



Metodika k Hodnotiacim parametrom pre VLD, VLDD, GYN a ŠAS

Hodnotiace parametre sú platné pre poskytovateľov VLD, VLDD, GYN a ŠAS.

Aktualizácia: 04/2026



Obsah

Metodika k Hodnotiacim parametrom pre VLD, VLDD, GYN a ŠAS	1
1 Hodnotenie poskytovateľa	3
1.1 Parameter - Poistenec.....	3
1.1.1 Celkové náklady na poistenca	3
1.1.2 Gatekeeping	4
1.1.3 Racionálna preskripcia ATB pri vybraných diagnózach.....	5
1.1.4 Celkové náklady na ošetrovaného poistenca - ŠAS.....	5
1.1.5 Komplexná ZS pri vybraných chronických ochoreniach - artériová hypertenzia, dyslipidémia a obezita	6
1.1.7 Prevencia	7
1.1.9 Frekvencia návštev na ošetrovaného poistenca	8
1.1.10 Podiel prvovýšetrení	8
1.2 Parameter - Elektronizácia	9
1.2.1 eNávrhy	9
1.2.2 eZdravie	9
1.3 Parameter – Dostupnosť	10
1.3.1 Ordinačný čas.....	10
2 Metodika výpočtu parametrov odborného hodnotenia	11
2.1 Vytvorenie hodnotených útvarov	11
2.2 Zaradenie útvaru do referenčnej skupiny.....	11
2.3 Výpočet parametrov pre útvar	11
2.4 Výpočet referenčných hodnôt.....	11
2.5 Sumarizácia výsledkov pre poskytovateľa	11
3 Doplnujúce informácie k HP a spôsobu výpočtu	12
3.1 Spoločné pravidlá výpočtu.....	12
Zoznam použitých skratiek	13

1 Hodnotenie poskytovateľa

1.1 Parameter - Poistenec

1.1.1 Celkové náklady na poistenca

Platí pre: VLD, VLDD a GYN

Kritérium splnenia: Hodnota parametra je pod hranicou horného pásma definovanou výpočtom v príslušnej referenčnej skupine ambulancií.

Referenčná hodnota: Vypočítaná stredná hodnota (priemer) + štandardná odchýlka. Z výpočtu referenčnej hodnoty pre referenčnú skupinu sú vylúčení PZS, ktorí spadajú do množiny 2 % outlierov (extrémnych hodnôt) a v prípade VLD, VLDD aj PZS, ktorí majú menej ako 50 kapítovaných poistencov v sledovanom období.

Hodnotené obdobie: Dva po sebe nasledujúce štvrťroky, vždy k 30.6. a 31.12.

Nákladové indexy: Pri vyhodnocovaní parametra Celkové náklady na poistenca zohľadňujeme u VLD a VLDD rizikovosť poistného (kapitačného) kmeňa vo vzťahu k nákladom u každého PZS cez nákladové indexy.

Nákladové indexy sú vypočítané pre vekové skupiny definované pre kapitácie, samostatne pre každý typ zdravotnej starostlivosti. Pacient je pre výpočet zaradený do skupiny podľa veku, ktorý dosiahol v sledovanom období a pohlavia. Pre výpočet nákladového indexu príslušnej skupiny podľa veku a pohlavia sa aplikujú rovnaké pravidlá započítanej a vylúčenej zdravotnej starostlivosti, ktoré sú uvedené v metodike výpočtu parametra Celkové náklady na poistenca.

Vypočítajú sa koncom prvého štvrťroka za predchádzajúci kalendárny rok a aplikujú sa pre všetky výpočty v príslušnom kalendárnom roku.

Popis: Priemerné celkové náklady na poskytnutú zdravotnú starostlivosť na jedného prepočítaného kapítovaného poistenca. Do výpočtu nie je zahrnutá preventívna zdravotná starostlivosť a zdravotná starostlivosť podľa nižšie definovaných výnimiek.

Podrobné informácie: Do počtu kapítovaných pacientov sa pripočítavajú aj poistenci, ktorí v sledovanom období neboli na danej vyhodnocovanej zložke kapítovaní, ale bola im poskytnutá priama alebo indikovaná zdravotná starostlivosť.

Započítavaná ZS

- priama ZS – priamo poskytnutá ZS útvarom (kapitácia, výkony);
- SVLZ výkony – priamo poskytnuté a indikované bez odporúčenia;
- preskripcia – lieky, zdravotnícke pomôcky a dijeta priamo poskytnuté/podané a indikované bez odporúčenia;
- indikovaná ŠAS.

Vylúčená ZS

- priama ZS – preventívne prehliadky;
- SVLZ výkony pri prevencii – priamo poskytnuté alebo indikované s diagnózou prevencie (Z00, Z01, Z34, Z35), SVLZ výkony a SVLZ indikované s odporúčením;
- preskripcia – indikovaná s odporúčením a vakcíny.

1.1.2 Gatekeeping

Platí pre: VLD, VLDD

Hranice plnenia parametra:

- % kapítovaných poistencov odoslaných do ambulancie špecializovanej ambulantnej starostlivosti neprekročí 25% (vrátane) – najvyššia priznaná bonifikácia.
- alebo je v rozmedzí od 25% do 30% (vrátane) – 2/3 výšky priznanej bonifikácie.
- alebo je v rozmedzí od 30% do 35% (vrátane) - 1/3 výšky priznanej bonifikácie.

Poskytovatelia, ktorí majú v sledovanom období menej ako 50 kapítovaných poistencov alebo kapitovali menej ako 6 mesiacov je parameter splnený.

Hodnotené obdobie: Štyri po sebe nasledujúce štvrťroky, vždy k 30.6. a 31.12.

Index rizika: Pri výpočte sa zohľadňuje rizikovosť pacientov na základe ich veku a pohlavia, ktorá je vyjadrená tzv. indexom rizika a vážený počtom období kapítovania. Ak sa stane, že v sledovanom období pôjde viac pacientov z rizikovejšej skupiny, nebudete vďaka indexu rizika v nevýhode oproti iným všeobecným lekárom pre deti a dorast / dospelých, ktorí ošetrili menej rizikových pacientov.

Popis: počet návštev Vašich kapítovaných poistencov v špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti / Počet kapítovaných poistencov prepočítaný indexom rizika a vážený dĺžkou kapitácie v sledovanom období.

Započítavané odoslania:

- Počet návštev u špecialistov: typ ZS 200 a 210
- Za prvovýšetreného pacienta sa považuje pacient, u ktorého na rovnakej odbornosti hodnoteného poskytovateľa (vyhodnocovaná zložka) neevidujeme vykázaný výkon ošetrovania v predchádzajúcich 24 mesiacoch pred posudzovaným vyšetrením.
 - výkony k IPP1: 60, 60R, 61, 62, 63, 503, 504, 505, 1A01033, 1A02060, 1A03044
 - výkony k IPP2: 1544A, 1594, 1240, 820, 822, 825,
 - výkony k IPP3: 3286, 3288, 3306,
 - výkony k IPP4: 3335, 3337, 867, 869, 3351, 3364, 841, 842, 845,
 - ostatné: 60E, 60H, 63A, 63R, 60A, 819?, 821, 33?, 12?, 11A, 1B.
- Pre účely výpočtu tohto parametra sa za prvovýšetrenie/ošetrovanie považuje, ak bol na pacienta vykázaný niektorý z definovaných diagnosticko-terapeutických výkonov v parametri frekvencia návštev.
- Typ ZS 102 – vek poistenca k dátumu výkonu: od 1 roka do max. do 25 rokov a 364 dní.

Vylúčené odoslania:

- URČ vykázané s dg.
 - C00-D48 - Nádory (odoslania odb. 019, 043 a 271),
 - F00-F99 – duševné poruchy a poruchy správania (odb. 144, 005, 105, 241 a 367),
 - predpis okuliarov - dg. Porucha refrakcie a akomodácie H52* a Z46.0.
 - akútne a urgentné stavy: Infarkt myokardu (I21), Cievne choroby mozgu (I6*) a Akútna apendicitída (K35),
 - chronické ochorenia: zlyhávanie obličiek (N17-N19), pacienti po transplantácii (Z94) a ťažká forma diabetes mellitus s komplikáciami (E10.7, E11.7),
 - neurologické ochorenia: extrapyramídové poruchy a poruchy hybnosti G20-G26, epilepsia (G40*, G41*) a roztrúsená skleróza (G35),
 - Z75.8 – iné problémy súvisiace s možnosťami zdravotnej starostlivosti alebo s inou zdravotnou opaterou (napr. zmena ošetrojúceho špecialistu v dôsledku ukončenia činnosti alebo zníženia kapacity pôvodnej odbornej ambulancie),

- U00-U99 kódy na osobitné účely.
- Odoslania – psychiatrické odb. (napr. 144 - klinická psychológia, 005 – psychiatria a 241 – psychoterapia, 105 - detská psychiatria a 367 - psychiatrická sexuológia), onkológia (019 – klinická onkológia, 043 - radiačná onkológia a 271 – mamológia) a následná ZS (334 – paliatívna medicína a 205 – dlhodobó chorých, 060 - geriatria)
- Výnimky pre VLD: odoslania
 - URČ s dg. I10.00 – I10.91 (odb. 001, 049 a 015), E78.* (odb. 001) a E66.* (050, 001 a 064), ktoré sú/boli liečený u VLD a má vykázané za predchádzajúci rok výkony H0003 a H0004 (platí pre všetky odbornosti s rovnakou dg).
 - odoslania na urologickú a gastroenterologickú preventívnu prehliadku – platí pre všetky odb. kde sa výkon realizuje.

1.1.3 Racionálna preskripcia ATB pri vybraných diagnózach

Platí pre: VLD, VLDD (neplatí pre AVLS)

Kritérium splnenia: Hodnota parametra je pod hranicou horného pásma definovanou výpočtom v príslušnej referenčnej skupine ambulancií. Z výpočtu referenčnej hodnoty pre referenčnú skupinu sú vylúčení PZS, ktorí spadajú do množiny 2 % outlierov (extrémnych hodnôt).

Referenčná hodnota: Vypočítaná stredná hodnota (priemer) + štandardná odchýlka.

Hodnotené obdobie: Štyri po sebe nasledujúce štvrťroky, vždy k 30.6. a 31.12.

Popis: Počet antibiotík predpísaných poistencom v ambulancii na ošetrovaného poistenca je rovný alebo pod hranicou pásma definovaným výpočtom v príslušnej referenčnej skupine ambulancií. Do výpočtu sú zahrnuté dispenzované lieky s ATC J01, bez UA a EU poist., prepočítané cez ŠDL s diagnózou J00 - J99 Choroby dýchacej sústavy.

Index rizika: Pri výpočte sa zohľadňuje rizikovosť pacientov na základe ich veku a pohlavia, ktorá je vyjadrená tzv. indexom rizika. Ak sa stane, že v sledovanom období pôjde viac pacientov z rizikovej skupiny, nebudete vďaka indexu rizika v nevýhode oproti iným všeobecným lekárom pre deti a dorast / dospelých, ktorí ošetrili menej rizikových pacientov.

1.1.4 Celkové náklady na ošetrovaného poistenca - ŠAS

Platí pre: ŠAS

Kritérium splnenia: Hodnota parametra je pod hranicou horného pásma definovanou výpočtom v príslušnej referenčnej skupine ambulancií.

Referenčná hodnota: Vypočítaná stredná hodnota (priemer) a ako horné pásmo vypočítaný horný kvartil. Z výpočtu referenčnej hodnoty pre referenčnú skupinu sú vylúčení PZS, ktorí spadajú do množiny 2 % outlierov (extrémnych hodnôt) a v GYN aj PZS, ktorí majú menej ako 50 kapitovaných poistencov v sledovanom období.

Hodnotené obdobie: Dva po sebe nasledujúce štvrťroky, vždy k 30.6. a 31.12.

Popis: Priemerné celkové náklady na poskytnutú zdravotnú starostlivosť na jedného ošetrovaného poistenca. Do výpočtu nie je zahrnutá preventívna zdravotná starostlivosť a zdravotná starostlivosť podľa definovaných výnimiek.

Podrobné informácie: Do počtu pacientov sa pripočítavajú aj poistenci, ktorí v sledovanom období neboli na danej vyhodnocovanej zložke ošetrení, ale bola im poskytnutá zdravotná starostlivosť (najmä predpísané lieky indikované SVLZ výkony) na odporúčenie lekára z vyhodnocovanej zložky.

Započítavaná ZS:

- priama ZS – priamo poskytnutá ZS útvarom (výkony ŠAS a IPP);
- SVLZ výkony – priamo poskytnuté, indikované alebo odporučené;
- preskripcia – lieky, zdravotnícke pomôcky a dijeta priamo poskytnuté, indikované a odporučené;
- indikovaná ŠAS.

Vylúčená ZS:

- priama ZS – preventívne prehliadky;
- SVLZ výkony pri prevencii – priamo poskytnuté SVLZ alebo indikované bez odporúčenia s diagnózou prevencie (Z00, Z01, Z34, Z35);
- preskripcia – vakcíny;
- výkony očkovania proti COVID-19 (252K, 252L, PP50 a PP05);
- **centrálne nakupované lieky - zabezpečované zdravotnou poisťovňou prostredníctvom centrálneho nákupu, dodávané poskytovateľovi na základe schválenia a vykazované podľa usmernení platných v hodnotenom období¹.**
- **lieky podliehajúce individuálnemu schvaľovaniu zdravotnou poisťovňou - zaradené v zozname kategorizovaných liekov MZ SR s príznakom „ind.obm., ZP“, poskytované mimo ústavných zdravotníckych zariadení, pričom ich platnosť sa posudzuje v hodnotenom období;**
- v odbornosti 045 vylúčené lieky na autoimunitné ochorenia spojiva, biologická liečba (ATC: L01BA01; L01XC02; L04AA13, L04AA24, L04AA26, L04AB01, L04AB02, L04AB04, L04AB05, L04AB06, L04AC05, L04AC07, L04AC10);
- v skupine ŠAS zo základnej množiny celkových nákladov sa vylúči 1 % najdrahších poistencov v každom odbornom útvere (VZ + odbornosť) za sledované obdobie.

1.1.5 Komplexná ZS pri vybraných chronických ochoreniach - artériová hypertenzia, dyslipidémia a obezita

Platí pre: VLD

Kritérium splnenia: Hodnota parametra je nad hranicou dolného pásma definovanou výpočtom v príslušnej referenčnej skupine ambulancií.

Referenčná hodnota: Vypočítaná stredná hodnota (priemer) a ako dolné pásmo vypočítaný dolný kvartil. Z výpočtu referenčnej hodnoty pre referenčnú skupinu sú vylúčení PZS, ktorí spadajú do množiny 2 % outlierov (extrémnych hodnôt).

Hodnotené obdobie: Štyri po sebe nasledujúce štvrťroky, vždy k 30.6. a 31.12.

Popis: Podiel poistencov s poskytovanou komplexnou zdravotnou starostlivosťou (výkony H0004, H0003) na počte všetkých kapitovaných poistencov u poskytovateľa s identifikovanými diagnózami pod kódom I10*, E78* a E66*.

¹ <https://www.vszp.sk/poskytovatelia/zdravotna-starostlivost/centralny-nakup/>

1.1.7 Prevencia

Platí pre: VLD, VLDD, GYN

Kritérium splnenia: Preventívna prehliadka vykonaná aspoň u cieľového percenta kapitovaných poistencov. Cieľové percento je definované v referenčnej skupine nasledovne:

Platí pre	Kritérium splnenia	Váha
VLD	Preventívna prehliadka vykonaná aspoň u takého počtu poistencov, ktorý zodpovedá priemeru v príslušnej odbornosti v hodnotenom období.	15 %
	Preventívna prehliadka vykonaná aspoň u takého počtu poistencov, ktorý zodpovedá 75 % z priemeru v príslušnej odbornosti v hodnotenom období.	7 %
VLDD	Preventívna prehliadka vykonaná aspoň u takého počtu poistencov, ktorý zodpovedá priemeru v príslušnej odbornosti v hodnotenom období.	15 %
	Preventívna prehliadka vykonaná aspoň u takého počtu poistencov, ktorý zodpovedá 75 % z priemeru v príslušnej odbornosti v hodnotenom období.	7 %
GYN	Preventívna prehliadka vykonaná aspoň u takého počtu poistencov, ktorý zodpovedá priemeru v príslušnej odbornosti v hodnotenom období.	15 %
	Preventívna prehliadka vykonaná aspoň u takého počtu poistencov, ktorý zodpovedá 75 % z priemeru v príslušnej odbornosti v hodnotenom období.	7 %

Tabuľka 1: kritérium splnenia hodnotiaceho parametra "Prevencia"

Ak nemá poskytovateľ zdravotnej starostlivosti v type VLD zazmluvnené nové hodnotiace parametre, výsledná váha prevencie predstavuje 20% / 7%.

Hodnotené obdobie:

- VLD a VLDD – 12 po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov (jeden plávajúci rok), vždy k 30.6. a 31.12.
- AVLS – VLD, VLDD – 24 po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov (dva plávajúce roky), vždy k 30.6. a 31.12.
- GYN – 12 po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov (jeden plávajúci rok), vždy k 30.6. a 31.12.

Popis: Parameter vyjadruje, akým percentom sa na celkovom počte kapitovaných poistencov podieľali tí poistenci, ktorým bola v hodnotenom období poisťovňou uhradená preventívna prehliadka. Za kapitovaného poistenca sa pre potrebu vyhodnotenia parametra považuje ten poistenec, za ktorého bola poskytovateľovi v hodnotenom období uhradená kapitácia aspoň za jeden mesiac.

Podrobné informácie: Kódy preventívnych prehliadok v jednotlivých typoch zdravotnej starostlivosti:

- VLD: výkon 160;
- VLDD: výkony 148, 148a, 148b, 148c, 149, 149a, 149b, 149d, 160; do výpočtu sa zahrnú iba kapitovaní pacienti, ktorí v hodnotenom období dosiahli vek 3 rokov;
- GYN: výkon 157; do výpočtu sa zahrnú iba kapitované pacientky, ktoré v hodnotenom období dosiahli vek 18 rokov.

Poznámka: Pri výpočte prevencií sa aplikujú tzv. transformácie PZS.

1.1.9 Frekvencia návštev na ošetrovaného poistenca

Platí pre: ŠAS

Kritérium splnenia: Hodnota parametra je pod hranicou horného pásma definovanou výpočtom v príslušnej referenčnej skupine ambulancií.

Referenčná hodnota: Vypočítaná stredná hodnota (priemer) a ako horné pásmo vypočítaný horný kvartil. Z výpočtu referenčnej hodnoty pre referenčnú skupinu sú vylúčení PZS, ktorí spadajú do množiny 2 % outlierov (extrémnych hodnôt).

Hodnotené obdobie: Štyri po sebe nasledujúce štvrťroky (jeden plávajúci rok), vždy k 30.6. a 31.12.

Popis: Priemerný počet návštev na ošetrovaného pacienta sa vypočíta ako podiel počtu všetkých ošetrení vykázaných na a súčtu unikátnych rodných čísiel (URČ) ošetrovaných pacientov v hodnotenom období.

Podrobné informácie: Pre účely výpočtu tohto parametra sa za ošetrovanie považuje, ak bol na pacienta vykázaný niektorý z definovaných diagnosticko-terapeutických výkonov.

- Výkony k IPP1: 60, 60R, 61, 62, 63, 503, 504, 505, 1A01033, 1A02060, 1A03044;
- Výkony k IPP2: 1544A, 1594, 1240, 820, 822, 825;
- Výkony k IPP3: 3286, 3288, 3306;
- Výkony k IPP4: 3335, 3337, 867, 869, 3351, 3364, 841, 842, 845;
- Ostatné: 60E, 60H, 63A, 63R, 60A, 819?, 821, 33?, 12?, 11A, 1B.

Poznámka: Za ošetrovanie pre účely tohto parametra sa nepovažujú výkony odberov, vyhodnotenia laboratórnych výsledkov, vystavenie receptu/rady a podobne. Pacient, ktorému v sledovanom období nebol vykázaný žiadny výkon z uvedeného zoznamu, nie je započítaný ani do súčtu URČ ošetrovaných pacientov, voči ktorým sa počíta priemerný počet návštev. Z výpočtu sú rovnako vylúčené preventívne prehliadky. Rovnako ako v ostatných parametroch sa za vyhodnocovanú zložku považuje kombinácia poskytovateľa (vyhodnocovaná zložka) a kód odbornosti. Napríklad, ak bol pacient v sledovanom období ošetrovaný na dvoch rôznych kódoch ambulancie rovnakej odbornosti u toho istého poskytovateľa, považuje sa za jedno URČ s dvomi evidovanými ošetreniami.

1.1.10 Podiel prvovýšetrení

Platí pre: ŠAS

Kritérium splnenia: Hodnota parametra je nad hranicou dolného pásma definovanou výpočtom v príslušnej referenčnej skupine ambulancií.

Referenčná hodnota: Vypočítaná stredná hodnota (priemer) a ako dolné pásmo vypočítaný dolný kvartil. Z výpočtu referenčnej hodnoty pre referenčnú skupinu sú vylúčení PZS, ktorí spadajú do množiny 2 % outlierov (extrémnych hodnôt).

Hodnotené obdobie: Dva po sebe nasledujúce štvrťroky, vždy k 30.6. a 31.12.

Popis: Podiel prvovýšetrených pacientov na celkovom počte ošetrovaných pacientov v hodnotenom období. Za prvovýšetreného pacienta sa považuje pacient, u ktorého na rovnakej odbornosti hodnoteného poskytovateľa (vyhodnocovaná zložka) neevidujeme vykázaný výkon ošetrovania v predchádzajúcich 12 mesiacoch pred posudzovaným vyšetrením.

Podrobné informácie: Pre účely výpočtu tohto parametra sa za prvovýšetrenie/ošetrovanie považuje, ak bol na pacienta vykázaný niektorý z definovaných diagnosticko-terapeutických výkonov v parametri frekvencia návštev.

1.2 Parameter - Elektronizácia

1.2.1 eNávrhy

Platí pre: VLD, VLDD, GYN, ŠAS

Kritérium splnenia: Poskytovateľ vystavuje žiadosť o schválenie vybraných liekov, zdravotníckych pomôcok alebo kúpeľnej liečby formou eNávrhu.

Hodnotené obdobie: Dva po sebe nasledujúce štvrťroky, vždy k 30.6. alebo 31.12.

Podrobné informácie:

- a) *PZS počas Hodnoteného obdobia vystavil elektronické žiadosti cez eNávrhy:* Súčet počtu elektronických žiadostí cez eNávrhy za Hodnotené obdobie na úroveň IČO poskytovateľa, typ zdravotnej starostlivosti musí byť aspoň VŠZP stanovený počet nasledovne:

Počet elektronických žiadostí cez eNávrhy	Hodnotené obdobie	Vyhodnocovacie obdobie	Platnosť vyhodnotenia
aspoň 10% elektronických žiadostí	1.7.2024 - 31.12.2024	1.1.2025 - 31.3.2025	od 1.4.2025
	1.1.2025 - 30.6.2025	1.7.2025 - 30.9.2025	od 1.10.2025
aspoň 40% elektronických žiadostí	1.7.2025 - 31.12.2025	1.1.2026 - 31.3.2026	od 1.4.2026
aspoň 80% elektronických žiadostí	1.1.2026 - 30.6.2026	1.7.2026 - 30.9.2026	od 1.10.2026

Tabuľka 2: vyhodnotenie hodnotiaceho parametra "eNávrhy"

Pre takého PZS je hodnotiaci parameter považovaný za splnený. Ďalšie vyhodnotenia budú prebiehať v súlade so stanovenou metodikou.

- b) *PZS počas Hodnoteného obdobia nevystavil žiadne žiadosti:* PZS počas hodnoteného obdobia na základe objektívnych príčin a po odbornom zhodnotení zdravotného stavu pacientov nevystavil ani jednu žiadosť. Parameter štandardne považovaný za splnený s možnosťou individuálneho posúdenia VŠZP.
- c) *Nový PZS:* U nového PZS sa hodnotiaci parameter nevyhodnocuje.

1.2.2 eZdravie

Platí pre: VLD, VLDD, GYN, ŠAS

Kritérium splnenia: Poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vedie zdravotnú dokumentáciu v súlade s ustanovením § 19 a nasl. Zákona č. 576/2004 Z. z. a súčasne zasiela údaje zo zdravotnej dokumentácie elektronickou formou do elektronickej zdravotnej knižky (EZK) v rozsahu § 5 Zákona č. 153/2013 Z. z.

Hodnotené obdobie: Dva po sebe nasledujúce štvrťroky, vždy k 30.6. alebo 31.12.

Podrobné informácie: Súčet počtu záznamov dokumentácie vyšetrení v eZdravie za Hodnotené obdobie na úroveň IČO poskytovateľa a druh špecializovaného útvaru, ktorý za Hodnotené obdobie musí byť aspoň VŠZP stanovený počet nasledovne:

Počet záznamov z vyšetrenia zaslaných PZS cez eZdravie	Hodnotené obdobie	Vyhodnocovacie obdobie	Platnosť vyhodnotenia
aspoň 6 elektronických záznamov	1.1.2024 - 30.6.2024	1.7.2024 - 30.9.2024	od 1.10.2024
aspoň 50 % elektronických záznamov	1.7.2024 - 31.12.2024	1.1.2025 - 31.3.2025	od 1.4.2025
	1.1.2025 - 30.6.2025	1.7.2025 - 30.9.2025	od 1.10.2025
aspoň 90 % elektronických záznamov	1.7.2025 - 31.12.2025	1.1.2026 - 31.3.2026	od 1.4.2026 ¹

Tabuľka 3: Vyhodnotenie hodnotiaceho parametra "eZdravie".

Do výpočtu sa nezahrňujú pacienti, ktorým bol vykázaný výkon:

- 70: Opätovné lekárske vystavenie receptov a (alebo) poukazov na základe požiadavky pacienta prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefónu.

1.3 Parameter – Dostupnosť

1.3.1 Ordinačný čas

Platí pre: VLD, VLDD, GYN, ŠAS

Kritérium splnenia:

- Stanovenie týždenného čistého ordinačného času na aspoň 30 hodín pre každú ambulanciu.
- Stanovenie ordinačných hodín do 16:00 hod. aspoň jeden deň v týždni pre každú ambulanciu. (pre VLD, VLDD a GYN platia súčasne obe podmienky).
- Stanovenie flexibilného ordinačného času na aspoň 2 hodín týždenne pre každú ambulanciu. (vybraní PZS podľa zmluvných podmienok).

Hodnotené obdobie: K prvému dňu kalendárneho polroka, v ktorom realizuje vyhodnotenie HP, t.j. vždy k 1.7. alebo 1.1. nasledujúceho roka.

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

Splnenie parametra Dostupnosť určuje aj Flexibilný ordinačný čas, ktorý je daný vyhradením aspoň 2 hodín týždenne, preferenčne určených pre poistencov poisťovne na vykonanie preventívnych prehliadok, predoperačných vyšetrení, skríningu, komplexnému manažmentu poistencov s chronickými ochoreniami alebo návštevnej služby poistencov. Poskytovateľ dokladuje poisťovni vyplnením formulára, ktorým určuje rozsah aspoň 2 ordinačných hodín preferenčne určených pre poistencov poisťovne. Formulár je zverejnený na webovej stránke poisťovne (ďalej ako: formulár). Formulár musí byť v súlade s ordinačnými hodinami, ktoré schválil príslušný samosprávny kraj. Dokladovaním sa rozumie zaslanie formulára príslušnej pobočke poisťovni elektronickou formou. Splnenie parametra Dostupnosť poisťovňa vyhodnotí k prvému dňu kalendárneho štvrťroka, v ktorom realizuje vyhodnotenie HP.

Formuláre „Čistý ordinačný čas“ a „Flexibilný ordinačný čas – oznámenie“ sú dostupné na vyplnenie aj v ePobočke. Podrobné informácie k oboj formulárom nájdete na webovej stránke VŠZP v sekcii Poskytovateľ → Tlačivá pre poskytovateľov → Čistý ordinačný čas alebo Flexibilný ordinačný čas.

2 Metodika výpočtu parametrov odborného hodnotenia

2.1 Vytvorenie hodnotených útvarov

Pre potreby odborného hodnotenia poskytovateľov sú ambulantní lekári a ambulancie posudzované na nasledovnej úrovni: **poskytovateľ** – všetky ambulancie poskytovateľa v rovnakom type ZS (pre PAS a GYN) alebo rovnakej odbornosti (pre ŠAS). Odbornosť sa pre špecializovanú ZS určuje podľa odbornosti ambulancie, na ktorej lekár pracuje.

2.2 Zaradenie útvaru do referenčnej skupiny

Ambulantné útvary sú ďalej zaradené do referenčnej skupiny. Pre **základné typy PAS** je referenčná skupina určená podľa typu ZS:

- ambulancia všeobecného lekára pre dospelých (typ ZS 101);
- ambulancia všeobecného lekára pre deti a dorast (typ ZS 102);
- ambulancia primárneho gynekológa (typ ZS 103);
- pre **špecializovanú ZS** sa referenčná skupina stanovuje podľa odbornosti ambulancie - pre každú špecializovanú ambulantnú odbornosť je určená samostatná referenčná skupina.

2.3 Výpočet parametrov pre útvary

Výpočet parametrov pre útvary sa vykonáva každý kvartál za hodnotené obdobie uvedené pri príslušnom parametri. Hodnoty v parametroch OHP sa prepočítavajú na počet pacientov - unikátnych počet rodných čísel (URČ). Počet všetkých ošetrovaných poistencov útvarym za obdobie zahŕňa všetkých unikátnych poistencov:

- pre PAS útvary **na jedného prepočítaného poistenca** (kapitovaní + nekapitovaní ošetrovaní poistenci vynásobení nákladovým indexom) za sledované obdobie;
- pre ŠAS útvary **na jedného ošetrovaného poistenca** za sledované obdobie:
 - ktorých útvary v danom období priamo ošetril/kapitoval;
 - ktorí mali v danom období vykonané SVLZ vyšetrenie poskytnuté alebo indikované útvarym, ktorí mali v danom období poskytnuté lieky, pomôcky alebo diétetika priamo podané alebo indikované útvarym, ktorí v danom období navštívili špecialistu alebo nemocnicu na odporúčenie útvaru.

2.4 Výpočet referenčných hodnôt

Pre každú referenčnú skupinu, typ ambulancie a hodnotené obdobie sa vypočítava priemerná hodnota pre každý parameter prepočítaná na jedného ošetrovaného/kapitovaného pacienta. Rovnako sa počíta aj štandardná odchýlka, resp. horný a dolný kvartil, ktorá spolu s priemerom slúži na určenie horného, resp. dolného pásma pre posúdenie plnenia parametra. Tieto referenčné hodnoty sú následne použité na porovnanie výsledkov každého útvaru a hodnotenia plnenia parametrov. Vo vybraných prípadoch sa za referenčnú hodnotu považuje zmluvne dohodnutá úroveň bez ohľadu na zistenú priemernú hodnotu v referenčnej skupine.

2.5 Sumarizácia výsledkov pre poskytovateľa

Výpočet výsledného percenta plnenia HP: Vzhľadom na to, že v zmluve medzi poskytovateľom a poisťovňou je dohodnutá jednotná cena individuálnych pripočítateľných položiek (IPP) pre všetky špecializačné odbory ŠAS, je potrebné vypočítať výsledné percento plnenia HP pre celú ŠAS u poskytovateľa (HP ŠAS). Hodnota výsledného HP ŠAS závisí od hodnoty HP jednotlivých špecializačných odborov a ich podielu. Podiel predstavuje pomer počtu poistencov (URČ) v danom odbore k celkovému počtu URČ v ŠAS u poskytovateľa.

Takto vypočítaná hodnota HP ŠAS sa zaokrúhľuje na jednu z nasledujúcich matematicky najbližších hodnôt: 0, 10, 20, 40, 50 a 60. V prípade, že hodnota HP ŠAS sa nachádza presne v strede medzi niektorými z týchto hodnôt, použije sa matematicky vyššie uvedená hodnota.

3 Doplnujúce informácie k HP a spôsobu výpočtu

3.1 Spoločné pravidlá výpočtu

Agregácia dát pri výpočte: Pre výpočet hodnoty jednotlivých parametrov sa za vyhodnocovaný celok považuje špecializačný odbor na vybranom pracovisku poskytovateľa. Nie je teda rozhodujúce koľko ambulancií a v akej štruktúre má poskytovateľ v danej špecializácii. Napríklad, ak pacient navštívil viaceré ambulancie, alebo viacerých lekárov u jedného poskytovateľa v rámci jednej špecializácie, považuje sa za 1 ošetrovaného poistenca (URČ - unikátne rodné číslo).

Transformovaní PZS: zmena právnej formy a iné formálne zmeny na strane poskytovateľa, ktoré neovplyvňujú poskytovanie zdravotnej starostlivosti sú považované za tzv. transformácie. Pre účely vyhodnocovania HP sa poskytovateľovi po transformácii priradia hodnoty predchádzajúceho poskytovateľa za sledované obdobie. Ak však došlo pri transformácii k zmenám v poskytovaní ZS (zmena lekára, zmena miesta výkonu alebo iné) transformovaný poskytovateľ sa považuje za nového poskytovateľa. Transformácie, ktoré sa udiali v priebehu vyhodnocovaného obdobia sa aplikujú priamo na dáta vo výpočte. Transformácie, ktoré sa udiali po vyhodnocovanom období (aj keď pred samotným výpočtom) sa neaplikujú do dát, t.j. vyhodnotí sa pôvodné IČO, ale zohľadňujú sa pri oboznámení poskytovateľa s výsledkom vyhodnotenia. Upozorňujeme na rôznu dĺžku vyhodnocovaného obdobia v jednotlivých parametroch – napr. pre účely identifikácie prvovýšetrení sa aplikujú transformácie na dáta až 12 mesiacov pred prvým dátumom vyhodnocovaného obdobia.

Výnimky a špecifické situácie vo vyhodnocovaní pri parametroch v časti *Poistenec*

- a) **Špecializácie s nízkym počtom poskytovateľov:** V špecializačných odboroch (ŠAS), v ktorých sa v referenčnej skupine nachádza menej ako 10 vyhodnocovaných zložiek, nie je možné spoľahlivo vypočítať strednú hodnotu pre jednotlivé parametre. Parametre sa v týchto špecializačných odboroch nevyhodnocujú avšak príslušný HP sa v príslušnej odbornosti považuje za splnený.
- b) **Noví PZS – bez histórie** vykazovania zdravotnej starostlivosti v sledovanom období sa aplikuje štartovací balíček HP v *stanovenej výške u PAS 25 % v ŠAS 35 %*.
Noví PZS – transformovaní sa aplikuje vyhodnotenie predchodcu.
- c) **Poskytovatelia bez dát.** V prípade, že VŠZP v dátume vyhodnotenia neviduje vykázanú zdravotnú starostlivosť za celé vyhodnocované obdobie, ktorá by spĺňala podmienky výpočtu niektorého parametra, ten sa automaticky považuje za nesplnený a bude mu priznaná váha 0 %.
- d) **Poskytovatelia s nízkym počtom ošetrovaných pacientov.** V prípade, keď má poskytovateľ menej ako 50 ošetrovaných pacientov za vyhodnocované obdobie, jeho výsledné OHP je 50 %.

Zoznam použitých skratiek

PZS Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti

ZS Zdravotná starostlivosť

VLD Všeobecný lekár pre dospelých

VLDD Všeobecný lekár pre deti a dorast

GYN Gynekológia a pôrodníctvo

ŠAS Špecializovaná ambulantná starostlivosť

SVLZ Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky

PAS Primárna ambulantná starostlivosť (VLD + VLDD)

IPP Individuálna pripočítateľná položka

IDK Individuálne dodatková kapitácia

URČ Unikátne rodné číslo

IS Informačný systém

Outlier PZS, ktorý sa z analytického hľadiska nachádza výrazným spôsobom mimo vypočítaného priemeru príslušnej hodnoty

MZSR Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky