

Dodatok č. 26

k Zmluve č. 43SKOM002811

Čl. 1

Zmluvné strany

1. Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

so sídlom: Panónska cesta 2, 851 04 Bratislava - mestská časť Petržalka
Štatutárny orgán: PhDr. Ľubica Hlinková, MPH, predsedníčka predstavenstva
Ing. Milan Horváth, podpredseda predstavenstva
doc. JUDr. Mgr. Michal Ďuriš, PhD., člen predstavenstva
PaedDr. Tibor Papp, člen 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: Ing. Peter Jakab
riaditeľ Krajskej pobočky v Košiciach

Kontaktná adresa: Senný trh 1, 040 01 Košice

Bankové spojenie: Štátna pokladnica

Číslo účtu: SK76 8180 0000 0070 0018 2387

(ďalej len „poisťovňa“)

a

2. Psychosociálne centrum

so sídlom: Löfflerova č. 2, 040 01 Košice

Zastúpený: Mgr. Beáta Horváthová

Identifikátor poskytovateľa: P37019

IČO: 31996361

Bankové spojenie: Prima banka Slovensko, a.s.

Číslo účtu: SK80 5600 0000 0005 0438 4001

(ďalej len „poskytovateľ“)

uzatvárajú

tento dodatok k Zmluve č. 43SKOM002811 (ďalej len „zmluva“)

Čl. 2

Predmet dodatku

Na základe Čl. 7 - Záverečné ustanovenia bod 7 zmluvy sa zmluvné strany s účinnosťou od 01.07.2019 dohodli na týchto zmenách zmluvy:

1. Príloha č. 1 – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti sa predlžuje do 31.12.2019.
2. Príloha č. 1 – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti sa nahrádza novým znením, ktoré tvorí prílohu č. 1 tohto dodatku.

3. Príloha č. 2 – Rozsah zdravotnej starostlivosti sa predlžuje do 31.12.2019.

4. V prílohe č. 2 – Rozsah zdravotnej starostlivosti sa časť II. Maximálny rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti, nahrádza nasledovným znením:

„II. MAXIMÁLNY ROZSAH ÚHRADY ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Maximálny rozsah úhrady je určený výškou alebo spôsobom výpočtu úhrady za zdravotnú starostlivosť poskytnutú v účtovacom období, ktorým je kalendárny mesiac.

1. Špecializovaná ambulantná starostlivosť od 01.10.2019

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	mesačný zmluvný rozsah
200	Špecializovaná v odbore psychiatria	1200 €
200	Špecializovaná v odbore klinická psychológia	1798 €

5. V prílohe č. 2 – Rozsah zdravotnej starostlivosti sa časť III. Úhrada nad maximálny rozsah zdravotnej starostlivosti, nahrádza nasledovným znením:

„III. Úhrada nad maximálny rozsah zdravotnej starostlivosti

1. V type zdravotnej starostlivosti 200 a 210 sa nad maximálny rozsah zdravotnej starostlivosti v zmysle časti II tejto prílohy hradí poskytovateľom vykázaná a poisťovňou uznaná zdravotná starostlivosť, ktorej cena a podmienky úhrady sú uvedené v prílohe č. 1 tejto zmluvy. Maximálny zmluvný rozsah v zmysle predchádzajúcej vety sa na poskytovateľa nevzťahuje. Uvedené platí pre obdobie od 01.07.2018 do 30.09.2019.
2. Preventívne zdravotné výkony a zdravotné výkony, ktoré sú súčasťou preventívnej prehliadky v špecializovanej ambulantnej starostlivosti.
3. Lieky, okrem liekov pri mimotelovej eliminačnej liečbe a liekov podávaných v stacionároch s výnimkou psychiatrického stacionára, so symbolom úhrady „A“ zaradené do zoznamu liekov podľa osobitného predpisu, pokiaľ tieto budú preukázateľne nadobudnuté v súlade so všeobecne záväznými predpismi, v súlade so zákonom č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov, zákonom č. 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a diétnych potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov, zákonom č. 147/2001 Z. z. o reklame, zákonom č. 18/1996 Z. z. o cenách, zákonom č. 431/2002 Z. z. o účtovníctve a súvisiacich predpisoch a vykázané v súlade s platným Metodickým usmernením Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou lieky so symbolom úhrady „A“ zaradené do zoznamu liekov podľa osobitného predpisu.
4. Výkony zdravotnej starostlivosti poskytované poisťovňou členských štátov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska cudzincom zo štátov, s ktorými má SR uzavreté medzištátne dohody, bezdomovcom a poisťovňou podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov, uhrádzané formou platby za výkon.
5. Individuálna pripočítateľná položka (IPP).*

Čl. 3

Prechodné ustanovenia

1. Zmluvné strany sa v súvislosti s Čl. 2 bod 4 a 5 tohto dodatku dohodli na nasledovných podmienkach:

1.1. Poisťovňa je v priebehu roka 2019 oprávnená vykonať analýzu priemerných nákladov na jedno unikátne rodné číslo poisťencov (ďalej ako: „URČ“), ktorým bola v období od 01.07.2018 poskytovateľom poskytnutá zdravotná starostlivosť.

1.2. V prípade, že poisťovňa identifikuje relevantnú zmenu nákladov na jedno URČ, v porovnaní s nákladmi na URČ do 30.06.2018, je oprávnená vyvolať rokovanie s poskytovateľom, obsahom ktorého bude dohoda o navrátení k maximálnemu zmluvnému rozsahu uvedenému v časti II prílohy č. 2 tejto zmluvy v jednej z nasledujúcich alternatív:

1.2.1. Zvýšenie maximálneho zmluvného rozsahu z dôvodu preukázateľného zlepšenia dostupnosti zdravotnej starostlivosti pre poisťencov poisťovne.

1.2.2. Zníženia maximálneho zmluvného rozsahu z dôvodu preukázateľného zhoršenia dostupnosti zdravotnej starostlivosti pre poisťencov poisťovne.

1.2.3. Ponechanie maximálneho zmluvného rozsahu vo výške platnej do 30.06.2018.

1.3. Doúčtovanie zdravotných výkonov realizovaných poskytovateľom v type zdravotnej starostlivosti 200 a 210 za obdobie od 01.07.2018 do 30.09.2019, nebude v zmysle Čl. 6 tejto zmluvy vykonané.

Čl. 4 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. V prípade potreby zachovania kontinuity poskytovania a úhrady zdravotnej starostlivosti sa zmluvné strany dohodli, že zdravotná starostlivosť poskytnutá poskytovateľom v čase od 01.07.2019 do nadobudnutia účinnosti tohto dodatku bude uhradená v zmysle prílohy č. 1 tohto dodatku a zmysle aktualizácií prílohy č. 2 k zmluve uvedených v tomto dodatku.
3. Súhlas s obsahom dodatku vyjadria zástupcovia zmluvných strán svojím podpisom na dodatku.
4. Tento dodatok je vyhotovený v dvoch rovnopisoch, z ktorých každý sa považuje za originál. Každá zmluvná strana obdrží jeden rovnopis dodatku.

V Košiciach dňa 11.07.2019

Za poskytovateľa:

.....
Mgr. Beata Horváthová
konateľ
Psychosociálne centrum

Za poisťovňu

.....
Ing. Peter Jakab
riaditeľ Krajskej pobočky v Košiciach
Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

.....

**Príloha č. 1
k Zmluve č. 43SKOM002811**

**Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti
od 01.07.2019 do 31.12.2019**

Časť A. Ambulantná zdravotná starostlivosť

Čl. I

**Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť
(všeobecné ustanovenia)**

1. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu

Úhrada za výkony uvedené v tabuľke Cena bodu sa vypočíta ako násobok jednotkovej ceny bodu a počtu bodov daného výkonu. Počet bodov vyplýva z opatrenia Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva platného v čase poskytnutia výkonu. Pokiaľ počet bodov nevyplýva z opatrenia Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva platného v čase poskytnutia výkonu, použije sa počet bodov pre daný výkon uvedený v poslednom opatrení Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva, v ktorom bol počet bodov pre daný výkon stanovený. V prípade zmluvne dohodnutého počtu bodov, použije sa pre výpočet úhrady za daný výkon počet bodov vyplývajúci zo zmluvy.

Výkony uvedené v tabuľke Cena bodu sa vo všeobecnej ambulantnej starostlivosti a špecializovanej ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodníctvo uhrádzajú za kapitovaných poistencov a poistencov EÚ, ktorí majú nárok na úhradu zdravotnej starostlivosti v plnom rozsahu v zmysle platnej legislatívy, ak nie je v tabuľke uvedené inak.

2. 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.

3. Individuálne zložky úhrady

Individuálna zložka úhrady je Individuálna pripočítateľná položka, ktorá predstavuje jednu zo zložiek úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť. Poisťovňa individuálnu zložku úhrady poskytovateľovi uhrádza vo výške, ktorá je závislá od plnenia Hodnotiacich parametrov (ďalej ako „HP“).

3.1. Individuálna pripočítateľná položka

Individuálnou pripočítateľnou položkou (ďalej aj ako „IPP“) sa rozumie úhrada k vybraným výkonom v špecializovanej ambulantnej starostlivosti, typ ZS 200 a 210, ktoré sú uvedené v tabuľke Základ pre výpočet ceny IPP. IPP sa vykazuje vo výške Výslednej ceny IPP ako pripočítateľná položka k vybranému výkonu v riadku, v ktorom sa vykazuje vybraný výkon, a hradí sa spolu s týmto výkonom. V prípade, ak sa v ambulancii poskytnú pacientovi v jeden deň viac vybraných výkonov, IPP sa vykazuje iba k jednému z nich v počte jeden. Výsledná cena IPP sa vypočíta ako násobok Základu pre výpočet IPP a výsledného percenta plnenia HP.

3.2. Hodnotiace parametre

HP ovplyvňujú výslednú cenu individuálnej zložky úhrady poskytovateľa uvedenej v bode 3.1. tohto článku. Výsledné percento plnenia HP je súčtom váh jednotlivých splnených parametrov. Kritérium pre splnenie parametra v jednotlivých typoch zdravotnej starostlivosti je uvedené v tabuľke „Hodnotiace parametre“ v článku II tejto prílohy. Pri splnení kritéria je parametru priradená uvedená váha v percentách, pri nesplnení kritéria je váha príslušného parametra 0%. Zoznam a váhy parametrov ako aj doplnujúce informácie pre jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti sú uvedené v článku II tejto prílohy.

HP vyhodnocuje poisťovňa každý kalendárny štvrťrok za obdobie, ktoré tomuto štvrťroku predchádza. Ak nie je hodnotené obdobie inak špecifikované v doplnujúcich informáciách k parametrom, vyhodnocuje sa predchádzajúci kalendárny štvrťrok.

Každú zmenu Výsledného plnenia HP oznámi poisťovňa poskytovateľovi a to buď písomne formou listu, alebo elektronicky v ePobočke. Zmenu poisťovňa poskytovateľovi oznámi najneskôr v posledný deň mesiaca, ktorý predchádza mesiacu, od ktorého má byť zmena účinná.

HP vyhodnocuje poisťovňa u poskytovateľa za každý typ zdravotnej starostlivosti samostatne. V špecializovanej ambulantnej starostlivosti (typ ZS 200, 210) (ďalej aj ako „ŠAS“) sa vyhodnocujú HP za každú odbornosť. Výsledné percento plnenia HP za celú ŠAS, ktoré ovplyvňuje výslednú cenu IPP vo všetkých odbornostiach, je vypočítané ako vážený aritmetický priemer HP za jednotlivé odbornosti. Aritmetický priemer HP je vážený pomocou počtu ošetrovaných poistencov v jednotlivých odbornostiach ŠAS.

Metodiku a špecifiká aplikované pri výpočte jednotlivých HP zverejní poisťovňa na svojom webovom sídle.

Pri parametroch odborného hodnotenia poskytovateľa sú poskytovatelia zaradení do referenčných skupín (odbornosť a typ poskytovateľa), v ktorých sa na základe vykazanej zdravotnej starostlivosti v hodnotenom období vypočíta stredná hodnota a štandardná odchýlka, ktorá slúži na určenie horného resp. dolného pásma pre účely vyhodnotenia plnenia príslušného parametra.

Splnenie parametra Dostupnosť poskytovateľ dokladuje poisťovní vyplnením formulára „Čistý ordinačný čas a zoznam lekárov na ambulancii“, ktorý je zverejnený na webovej stránke poisťovne (ďalej ako: „formulár“). Formulár musí byť v súlade ordinačnými hodinami, ktoré schválil príslušný samosprávny kraj. Dokladovaním sa rozumie zaslanie formulára príslušnej pobočke poisťovni elektronickou formou. Splnenie parametra Dostupnosť poisťovňa vyhodnotí k prvému dňu kalendárneho štvrtroka, v ktorom realizuje vyhodnotenie HP.

ČI. II
Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť
(ceny)

1. Špecializovaná ambulantná starostlivosť (typ ZS 200, 210)

1.1. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu

Cena bodu			
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Počet bodov	Cena bodu v €
-	výkony z I. časti Zoznamu výkonov <i>(v prípade, že v tejto tabuľke nie je uvedené inak)</i>	-	0,0247
60	Komplexné vyšetrenie pacienta kompletná anamnéza, vyšetrenie všetkých orgánových systémov, založenie zdravotnej dokumentácie, zhodnotenie výsledkov vyšetrení, diagnostický záver, liečebný plán a/alebo zaradenie do dispenzárnej starostlivosti, odoslanie pacienta na ďalšie laboratórne, prístrojové alebo odborné vyšetrenia -vypísanie žiadaniek, poučenie pacienta, vypísanie receptov a lekárskej správy, ak vyšetrenie trvá dlhšie ako 30 minút.	420	0,0247
62	Cielené vyšetrenie dvoch alebo viacerých orgánových systémov alebo dispenzárna kontrola (cielená anamnéza, resp. anamnéza od poslednej kontroly), popis subjektívnych obtiaží, objektívny nález, zhodnotenie výsledkov, vypísanie správy, záver, vypracovanie plánu do nasledujúcej kontroly. Poučenie o diéte a životospráve a predvolanie na vyšetrenie je súčasťou výkonu, ak vyšetrenie trvá dlhšie ako 20 minút.	270	0,0247
63	Dôkladné vyšetrenie jedného orgánového systému alebo kontrolné vyšetrenie vrátane rád a dokumentácie.	210	0,0247
-	Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ).	-	0,008105
-	Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) vykonávané prístrojovou technikou ULTRAZVUK – USG a FUNKČNÁ DIAGNOSTIKA.	-	0,008473
15d	Zhodnotenie rtg. dokumentácie. <ul style="list-style-type: none"> • Zhodnotenie nie je vykonané pracoviskom RTG. • Vrátať popis v zdravotnej dokumentácii. • Výkon môžu vykazovať odbornosti chirurgia, traumatológia, ortopédia, pneumológia, otorinolaryngológia a reumatológia. 	150	0,0247

1.2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

Cena za výkon		
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Cena za výkon v €
250x	Odber venóznej krvi za účelom vyšetrenia laboratórných parametrov. <ul style="list-style-type: none"> • 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

1.3. Individuálna zložka úhrady – Individuálna pripočítateľná položka

Základ pre výpočet ceny IPP		
Kategória IPP	Kód zdravotného výkonu, ku ktorému je možné IPP vykázat'	Základ pre výpočet ceny IPP
IPP1	60, 62, 63, 60R, 503, 504, 505	1,80 €
IPP2	1544A, 1594, 1240, 820, 822, 825	2,90 €
IPP3	3286, 3288, 3306, 3335, 3337, 867, 869, 3351, 3364, 841, 842, 845	4,90 €

1.4. Hodnotiace parametre

Časť - Špecializovaná ambulantná starostlivosť				
Zameranie	Parameter	Kritériu splnenia	Váha	Plnenie do 31.12.2019
Odborné hodnotenie poskytovateľa	Celkové náklady na ošetrovaného poistenca	Hodnota parametra je pod hranicou horného pásma definovanou výpočtom v príslušnej referenčnej skupine ambulancií.	40%	v súčte spolu 35 % fixne bez ohľadu na reálne plnenie
	Frekvencia návštev na ošetrovaného poistenca		10%	
	Podiel prvovýšetrení		10%	
Elektronizácia	ePobočka	Poskytovateľ zasiela všetky dávky vrátane faktúr za poskytnutú zdravotnú starostlivosť cez ePobočku.	10%	Reálne plnenie poskytovateľa
	eRecept	Aspoň 80% lekárske predpisy predpísaných prostredníctvom programu eRecept.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
Dostupnosť	Ordinačný čas	Stanovenie týždenného čistého ordinačného času v rozsahu aspoň 30 hodín pre každú ambulanciu.	15%	10 % fixne bez ohľadu na reálne plnenie

1.4.1. Doplnujúce informácie k Hodnotiacim parametrom

Celkové náklady na ošetrovaného poistenca

Priemerné celkové náklady na priamo poskytnutú zdravotnú starostlivosť vrátane SVLZ, preskripcie liekov, zdravotníckych pomôcok a diietických potravín a indukovanej špecializovanej ambulantnej starostlivosti na jedného ošetrovaného poistenca. Do výpočtu nie je zahrnutá preventívna zdravotná starostlivosť a zdravotná starostlivosť podľa definovaných výnimiek.

Hodnotené obdobie: dva po sebe nasledujúce štvrťroky.

Frekvencia návštev na ošetrovaného poistenca

Celkový priemerný počet návštev na jedného ošetrovaného poistenca v hodnotenom období. V prípade, že poistenec bol vyšetrený na tej istej ambulancii v priebehu jedného dňa, považuje sa vyšetrenie za jednu návštevu. Za ošetrovaného poistenca sa považuje unikátne rodné číslo (URČ), t.j. ak ten istý poistenec navštívil ambulanciu v hodnotenom období viac krát, považuje sa za jedného ošetrovaného poistenca.

Hodnotené obdobie: štyri po sebe nasledujúce štvrťroky.

Podiel prvovýšetrení

Podiel prvovýšetrených pacientov na celkovom počte ošetrovaných pacientov v hodnotenom období. Za prvovýšetreného pacienta sa považuje pacient, ktorý nenavštívil ambulanciu hodnoteného poskytovateľa v rovnakej odbornosti za uplynulých 24 mesiacov pred posudzovaným vyšetrením.

Hodnotené obdobie: dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky.