

Dodatok č. 18

k zmluve č. 62KSTA000112

Čl. 1

Zmluvné strany

1. Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

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

Zastúpená: Ing. Miroslav Vaďura, MPH, predseda predstavenstva

IČO: 35 937 874

IČ DPH: SK2022027040

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

vložka číslo: 3602/B

Bankové spojenie: Štátna pokladnica

Číslo účtu: SK76 8180 0000 0070 0018 2387

(ďalej len „poisťovňa“)

a

2. Ministerstvo vnútra Slovenskej republiky

so sídlom: Pribinova 2, 812 72 Bratislava

Zastúpený: Ing. Ondrej Varačka, vedúci služobného úradu

Ministerstva vnútra Slovenskej republiky

na základe plnomocenstva č. p.: KM-OPS4-2016/000623-044 z 6.4.2016

Identifikátor poskytovateľa: P58480

IČO: 00151866

Bankové spojenie: Štátna pokladnica

Číslo účtu: SK05 8180 0000 0070 0017 9882

(ďalej len „poskytovateľ“)

uzatvárajú

tento dodatok k Zmluve č. 62KSTA000112 (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. Číslo Zmluvy „62KSTA000112“ sa od 1.4.2016 nahrádza novým číslom „62PLDO000116“.

2. V Čl. 7 – Záverečné ustanovenia sa znenie bodu 1 nahrádza nasledovným znením:

„1. Zmluva sa uzatvára na dobu určitú do 30.6.2020.“

3. Príloha č. 1 zmluvy - Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti sa nahrádza novým znením. Nové znenie Prílohy č.1 zmluvy tvorí prílohu č. 1 tohto dodatku.
4. Platnosť Prílohy č. 2 zmluvy - Rozsah zdravotnej starostlivosti sa predlžuje do 31.3.2017.

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 Bratislave dňa 14.4.2016

**Príloha č. 1
k Zmluve č. 62PLDO000116**

**Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti
od 1.4.2016 do 31.3.2017**

A. Ambulantná zdravotná starostlivosť

Všeobecné ustanovenia

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 pôrodnictvo.

Ak poistenec uzatvorí dohodu s ďalším poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo s poskytovateľom špecializovanej ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodnictvo, 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.

Predchádzajúca veta sa nevzťahuje na prípady narodenia dieťaťa, zmeny trvalého a prechodného bydliska poistenca, odchodov a príchodov poistencov z a do EÚ a na prípady taxatívne vymedzené zákonom 576/2004 Z.z. Kapitácia je v týchto prípadoch hradená s presnosťou na deň.

Poskytovatelia sú povinní na základe informácie poisťovne (chybový protokol) riešiť konflikty vzájomnou dohodou.

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.

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 pôrodnictvo 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.

Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

Výkony uvedené v tabuľke Cena za výkon sa uhrádzajú cenou za výkon. Cena za výkon zahŕňa náklady a úhradu za zdravotnú starostlivosť poskytnutú pri danom výkone, pokiaľ nie je uvedené inak.

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.

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.

Tabuľka č. 1 Ukazovatele pre výpočet KEF pre špecializačný odbor

Všeobecné lekárstvo pre dospelých (typ ZS 101)		
P.č.	Ukazovateľ	Spôsob výpočtu hodnoty ukazovateľa
1.	Priemerný počet návštev na kapítovaného poistenca	podiel počtu návštev kapítovaných poistencov a celkového počtu kapítovaných poistencov (do výpočtu nie sú zahrnuté preventívne prehliadky)
2.	Náklady na lieky na ošetrovaného poistenca do 60 rokov vrátane	podiel nákladov na podané a predpísané lieky, dietetické potraviny, zdravotnícke pomôcky a počtu unikátnych rodných čísel poistencov, ktorým bola poskytnutá zdravotná starostlivosť (do výpočtu nie sú zahrnuté predpísané lieky, dietetické potraviny, zdravotnícke pomôcky na odporúčenie lekárom špecializovanej ambulantnej starostlivosti a očkovacie látky)
3.	Náklady na lieky na ošetrovaného poistenca vo veku nad 60 rokov	podiel nákladov na podané a predpísané lieky, dietetické potraviny, zdravotnícke pomôcky a počtu unikátnych rodných čísel poistencov, ktorým bola poskytnutá zdravotná starostlivosť (do výpočtu nie sú zahrnuté predpísané lieky, dietetické potraviny, zdravotnícke pomôcky na odporúčenie lekárom špecializovanej ambulantnej starostlivosti a očkovacie látky)
4.	Náklady na SVLZ na ošetrovaného poistenca	podiel nákladov na vlastné a indikované výkony SVLZ a počtu unikátnych rodných čísel poistencov, ktorým bola poskytnutá zdravotná starostlivosť (do výpočtu nie sú zahrnuté náklady na vlastné a indikované výkony SVLZ súvisiace s preventívnymi prehliadkami)

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 kapítovaného poistenca	nesplnený	splnený	splnený	30
2.	Náklady na lieky na ošetrovaného poistenca do 60 rokov vrátane	splnený	splnený	nesplnený	20
3.	Náklady na lieky na ošetrovaného poistenca vo veku nad 60 rokov	splnený	splnený	nesplnený	20
4.	Náklady na SVLZ na ošetrovaného poistenca	splnený	splnený	nesplnený	30

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 1.4.2016 do 31.3.2017 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%

Koeficient preventívnej starostlivosti

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

Za kapitovaného 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 kapitovaného 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.

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 predchádzajúci ukončený kalendárny rok sa u poskytovateľa počnúc druhým štvrťrokom po dobu nasledujúcich dvanástich mesiacov uplatní nárok na zvýhodnenú cenu 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	áno

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.

1. Všeobecná ambulantná starostlivosť

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 €

Handwritten signature

od 55 do 59 rokov vrátane	2,30 €
od 60 do 64 rokov vrátane	2,43 €
od 65 do 69 rokov vrátane	2,54 €
od 70 do 74 rokov vrátane	2,66 €
od 75 do 79 rokov vrátane	2,77 €
od 80 do 84 rokov vrátane	3,11 €
od 85 rokov a viac	3,18 €

Základ pre výpočet IDK

pre všetky vekové skupiny	0,50 €
---------------------------	--------

IDK na obdobie od 1.4.2016 do 31.3.2017

pre všetky vekové skupiny	0,30 €
---------------------------	--------

Cena bodu:

preventívne zdravotné výkony č.160 v počte 390 bodov	0,04 € * 0,041 €
preventívne zdravotné výkony č.160 v počte 390 bodov v prípade, že poskytovateľ má nárok na zvýhodnenú cenu, na základe dosiahnutej hodnoty KPS	0,044 € * 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)	0,041 €
návšteva - výkon 25, výkon 26 u kapítovaných 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 poistencov EÚ, bezdomovcov, cudzincov a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. a nekapítovaných poistencov	0,007303 €
neodkladná zdravotná starostlivosť poskytnutá poistencom poisťovne, s ktorými poskytovateľ nemá uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti	0,006639 €

* v prípade, že poskytovateľ zasiela dávky vrátane faktúr za poskytnutú zdravotnú starostlivosť cez ePobočku

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.	nevratený / 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 skríningu 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 vykazuje 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 arteriálnou 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 arteriálnu 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 arteriálnej hypertenzie.	6 €
H0004	Kontrolné vyšetrenie u poistenca s arteriálnou 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 arteriálnu 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 arteriálnej 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	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 kanylu 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 arteriálnej hypertenzie.	6 €
H0006	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 prípočítateľnej 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: - v položke č. 13 –PRÍPOČÍTATEĽNÁ POLOŽKA – uvedie dosiahnuté skóre v	3,80 €

Handwritten signature

	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 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 poisťovne v časti tlačivá).	
H0007	Kvantitatívne INR vyšetrenie v ambulancii VLD Kontrolné kvantitatívne vyšetrenie INR z kapilárnej krvi u poistencov pri dlhodobej alebo celoživotnej liečbe warfarínom. <u>Podmienkou úhrady výkonu H0007 je splnenie nasledovných podmienok zo strany PZS:</u> - platný doklad o zakúpení, resp. prenájme prístrojového vybavenia; - potvrdenie o zaškolení výrobcom (dovozcom) prístroja; - prehlásenie o zhode k prístroju (jedná o registráciu prístroja na ŠÚKL); - potvrdenie o odbornej spôsobilosti poskytovateľa (lekára) - absolvovaní kurzu na LF alebo SZU - potvrdenie o technickej (kvalitatívnej) kompatibilitě prístroja na ambulantnú diagnostiku, resp. doklad o externej kontrole kvality, ktorý nesmie byť starší ako 12 mesiacov. Poisťovňa <u>akceptuje</u> a osobitne nad rámec kapitácie uhrádza výkon vo frekvencii spravidla raz za 2 mesiace u poistenca (maximálne 6x za kalendárny rok). V cene výkonu je zahrnutý odber kapilárnej krvi, jeho vyhodnotenie a poučenie poistenca. <u>Výkon nebude akceptovaný:</u> 1. pri súčasnom odbere venóznej krvi na laboratórne vyšetrenie; 2. ak v kontrolovanom intervale (v rozpätí jedného mesiaca) bolo vyšetrenie INR vykázané zmluvným laboratóriom; 3. ak poskytovateľ na požiadanie nepredloží doklad o vykonanej externej kontrole kvality prístroja, ktorý nie je starší ako 12 mesiacov. Akceptovaný doklad externej kvality musí byť vydaný akreditovaným pracoviskom v súlade s platnou legislatívou.	5,20 €
H0008	Stanovenie indexu ABI oscilometrickou metódou Meranie a vyhodnotenie indexu ABI oscilometrickou metódou na štyroch končatinách pri včasnej diagnóze ischemickej choroby dolných končatin. <u>Podmienkou úhrady výkonu H0008 je splnenie nasledovných podmienok zo strany PZS:</u> - platný doklad o zakúpení, resp. prenájme prístrojového vybavenia; - potvrdenie o zaškolení výrobcom (dovozcom) prístroja; - prehlásenie o zhode k prístroju (jedná o registráciu prístroja na ŠÚKL) Poisťovňa <u>akceptuje</u> a osobitne nad rámec kapitácie uhrádza výkon 1x za 2 roky pri vykázaní preventívnej prehliadky. <u>Výkon bude akceptovaný:</u> 1. u symptomatických pacientov s podozrením na ischemickú chorobu dolných končatin (ICHDK); 2. u asymptomatických pacientov nad 50 rokov s minimálne jedným rizikovým faktorom (arteriálna hypertenzia, abnormálne EKG, diabetes mellitus, obezita s BMI nad 30, fajčiari, vysoká hladina celkového cholesterolu, porucha metabolizmu lipidov, pacienti a postihnutí koronárnymi alebo cerebrálnymi artériami, a pod.); 3. u všetkých poistencov nad 60 rokov. <u>Výkon nebude akceptovaný</u>, ak vyšetrenie výkonu bude vykonané v špecializovanej ambulantnej starostlivosti.	4,50 €

Zmluvné strany sa dohodli, že Príloha č. 1 Zmluvy Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti bude počas trvania zmluvy predmetom ďalších rokovaní.