

2015/56/26-22

Dodatok č. 21

k Zmluve č. 11NOLU000411

Čl. 1

Zmluvné strany

- 1. Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.**
so sídlom: Mamateyova 17, 850 05 Bratislava,
Zastúpená: Ing. Miroslavom Vaďurom, MPH, predsedom 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:
riaditeľka Krajskej pobočky v Trnave, Ing. Mária Hlbocká, PhD.
Adresa krajskej pobočky: Halenárska 22, P.O.BOX 5, 917 02 Trnava 2
Bankové spojenie: Štátna pokladnica
Číslo účtu: SK76 8180 0000 0070 0018 2387
(ďalej len „poisťovňa“)

a

- 2. VITALITA n.o. LEHNICE**
so sídlom: 930 37 Lehnice č. 113
Zastúpený: Ing. Július Slovák, riaditeľ
Identifikátor poskytovateľa: P20419
IČO : 36084328
Bankové spojenie: OTP Banka Slovensko, a.s.
Číslo účtu: SK98 5200 0000 0000 1611 9401
(ďalej len „poskytovateľ“)

uzatvárajú

tento dodatok k Zmluve č. 11NOLU000411 (ďalej len „zmluva“)

Čl. 2

Predmet dodatku

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

1. V Čl. 7 – Záverečné ustanovenia sa mení znenie bodu 1 a nahrádza nasledovným znením:
„1. Zmluva sa uzatvára na dobu určitú do 30.6.2016.“
2. Platnosť Prílohy č. 1 zmluvy - Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti sa predlžuje do 31.12.2015.

3. V Prílohe č. 1 zmluvy Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti, časť A Ambulantná zdravotná starostlivosť, odsek Všeobecné ustanovenia sa od 1.10.2015 časť „Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu“ nahrádza nasledovným znením:

„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, ak nie je v tabuľke uvedené inak.“

4. V Prílohe č. 1 zmluvy Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti, časť A Ambulantná zdravotná starostlivosť sa od 1.10.2015 odsek „Osobitné ustanovenia“ nahrádza nasledovným znením:

„Osobitné ustanovenia

Individuálna dodatková kapitácia

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

Individuálna pripočítateľná položka

Individuálnou pripočítateľnou položkou (ďalej aj ako „IPP“) sa rozumie úhrada k vybraným výkonom v špecializovanej ambulantnej starostlivosti (ďalej aj ako „ŠAS“), typ ZS 200 a 210, ktorej výška je závislá od koeficientu efektívnosti (ďalej aj ako „KEF“) poskytovateľa v špecializovanej ambulantnej starostlivosti a základu pre výpočet IPP. IPP sa vykazuje ako pripočítateľná položka k vybraným výkonom v riadku, v ktorom sa vykazuje vybraný výkon, a hradí spolu s vybranými výkonomi.

Koeficient efektívnosti

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

Pre výpočet hodnôt ukazovateľov poisťovňa použije údaje za predchádzajúci kalendárny polrok, bezprostredne predchádzajúci tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva výpočet.

Výpočet hodnoty KEF sa vykonáva v štvrťroku, ktorý bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vypočítaný KEF uplatní. Poisťovňa po vykonaní výpočtu oznámi poskytovateľovi hodnotu KEF vždy najneskôr v priebehu prvého mesiaca toho kalendárneho štvrťroka, v ktorom sa vypočítaný KEF uplatní.

Tabuľka č. 1 Ukazovatele pre výpočet KEF pre špecializačný odbor

| Všeobecné lekárstvo pre dospelých | | |
|-----------------------------------|---|--|
| P.č. | Ukazovateľ | Spôsob výpočtu hodnoty ukazovateľa |
| 1. | Priemerný počet návštev na kapitovaného poistenca | podiel počtu návštev kapitovaných poistencov a celkového počtu kapitovaných poistencov (k poslednému dňu hodnoteného obdobia s výnimkou preventívnych prehliadok) |
| 2. | Náklady na lieky pacientov do 60 rokov vrátane | podiel nákladov na predpísané lieky, dietetické potraviny a zdravotnícke pomôcky (s výnimkou predpísaných na odporúčenie lekárom špecializovanej ambulantnej starostlivosti) a počtu ošetrovaných poistencov |
| 3. | Náklady na lieky pacientov vo veku nad 60 rokov | podiel nákladov na predpísané lieky, dietetické potraviny a zdravotnícke pomôcky (s výnimkou predpísaných na odporúčenie lekárom špecializovanej ambulantnej starostlivosti) a počtu ošetrovaných poistencov |
| 4. | Náklady na SVLZ | podiel nákladov na vlastné a indikované SVLZ a počtu ošetrovaných poistencov (s výnimkou preventívnych prehliadok) |

| Všetky špecializačné odbory ŠAS (typ ZS 200 a 210) | | |
|--|-------------------|--|
| P.č. | Ukazovateľ | Spôsob výpočtu hodnoty ukazovateľa |
| 1. | Náklady na výkony | podiel nákladov na výkony z I. časti Zoznamu výkonov a počtu ošetrovaných poistencov |
| 2. | Náklady na lieky | podiel nákladov na predpísané lieky, dietetické potraviny a zdravotnícke pomôcky (s výnimkou predpísaných na odporúčenie lekárom špecializovanej ambulantnej starostlivosti) a počtu ošetrovaných poistencov |
| 3. | Náklady na SVLZ | podiel nákladov na vlastné a indikované SVLZ a počtu ošetrovaných poistencov (s výnimkou preventívnych prehliadok) |

Výpočet ukazovateľov

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

Ukazovatele, pásma plnenia a váhy ukazovateľov

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

| Všeobecné lekárstvo pre dospelých | | | | | |
|--|---|---------------------|---------------|-------------|--------------------------------|
| P.č. | Ukazovateľ | Plnenie ukazovateľa | | | Váha splneného ukazovateľa v % |
| | | Dolné pásmo | Stredné pásmo | Horné pásmo | |
| 1. | Priemerný počet návštev na kapitovaného poistenca | nesplnený | splnený | splnený | 30 |
| 2. | Náklady na lieky pacientov do 60 rokov vrátane | splnený | splnený | nesplnený | 20 |
| 3. | Náklady na lieky pacientov vo veku nad 60 rokov | splnený | splnený | nesplnený | 20 |
| 4. | Náklady na SVLZ | splnený | splnený | nesplnený | 30 |
| Všetky špecializačné odbory ŠAS (typ ZS 200 a 210) | | | | | |
| P.č. | Ukazovateľ | Plnenie ukazovateľa | | | Váha splneného ukazovateľa v % |
| | | Dolné pásmo | Stredné pásmo | Horné pásmo | |
| 1. | Náklady na výkony | splnený | splnený | nesplnený | 30 |
| 2. | Náklady na lieky | splnený | splnený | nesplnený | 35 |
| 4. | Náklady na SVLZ | splnený | splnený | nesplnený | 35 |

Výpočet ceny IDK

Cena IDK sa vypočíta ako súčin základu pre výpočet IDK v špecializačnom odbore a hodnoty KEF poskytovateľa v špecializačnom odbore.

Pre účely nového zmluvného vzťahu, do skončenia toho kalendárneho štvrťroka, v ktorom zmluva nadobudla účinnosť, sa použije pre výpočet IDK hodnota KEF poskytovateľa v špecializačnom odbore uvedená v Tabuľke č. 3.

Pre účely výpočtu IDK poskytovateľa v špecializačnom odbore sa pre obdobie od 1.10.2015 do 31.12.2015 uplatní hodnota KEF uvedená v Tabuľke č. 3.

Výpočet ceny IPP

Cena IPP sa vypočíta ako súčin základu pre výpočet IPP v špecializovanej ambulantnej starostlivosti a hodnoty KEF poskytovateľa v špecializovanej ambulantnej starostlivosti.

Pre účely nového zmluvného vzťahu, do skončenia toho kalendárneho štvrťroka, v ktorom zmluva nadobudla účinnosť, sa použije pre výpočet IPP hodnota KEF poskytovateľa v špecializačnom odbore uvedená v Tabuľke č. 3.

Pre účely výpočtu IPP poskytovateľa v špecializačnom odbore sa pre obdobie od 1.10.2015 do 31.12.2015 uplatní hodnota KEF uvedená v Tabuľke č. 3.

Tabuľka č. 3 Hodnota KEF v špecializačnom odbore

| Špecializačný odbor | Hodnota KEF |
|--|-------------|
| Všeobecné lekárstvo pre dospelých | 60% |
| Všetky špecializačné odbory ŠAS (typ ZS 200 a 210) | 20% |

Koeficient preventívnej starostlivosti

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

Za kapítovaného poistenca sa v špecializačných odboroch Všeobecné lekárstvo pre dospelých a Gynekológia a pôrodnictvo pre potrebu stanovenia KPS považuje ten poistenec, za ktorého bola poskytovateľovi v poslednom ukončenom kalendárnom roku uhradená kapitácia.

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

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

Výpočet hodnoty KPS sa vykonáva v priebehu prvého štvrťroka po ukončení kalendárneho roka, za ktorý sa KPS vypočítava. Poisťovňa po vykonaní výpočtu oznámi poskytovateľovi hodnotu KPS vždy najneskôr v priebehu prvého mesiaca toho kalendárneho štvrťroka, v ktorom sa vypočítaný KPS uplatní.

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

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

| Špecializačný odbor | Vybrané výkony | Hodnota KPS |
|-----------------------------------|----------------|-------------|
| Všeobecné lekárstvo pre dospelých | 160 | ≥ 21% |

Na základe dosiahnutej hodnoty KPS za posledný ukončený kalendárny rok sa u poskytovateľa pre obdobie od 1.10.2015 do 31.12.2015 uplatní zvýhodnená cena bodu preventívnych zdravotných výkonov podľa Tabuľky č. 5.

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

| Špecializačný odbor | Nárok na zvýhodnenú cenu bodu preventívnych zdravotných výkonov |
|-----------------------------------|---|
| Všeobecné lekárstvo pre dospelých | nie |

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

5. V Prílohe č. 1 zmluvy Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti, časť A Ambulantná zdravotná starostlivosť sa od 1.10.2015 bod 1 „Všeobecná ambulantná

starostlivosť a špecializovaná ambulantná starostlivosť v odbore gynekológia a pôrodníctvo“ nahrádza nasledovným znením:

1. Všeobecná ambulantná starostlivosť

1.1 Všeobecná ambulantná starostlivosť pre dospelých:

Cena kapitácie

| | |
|---------------------------|--------|
| do 19 rokov vrátane | 2,58 € |
| od 20 do 28 rokov vrátane | 2,03 € |
| od 29 do 39 rokov vrátane | 2,03 € |
| od 40 do 44 rokov vrátane | 2,07 € |
| od 45 do 49 rokov vrátane | 2,12 € |
| od 50 do 54 rokov vrátane | 2,19 € |
| od 55 do 59 rokov vrátane | 2,30 € |
| od 60 do 64 rokov vrátane | 2,39 € |
| od 65 do 69 rokov vrátane | 2,49 € |
| od 70 do 74 rokov vrátane | 2,60 € |
| od 75 do 79 rokov vrátane | 2,66 € |
| od 80 do 84 rokov vrátane | 2,91 € |
| od 85 rokov a viac | 3,00 € |

Základ pre výpočet IDK

| | |
|--|--------|
| pre vekovú skupinu do 28 rokov vrátane | 0,40 € |
| pre vekové skupiny od 29 rokov a viac | 0,25 € |

IDK na obdobie od 1.10.2015 do 31.12.2015

| | |
|--|--------|
| pre vekovú skupinu do 28 rokov vrátane | 0,24 € |
| pre vekové skupiny od 29 rokov a viac | 0,15 € |

Cena bodu:

| | |
|--|------------|
| preventívne zdravotné výkony (aj poistenci EÚ) č.160 v počte 390 bodov | 0,04 € |
| preventívne zdravotné výkony (aj poistenci EÚ) č.160 v počte 390 bodov – cena bodu sa uplatní v prípade, že poskytovateľ zasiela dávky vrátane faktúr za poskytnutú zdravotnú starostlivosť cez ePobočku | 0,041 € |
| preventívne zdravotné výkony (aj poistenci EÚ) č.160 v počte 390 bodov – zvýhodnená cena bodu | 0,044 € |
| preventívne zdravotné výkony (aj poistenci EÚ) č.160 v počte 390 bodov – zvýhodnená cena bodu sa uplatní v prípade, že poskytovateľ zasiela dávky vrátane faktúr za poskytnutú zdravotnú starostlivosť cez ePobočku | 0,045 € |
| výkon 15P - vyšetrenia EKG pri preventívnej prehliadke poistencov 40 ročných a starších- len spolu s výkonom 160 - výkon zahŕňa zhotovenie a vyhodnotenie EKG záznamu | 0,039833 € |
| výkon 5702P - (počet bodov 550)- vyšetrenia EKG pri preventívnej prehliadke poistencov 40 ročných a starších- len spolu s výkonom 160, vykazovanie si vyžaduje odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii. Výkon sa nemôže vykazovať spolu s výkonom 15p | 0,007635 € |
| výkon 5702C (počet bodov 500) – akútne diagnostické EKG výkon môže vykazovať všeobecný lekár pre dospelých, ktorý predloží doklad o prístrojovom vybavení ambulancie – 12 zvodový prístroj EKG, indikácia pre akútne diagnostické EKG vyšetrenie a výsledok vyšetrenia musí byť zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii poistenca u všeobecného lekára pre dospelých. výkon č. 5702C sa nevykazuje spolu s výkonom 160,15p,15c , 5702p. | 0,007303 € |
| očkovanie - výkon 252b (počet bodov 70) | 0,035 € |
| návšteva - výkon 25, výkon 26 u kapitovaných poistencov | 0,016597 € |
| výkony z I. časti Zoznamu výkonov pre poistencov EÚ, bezdomovcov, cudzincov a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. | 0,018257 € |
| výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) pre nekapitovaných a poistencov EÚ | 0,007303 € |
| neodkladná zdravotná starostlivosť poskytnutá poistencom poisťovne, s ktorými lekár nemá uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti | 0,006639 € |

Cena za výkon TOKS:

| Kód výkonu TOKS | Charakteristika výkonu TOKS | Výsledok výkonu TOKS | Úhrada TOKS |
|-----------------|--|-------------------------------|-------------|
| 159a | Preventívne vyšetrenie na krv v stolici s použitím troch testovacích papierikov v rámci opatrení na včasnú diagnostiku ochorenia na rakovinu, dodatok k výkonu pod kódom 160. Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti vtedy, ak ho sám uskutočnil. Výkon sa môže vykazovať za celé preventívne vyšetrenie. Ak sa vyšetrenie vykonalo v laboratóriu, môže ho vykazovať laboratórium. | pozitívny | 12,00 € |
| 159z | Preventívne vyšetrenie na krv v stolici s použitím troch testovacích papierikov v rámci opatrení na včasnú diagnostiku ochorenia na rakovinu, dodatok k výkonu pod kódom 160. Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti vtedy, ak ho sám uskutočnil. Výkon sa môže vykazovať za celé preventívne vyšetrenie. Ak sa vyšetrenie vykonalo v laboratóriu, môže ho vykazovať laboratórium. | negatívny | 12,00 € |
| 159x | Preventívne vyšetrenie na krv v stolici s použitím troch testovacích papierikov v rámci opatrení na včasnú diagnostiku ochorenia na rakovinu, dodatok k výkonu pod kódom 160. Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti vtedy, ak poistenca poučil o dôležitosti vyšetrenia a zároveň vydal poistencovi diagnostický test | nevrátený / znehodnotený test | 3,02 € |

VŠZP akceptuje výkon 159a, 159z a 159x v súlade s prílohou č. 2 k zákonu č. 577/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov a Odborným usmernením Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky pre realizáciu programu skriningu kolorektálneho karcinómu zo dňa 1. septembra 2011, zverejnenom vo Vestníku MZ SR, čiastka 19-31, ročník 59 a v súlade s charakteristikou výkonov uvedených v tabuľke.

Štandardizovaný test na okultné krvácanie (TOKS) všeobecný lekár pre dospelých indikuje u bezpríznakových poistencov starších ako 50 rokov, v intervale raz za dva roky a ako súčasť preventívnej prehliadky (výkon č. 160). Interval medzi výkonom 160 a 159 môže byť maximálne 2 mesiace.

Cena za výkon:

| Kód výkonu | Charakteristika výkonu | Cena za výkon |
|------------|--|---------------|
| 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 vyказuje samostatne s diagnózou, pre ktorú je poistenec plánovaný na operáciu V prípade odoslania poistenca k špecialistovi, najmä kód odbornosti 001 (vnútorné lekárstvo), za účelom vykonania predoperačného vyšetrenia, zdravotná poisťovňa poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súvislosti s predoperačným vyšetrením uhrádza iba cenou kapitácie. | 13 € |
| H0003 | Iniciálne vyšetrenie u poistenca s artériovou hypertenziou. Podmienky úhrady výkonu H0003: Všeobecný lekár pre dospelých vykáže nad rámec kapitácie výkon H0003 s príslušnou korektnou diagnózou zistenou pri vyšetrení. Za iniciálne vyšetrenie sa považuje stav, keď poistenec nebol sledovaný ani liečený pre artériovú hypertenziu v posledných 24 mesiacoch. V cene výkonu je zahrnuté komplexné vyšetrenie poistenca, vyhodnotenie laboratórnych, doplnkových a pomocných vyšetrení, odporúčenie ďalšej liečby a stanovenie ďalšieho postupu v zmysle odborného usmernenia MZSR pre diagnostiku a liečbu artériovej hypertenzie. | 6 € |
| H0004 | Kontrolné vyšetrenie u poistenca s artériovou hypertenziou jedenkrát za 6 mesiacov. Podmienky úhrady výkonu H0004: Všeobecný lekár pre dospelých vykáže nad rámec kapitácie výkon H0004 s príslušnou korektnou diagnózou. Za kontrolné vyšetrenie sa považuje stav, keď poistenec má diagnostikovanú artériovú hypertenziu. V cene výkonu je zahrnuté komplexné vyšetrenie poistenca, vyhodnotenie laboratórnych vyšetrení, odporúčenie ďalšej liečby a stanovenie ďalšieho postupu v zmysle odborného usmernenia MZSR pre diagnostiku a liečbu artériovej hypertenzie. Poisťovňa akceptuje a osobitne nad rámec kapitácie uhrádza výkon H0004 vo frekvencii jedenkrát za 6 mesiacov (maximálne 2x za rok). V prípade vyššej frekvencie návštev je ďalšia poskytnutá zdravotná starostlivosť uhrádzaná cenou kapitácie. | 3 € |

| | | |
|--------------|--|--------|
| H0005 | <p>Ošetrovanie akútneho hypertenzného stavu. Podmienky úhrady výkonu H0005: Všeobecný lekár pre dospelých vykáže nad rámec kapitácie výkon H0005 s príslušnou korektnou diagnózou v prípade ošetrovania akútneho hypertenzného stavu. V rámci akútneho hypertenzného stavu je potrebné stabilizovať vitálne funkcie poistenca, vykonať opatrenia na zabránenie orgánového poškodenia, v prípade potreby zabezpečiť bezpečný transport do cieľového zdravotníckeho zariadenia. V cene výkonu je zahrnuté zistenie anamnestických údajov zameraných na prítomnosť subjektívnych ťažkostí poistenca súvisiacich s akútnym hypertenzným stavom, základné vyšetrenie poistenca, vrátane orientačného neurologického, zavedenie intravenózneho kanyly a udržanie jej priechodnosti, monitoring vitálnych funkcií, zaistenie nepretržitého zdravotníckeho dohľadu, úľavovej polohy podľa aktuálneho stavu, pri neporušenom vedomí poistenca perorálne podanie 25-50 mg kaptoprilu, ak je indikované, zabezpečenie transportu ZZS do ústavného zdravotníckeho zariadenia, ak je indikovaný a záznam o ošetrovaní do zdravotnej dokumentácie poistenca v zmysle odborného usmernenia MZSR pre diagnostiku a liečbu arteriovej hypertenzie.</p> | 6 € |
| H0006 | <p>Stratifikácia rizika cievnej mozgovej príhody (CMP) nad 40 rokov. Podmienky úhrady výkonu H0006: Všeobecný lekár pre dospelých vykáže nad rámec kapitácie výkon H0006 v kombinácii s výkonom s kódom 160 s diagnózou Z00.0. Podmienkou úhrady výkonu H0006 je vykázanie pripočítateľnej položky „dosiahnuté skóre“ (pri stratifikácii rizika CMP) v dávke 751n platného dátového rozhrania podľa Metodického usmernenia ÚDZS, ktorá je v uvedených vybraných položkách vyplnená nasledovne:</p> <ul style="list-style-type: none"> - v položke č. 13 – PRIPOČITATEĽNÁ POLOŽKA – uvedie dosiahnuté skóre v tvare SKOR01, pričom na 5. a 6. mieste položky je číselné vyjadrenie dosiahnutého skóre. - v položke č. 14 – MNOŽSTVO – uvedie vždy 1 - v položke č. 15 – CENA – uvedie vždy 0.00 <p>V cene výkonu H0006 je vyhodnotenie rizikových faktorov CMP, EKG záznamu minimálne s 10 QRS komplexmi a vyhodnotenie dotazníka "stratifikácia rizika cievnej mozgovej príhody" a stanovenie skóre. Vyplnený dotazník, záznam a vyhodnotenie EKG s minimálne s 10 QRS sú súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca (Dotazník je uverejnený na webovej stránke poistovne v časti tlačív).</p> | 3,80 € |

6. V Prílohe č. 1 zmluvy Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti, časť A Ambulantná zdravotná starostlivosť sa od 1.10.2015 bod 2.1 „Špecializovaná ambulantná starostlivosť – vrátane UPS“ nahrádza nasledovným znením:

2. Špecializovaná ambulantná starostlivosť

2.1. Špecializovaná ambulantná starostlivosť – vrátane UPS

Cena bodu:

| | |
|--|------------|
| výkony z I. časti Zoznamu výkonov okrem výkonov ambulancie UPS a centrálneho príjmu | 0,0202 € |
| úhrada vybraných výkonov z I. časti Zoznamu výkonov : | |
| - výkon č. 60 sa uhrádza vo výške zodpovedajúcej 420 bodom, | 0,0202 € |
| - výkon č. 62 sa uhrádza vo výške zodpovedajúcej 270 bodom, | |
| - výkon č. 63 sa uhrádza vo výške zodpovedajúcej 210 bodom. | |
| výkony z I. časti Zoznamu výkonov vrátane výkonov č. 60, 62 a 63 okrem výkonov ambulancie UPS a centrálneho príjmu – cena bodu sa uplatní v prípade, že poskytovateľ zasiela dávky vrátane faktúr za poskytnutú zdravotnú starostlivosť cez ePobočku | 0,0203 € |
| výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) | 0,007303 € |
| výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) vykonávané prístrojovou technikou ULTRAZVUK – USG a FUNKČNÁ DIAGNOSTIKA | 0,007635 € |
| výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) z časti FYZIATRIA BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA s kódmi č.: 509a, 512, 513, 514a, 516, 518, 522, 523a, 530, 531, 532, 533a, 540, 541, 542; | 0,011618 € |

Základ pre výpočet IPP k vybraným výkonom

| Kód položky | Individuálna pripočítateľná položka | Základ pre výpočet IPP v € |
|-------------|---|----------------------------|
| IPP1 | Individuálna pripočítateľná položka k výkonom: č. 60,62,63,60R, 820,822,825 | 1,20 € |
| IPP2 | Individuálna pripočítateľná položka k výkonom: č. 1544A, 1240, 3286, 3288, 3306, 3335, 3337, 867, 869, 3351, 3364 | 2,00 € |

IPP k vybraným výkonom na obdobie od 1.10.2015 do 31.12.2015

| Kód položky | Individuálna pripočítateľná položka | Cena IPP v € |
|-------------|---|--------------|
| IPP1 | Individuálna pripočítateľná položka k výkonom č.: 60,62,63,60R, 820,822,825 | 0,24 € |
| IPP2 | Individuálna pripočítateľná položka k výkonom č.: 1544A, 1240, 3286, 3288, 3306, 3335, 3337, 867, 869, 3351, 3364 | 0,40 € |

Cena za výkon:

| Kód výkonu | Charakteristika výkonu | Cena za výkon |
|------------|--|---------------|
| 250x | Odber venózneho krvi za účelom vyšetrovania laboratórnych parametrov. Výkon sa vykonáva samostatne maximálne 1x denne u poistenca na príslušnej ambulancii alebo na mieste určenom na odber krvi. V cene sú zahrnuté všetky náklady spojené s odberom vrátane odoslania krvi do laboratória. Výkon 250x nahrádza výkon pod kódom č. 250a a č.250b. | 2,98 € |

7. V Prílohe č. 1 zmluvy - Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti, časť B Ústavná zdravotná starostlivosť sa v názve tabuľky „Cena za ukončenú hospitalizáciu (UH) na obdobie od 1.7.2015 do 30.9.2015“ dátum „30.9.2015“ nahrádza dátumom 31.12.2015.

8. V Prílohe č. 1 zmluvy - Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti, časť B Ústavná zdravotná starostlivosť sa od 1.10.2015 v časti „Cena za ukončenú hospitalizáciu, ošetrovací deň v ústavnej zdravotnej starostlivosti“, bod „II. Osobitné podmienky akceptácie a úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti – eHospik“ nahrádza znením:

„II. Osobitné podmienky akceptácie a úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti – eHospik.

1. Poskytovateľ je povinný prostredníctvom ePobočky poslať poisťovni najmenej jedenkrát počas pracovného dňa údaje potrebné na vedenie zoznamu poistencov za účelom poskytnutia ústavnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len: „hospitalizácia“) vrátane osobitne hradených výkonov – OHV, diagnosticko – terapeutických výkonov, balíčkových TEP a vybraných operačných výkonov uhrádzaných v ústavnej starostlivosti (ďalej len „výkony uhrádzané v ústavnej starostlivosti“), v štruktúre (dátovom rozhraní – dávka 901) určenej poisťovňou a zverejnenej na internetovej stránke poisťovne; to neplatí, ak poskytovateľ počas pracovného dňa neprijal na hospitalizáciu ani neukončil hospitalizáciu žiadneho pacienta.
2. Poisťovňa je povinná vyjadriť sa k nahláseným plánovaným hospitalizáciám poskytovateľa do dvoch týždňov od ich nahlásenia.
3. Poisťovňa je povinná na požiadanie poskytnúť poskytovateľovi programové vybavenie programu eHospik. Poskytovateľ môže namiesto programu eHospik použiť vlastné programové vybavenie, ktoré vytvára dávku 901.
4. Poskytovateľ, ktorý prijal pacienta na hospitalizáciu v dôsledku potreby poskytnúť mu neodkladnú zdravotnú starostlivosť, je povinný oznámiť túto skutočnosť poisťovni prostredníctvom dávky 901 najneskôr v pracovný deň bezprostredne nasledujúci po dni začatia hospitalizácie.
5. Poskytovateľ je povinný v zdravotnej dokumentácii pacienta vyznačiť dátum a hodinu začatia hospitalizácie, dátum a hodinu ukončenia hospitalizácie. Poskytovateľ je ďalej povinný oznámiť poisťovni prostredníctvom dávky 901 začatie aj ukončenie hospitalizácie pacienta.
6. Poskytovateľ prijme pacienta na hospitalizáciu na poskytovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti počas dňa, ktorý poisťovňa určí v súhlase, alebo kedykoľvek po tomto dni; ak takýto deň poisťovňa v súhlase

neurčila tak najskôr v deň udelenia súhlasu. Poskytovateľ nesmie prijať pacienta na hospitalizáciu na poskytované plánovanej zdravotnej starostlivosti, ak mu poisťovňa neudelila súhlas na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti pacientovi alebo skôr, než v deň určený poisťovňou v súhlase. Poskytovateľ je povinný prijať pacienta na hospitalizáciu na poskytovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti najneskôr do 3 mesiacov odo dňa určeného poisťovňou v súhlase.

- Opakovaná hospitalizácia poistenca na rovnakom oddelení u poskytovateľa počas jedného súvislého poskytovania ústavnej starostlivosti sa považuje za jednu hospitalizáciu na príslušnom oddelení a poskytovateľovi patrí len jedna úhrada za ukončenú hospitalizáciu na príslušnom oddelení.
- 8. Za hospitalizáciu, ktorou poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť v rozpore s bodmi 1, 4, 5 alebo 6 tejto časti, poisťovňa poskytovateľovi uhradí 25% z ceny ukončenej hospitalizácie na príslušnom oddelení, alebo z ceny výkonov uhrádzaných v ústavnej starostlivosti.
- 9. Zasielaním údajov o hospitalizáciách alebo akceptovaním hospitalizácie v dávke 901 nie sú dotknuté ustanovenia uvedené v časti „Podmienky akceptácie a úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti.“

9. Platnosť Prílohy č. 2 zmluvy - Rozsah zdravotnej starostlivosti sa predlžuje do 31.12.2015.

10. V Prílohe č. 2 zmluvy – Rozsah zdravotnej starostlivosti, časť II. Maximálny rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti sa od 1.10.2015 bod 1. Špecializovaná ambulantná starostlivosť nahrádza nasledovným znením:

1. Špecializovaná ambulantná starostlivosť

| Typ ZS | zdravotná starostlivosť | mesačný zmluvný rozsah |
|--------|---|------------------------|
| 200 | Špecializovaná v odbore fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia | 683,00 € |

11. Platnosť Prílohy č. 3 zmluvy – Kritéria na uzatváranie zmlúv sa predlžuje do 30.6.2016.

Čl. 3

Záverečné ustanovenia

1. Tento dodatok, ktorý tvorí súčasť zmluvy, nadobúda platnosť dňom podpisu zmluvnými stranami a účinnosť dňom nasledujúcim po dni jeho zverejnenia v zmysle § 47a zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov.
2. Súhlas s obsahom dodatku vyjadria zástupcovia zmluvných strán svojim podpisom na dodatku.
3. Tento dodatok je vyhotovený v dvoch rovnopisoch, z ktorých každý sa považuje za originál. Každá zmluvná strana obdrží jeden rovnopis dodatku.

V Trnave dňa 29. 10. 2015