetrenie INR nie je povolené vykázať, ak súčasne v ten istý deň bolo toto vyšetrenie indikované do laboratória. <p>Maximálna frekvencia vyšetrení u jedného poistenca maximálne 16 / rok.</p>	
H0008*	<p>Obsahom zdravotného výkonu je stanovenie indexu ABI oscilometrickou metódou, meranie a vyhodnotenie indexu ABI na štyroch končatinách na zistenie zvýšeného rizika ischemickej choroby dolných končatín.</p> <p>Výkon sa uhrádza, ak:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bol poskytnutý poistencovi s minimálne jedným rizikovým faktorom - podozrenie na ischemickú chorobu dolných končatín, arteriálna hypertenzia, abnormálne EKG, diabetes mellitus, obezita, fajčenie, vysoká hľedina celkového cholesterolu, porucha metabolizmu lipidov, - nebude súčasne vykázaný v ambulancii všeobecnej ambulantnej starostlivosti. 	6,00

*Výkony 3860, H0007, H0008 sa uhrádzajú v odbornosti vnútorné lekarstvo, kardiología, angiológia a cievna chirurgia. Pri týchto odbornostach nie je potrebné, aby poskytovateľ žiadal zdravotníku poistovničného o zazmluvnenie uvedených výkonusov v zmysle bodu 4.6. písm. ī) zmluvy a ani aby boli dané výkony uvedené v prílohe č. 3 k zmluve. Pre účely vykonávania, vykazovania a uhrádzania výkonov 3860, H0007, H0008 v rámci odbornosti vnútorné lekarstvo, kardiología, angiológia a cievna chirurgia je poskytovateľ povinný disponovať dokladom o vlastnictve alebo prenájme prístroja s platným certifikatom (vyhlásením o zhode), zaškolením výrobcom alebo distribútorom prístroja a na využívanie zdravotnej poistovne tieto doklady predložiť v origináli k nahlášeniu zdravotnej poistovni alebo vo forme kopie ich doručiť zdravotnej poistovni. U iných odborností ako je vnútorné lekarstvo, kardiología, angiológia a cievna chirurgia zdravotná poistovňa môže výkony 3860, H0007, H0008 zazmluvniť, ak poskytovateľ medicínsky zdôvodní žiadosť o zazmluvnenie ďalších výkonusov v zmysle bodu 4.6. písm. ī) zmluvy, pripadne aj po preukázaní ďalších podmienok úhrady výkonu. Zdravotnou poistovňou schválený zdravotný výkon podľa predchádzajúcej vety, s uvedením kódu odbornosti ambulantnej zdravotnej starostlivosti a kódu zdravotného výkonu tvoria prílohu č. 3, ktorá tvorí neoddeliteľnú súčasť tejto zmluvy. Výkon 629b zdravotnej poistovní zdravotná poistovňa môže zazmluvniť na základe splnenia povinnosti poskytovateľa podľa bodu 4.6. písm. ī) tejto zmluvy, pripadne aj po preukázaní ďalších podmienok úhrady výkonu. Zdravotnou poistovňou schválený zdravotný výkon podľa predchádzajúcej vety, s uvedením kódu odbornosti ambulantnej zdravotnej starostlivosti a kódu zdravotného výkonu tvoria prílohu č. 3, ktorá tvorí neoddeliteľnú súčasť tejto zmluvy.

5. Pevnou sumou zdravotná poistovňa uhrádza individuálne pripočítateľné položky (IPP) vykázané v dávke 753a určenej príslušným metodickým usmernením Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, v položke č. 13 – PRIPOČÍTATEĽNÁ POLOŽKA s kódom, v sume, k výkonom a v rámci odborností ŠAS v zmysle tabuľky tohto bodu:

Kód IPP	Suma (€)	K výkonu s kódom	Akceptované u odbornosti ŠAS
IPP1	1,00	60	002; 018;
IPP2	0,60	62	002; 018;
IPP3	0,40	63	002; 018;
IPP4	3,68	60	001; 003, 004; 060; 064; 156
IPP5	2,63	62	001; 003, 004; 060; 064; 156
IPP6	1,89	63	001; 003, 004; 060; 064; 156
IPP7	0,65	60r	045; 145

6. V prípade, že poskytovateľ pri poskytovaní ambulantnej zdravotnej starostlivosti použije špecializovaný zdravotnícky materiál uvedený v Zozname ŠZM, zdravotná poistovňa uhradí tento ŠZM ako pripočítateľnú položku k úhrade zdravotného výkonu do výšky obstarávacej ceny ŠZM, najviac však do výšky príslušnej maximálnej úhrady zdravotnej poistovne za ŠZM uvedenej v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poistovne pri súčasnom dodržaní všetkých ostatých príslušných podmienok úhrady ŠZM, ak nie je dojednané inak. Ak je obstarávacia cena ŠZM vyššia ako maximálna úhrada zdravotnej poistovne za ŠZM ako pripočítateľnej položky uvedená v Zozname ŠZM zverejneného na webovom sídle zdravotnej poistovne, je tento rozdiel zahrnutý do zdravotného výkonu, v súvislosti s ktorou bol ŠZM použitý. Týmto nie je dotknutá výška doplatku poistenca na úhradu ŠZM.

7. Zdravotná poistovňa uhradí poskytovateľovi bonusy k cene bodu za výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti za podmienok dohodnutých v tomto bode:

a) Zdravotná poistovňa na základe údajov zo svojho informačného systému vyhodnotí, či poskytovateľ splnil ukazovatele podľa tabuľky tohto bodu v kalendárnom polroku, za ktorý sa vykonáva hodnotenie (ďalej len „hodnotené obdobie“). Ukazovateľ je dojednaná podmienka, za splnenia ktorej zdravotná poistovňa prizná bonus poskytovateľovi podľa tabuľky tohto bodu.

b) Hodnotené obdobie je kalendárny polrok, ktorý bezprostredne predchádza kalendárному polroku, v ktorom sa vykonáva hodnotenie, s výnimkou ukazovateľa „Podiel nových pacientov“, kde hodnoteným obdobím je bezprostredne predchádzajúci kalendárny rok.

c) Zdravotná poisťovňa uhrádza bonusy, pri ktorých poskytovateľ splnil ukazovatele v celom kalendárnom polroku, ktorý bezprostredne nasleduje po kalendárnom polroku, v ktorom zdravotná poisťovňa vykonała hodnotenie plnenia ukazovateľov. Zdravotná poisťovňa oznámi poskytovateľovi bonusy, pri ktorých splnil ukazovatele. Zdravotná poisťovňa môže na vybrané obdobie hodnoty priznaných bonusov navýšiť nad rámec hodnôt bonusov alebo priznať bonusy nad rámec podmienok ich priznania alebo pozmeniť hodnotené obdobie podľa tohto bodu tejto časti, o čom informuje poskytovateľa.

d) Nevyhodnocuje sa ani u odbornosti s kódom 027 a odbornosti zazmluvnených u menej ako 10 ambulantných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Pri týchto odbornostiach u nehodnotených poskytovateľov špecializovanej ambulantnej starostlivosti je priznaný paušálny bonus k cene bodu vo výške 0,0025 €.

e) Ukazovatele a bonusy, ktoré sa uplatňujú u poskytovateľov špecializovanej ambulantnej starostlivosti sú uvedené v nasledovnej tabuľke:

	Max. bonus spolu:	0,0035	
Oblast'	Názov ukazovateľa	Špecifikácia ukazovateľa	Bonus (€)
Kvalita	Náročnosť pacientov	Ukazovateľ hodnotí náročnosť kmeňa PZS s využitím indexov rizika používaných v prerozdeľovacom mechanizme (demografické a viacročné nákladové skupiny). Porovnáva náročnosť kmeňa PZS so všetkými poskytovateľmi v danej odbornosti k poslednému mesiacu hodnoteného obdobia. Na základe čoho sa vytvorí rebríček hodnotených poskytovateľov. V závislosti od zaradenia jednotlivých odborností poskytovateľa do pásmá je bonus nasledovný: 0,0004 € - dolných 25% poskytovateľov, 0,0007 € - stredné pásmo poskytovateľov, 0,0010 € - horných 25% poskytovateľov.	0,0010 (max.)
Dostupnosť	Podiel nových pacientov	Ukazovateľ hodnotí podiel unikátnych nových interakcií v hodnotenom období z celkového počtu unikátnych interakcií v hodnotenom období. Na základe čoho sa vytvorí rebríček hodnotených poskytovateľov. V závislosti od zaradenia jednotlivých odborností poskytovateľa do pásmá je bonus nasledovný: 0,0004 € - dolných 25% poskytovateľov, 0,0007 € - stredné pásmo poskytovateľov, 0,0010 € - horných 25% poskytovateľov. Definícia unikátnej interakcie a novej unikátnej interakcie je uvedená v pismene g) tohto bodu tejto časti prílohy.	0,0010 (max.)
	Návštevy	Splnené, ak je u poskytovateľa priemerný počet návštev na jedného jedinečného poistencu nižší ako priemerný počet návštev na jedného jedinečného poistencu v danej odbornosti	0,0010
Elektronické služby	eObjednávanie	Ukazovateľ je splnený, ak poskytovateľ zverejní aspoň 1 termín za kalendárny mesiac (= 6 termínov za hodnotené obdobie) v jednom z online objednávkových systémov splňajúcich kritériá zverejnených na webovom sídle zdravotnej poisťovne. Pre účely vyhodnocovania ukazovateľa eObjednávanie poskytovateľ súhlasi, aby jeho dodávateľ online objednávkového systému poskytoval zdravotnej poisťovni údaje o využívaní tohto systému poskytovateľom v rozsahu nevyhnutnom na vyhodnotenie ukazovateľa eObjednávanie.	0,0005

f) Unikátnou interakciou sa rozumie výkon vykázaný poskytovateľom na unikátné rodné číslo alebo vydaný liek alebo zdravotnícka pomôcka, ktorú predpísal poskytovateľ. O novú unikátnu interakciu ide v prípade, ak v kalendárnom roku bezprostredne predchádzajúceho hodnotenému obdobiu na dané rodné číslo alebo poskytovateľom vykázaný výkon alebo vydaný liek alebo zdravotnícka pomôcka, ktorú predpísal poskytovateľ