



# Hodnotiace parametre v ambulantnej ZS Metodika - 2021

## Obsah

Zoznam použitých skratiek .....	2
1 Odborné hodnotenie poskytovateľa .....	2
1.1 Nákladové indexy .....	2
1.2 Parameter - Celkové náklady na poistenca .....	2
1.2.1 Celkové náklady na poistenca - PAS .....	2
1.2.2 Parameter - Celkové náklady na poistenca - ŠAS .....	3
1.3 Parameter - Komplexná ZS pri vybraných chronických ochoreniach .....	4
1.4 Preventívne vyšetrenie na krv v stolici .....	4
1.5 Parameter - Prevencia .....	4
1.6 Parameter - Frekvencia návštev na ošetrovaného poistenca .....	5
1.7 Parameter - Podiel prvovýšetrení .....	5
2 Elektronizácia .....	6
2.1 Parameter - ePobočka .....	6
2.2 Parameter - eRecept .....	6
3 Dostupnosť .....	6
3.1 Parameter - Ordinačný čas .....	6
4 Metodika výpočtu parametrov odborného hodnotenia .....	8
4.1 Vytvorenie hodnotených útvarov .....	8
4.2 Zaradenie útvaru do referenčnej skupiny .....	8
4.3 Výpočet parametrov pre útvar .....	8
4.4 Výpočet referenčných hodnôt .....	8
4.5 Sumarizácia výsledkov pre poskytovateľa .....	8
5 Doplnujúce informácie k hodnotiacim parametrom a spôsobu výpočtu .....	9
5.1 Spoločné pravidlá výpočtu .....	9



## 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 – VLD + VLDD

IPP – individuálna pripočítateľná položka

URČ – unikátne rodné číslo

IS – informačný systém

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

MZ SR – Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky

## 1 Odborné hodnotenie poskytovateľa

### 1.1 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.

### 1.2 Parameter - Celkové náklady na poistenca

#### 1.2.1 Celkové náklady na poistenca - PAS

Platí pre: VLD, VLDD

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 kapitovaných poistencov v sledovanom období.

Hodnotenú obdobie: Dva po sebe nasledujúce štvrťroky.

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



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

#### Započítavaná ZS

- priama ZS – priamo poskytnutá ZS útvárom (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.

### 1.2.2 Parameter - Celkové náklady na poistenca - ŠAS

Platí pre:	GYN, ŠAS
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 GYN aj PZS, ktorí majú menej ako 50 kapitovaných poistencov v sledovanom období.
Hodnotené obdobie:	Dva po sebe nasledujúce štvrťroky.
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 ošetrovaní, ale bola im poskytnutá zdravotná starostlivosť (najmä predpísané lieky indukované SVLZ výkony) na odporúčenie lekára z vyhodnocovanej zložky.

#### Započítavaná ZS

- priama ZS - priamo poskytnutá ZS útvárom (výkony ŠAS a IPP),
- SVLZ výkony - priamo poskytnuté, indikované alebo odporúčené
- preskripcia: lieky, zdravotnícke pomôcky a dijeta priamo poskytnuté, indikované a odporúčené
- indikovaná ŠAS

#### Vylúčená ZS

- priama ZS – preventívne prehliadky,
- SVLZ výkony pri prevencii - priamo poskytnuté SVLZy alebo indikované bez odporúčenia s diagnózou prevencie (Z00, Z01, Z34, Z35),
- preskripcia:
  - vakcíny,
  - lieky na cystickú fibrózu vo vybraných odbornostiach: 003, 040 s diagnózou E84,
  - post-transplantačné lieky vo vybraných odbornostiach: 063,



- lieky na metabolické poruchy vo vybraných odbornostiach: 007,
- lieky na HIV vo vybraných odbornostiach: 002,
- lieky na hepatitídu B a C vo vybraných odbornostiach: 002, 048, 216,
- lieky na sklerózu multiplex vo vybraných odbornostiach: 004,
- lieky na hemofíliu vo vybraných odbornostiach: 031,
- lieky na autoimúnne ochorenia spojiva, biologická liečba vo vybraných odbornostiach: 045,
- lieky na psoriázu, biologická liečba vo vybraných odbornostiach: 018,
- lieky na m. Crohn a ulceróznu kolitídu, biologická liečba vo vybraných odbornostiach: 048,
- zdravotnícke pomôcky: inzul. pumpa v odbornostiach: 050,153 (ZDP skupina: D10).

### 1.3 Parameter - Komplexná ZS pri vybraných chronických ochoreniach

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

### 1.4 Preventívne vyšetrenie na krv v stolici

Platí pre:	VLD
Kritérium splnenia:	Vyšetrenie na okultné krvácanie bolo vykonané aspoň u 50 % vopred identifikovaných poistencov.
Hodnotené obdobie:	Kalendárny rok.
Poznámka:	Pre rok 2021 - Fixne splnený parameter – priznanie váhy v plnej výške PZS.
Popis:	Počet vyšetrených poistencov z vopred definovaného zoznamu poistencov spĺňajúcich indikačné kritériá pre zaradenie do celoštátneho skríningu rakoviny konečníka a hrubého čreva podľa platného štandardného diagnosticko-terapeutického postupu zverejneného na webovej stránke MZ SR. Poisťovňa sa zaväzuje, že poskytovateľovi najneskôr k prvému dňu hodnoteného obdobia sprístupní zoznam poistencov, u ktorých je v hodnotenom období potrebné vykonať vyšetrenie stolice na prítomnosť krvi.

### 1.5 Parameter - Prevencia

Platí pre:	VLD, VLDD, GYN
Kritérium splnenia:	Preventívna prehliadka vykonaná aspoň u cieľového percenta kapitovaných poistencov. Cieľové percento je definované priemerom zisteným v referenčnej skupine.
Hodnotené obdobie:	Štyri po sebe nasledujúce štvrťroky (jeden plávajúci rok).
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 kapítovaní pacienti, ktorí v hodnotenom období dosiahli vek 3 rokov.

GYN výkon 157; do výpočtu sa zahrnú iba kapítované pacientky, ktoré v hodnotenom období dosiahli vek 18 rokov.

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

## 1.6 Parameter - 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 štvrtroky (jeden plávajúci rok)
Popis:	Priemerný počet návštev na ošetrovaného pacienta sa vypočíta ako podiel počtu všetkých ošetrovaných vykázaných na a súčtu unikátnych rodných čísiel (URČ) ošetrovaných pacientov v hodnotenom období.
Podobné 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, 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 laboratórných 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 ošetrovaniami.

## 1.7 Parameter - 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 štvrtroky
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) nevidujeme vykázaný výkon ošetrovania v predchádzajúcich 24 mesiacoch pred posudzovaným vyšetrením.

Podobné 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.

## 2 Elektronizácia

### 2.1 Parameter - ePobočka

Platí pre: VLD, VLDD, GYN, ŠAS

Kritérium splnenia: Poskytovateľ zasiela všetky dávky vrátane faktúr za poskytnutú zdravotnú starostlivosť cez ePobočku.

Hodnotené obdobie: Jeden kalendárny štvrtrok.

Podrobné informácie: Ak má PZS viac typov ZS a pre niektorý chýbali dáta, boli doplnené podľa susedného typu ZS (platí najmä pre kombináciu 200+210),

### 2.2 Parameter - eRecept

Platí pre: VLD, VLDD, GYN, ŠAS

Kritérium splnenia: Aspoň 80% lekárskeho predpisov predpísaných prostredníctvom programu eRecept.

Hodnotené obdobie: Jeden kalendárny štvrtrok.

Podobné informácie: Počet eRp je počítaný iba z kategorizovaných produktov podľa číselníkov zverejnených na MZSR (vrátane ZP) a cena úhrady - typ 11.

Do eRp sú zahrnuté aj diabetické pomôcky, kt. boli vykázané pod typom kódu vykazujúci nie párujúci resp. žiaden (identifikovaný problém u dodávateľa IS Prosoft)

Nezahrnuté do výpočtu: audio-protetické pomôcky a pomôcky vydávané v očných optikách a eRp - odpis z lekárne.

Pre odb. 141, 143 a 144 je automaticky priznaný parameter.

Ak má PZS viac typov ZS a pre niektorý chýbali dáta, boli doplnené podľa susedného typu ZS (platí najmä pre kombináciu 200+210),

Platnosť ambulancie a lekára je nastavená na hodnotené obdobie

## 3 Dostupnosť

### 3.1 Parameter - Ordinačný čas

Platí pre: VLD, VLDD, GYN, ŠAS

Kritérium splnenia: Stanovenie týždenného čistého ordinačného času na aspoň 30 hodín pre každú ambulanciu.

Stanovenie flexibilného ordinačného času na aspoň 2 hodín týždenne pre každú ambulanciu.

Stanovenie ordinačných hodín do 16:00 hod. aspoň jeden deň v týždni pre každú ambulanciu.

Hodnotené obdobie: Jeden kalendárny štvrtrok.



**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 pobočky 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 pobočky poisťovni elektronickou formou. Splnenie parametra Dostupnosť poisťovňa vyhodnotí k prvému dňu kalendárneho štvrťroka, v ktorom realizuje vyhodnotenie HP.



## 4 Metodika výpočtu parametrov odborného hodnotenia

### 4.1 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) alebo rovnakej odbornosti (pre ŠAS). Odbornosť sa pre špecializovanú ZS určuje podľa odbornosti ambulancie, na ktorej lekár pracuje.

### 4.2 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 ambulanciu je určená samostatná referenčná skupina.

### 4.3 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 útvarom 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 vyšetrovanie poskytnuté alebo indukované útvarom, ktorí mali v danom období poskytnuté lieky, pomôcky alebo diétetika priamo podané alebo indukované útvarom, ktorí v danom období navštívili špecialistu alebo nemocnicu na odporúčenie útvaru.

### 4.4 Výpočet referenčných hodnôt

Pre každú referenčnú skupinu, typ ambulancie a hodnotené obdobie sa vypočítava priemerná hodnota pre každý parameter prepočítaný 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.

### 4.5 Sumarizácia výsledkov pre poskytovateľa

**Výpočet výsledného % 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 % 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 najbližší násobok 5% nahor (napríklad 51,7% = 55%; 48,9% = 50%).





## 5 Doplnujúce informácie k hodnotiacim parametrom a spôsobu výpočtu

### 5.1 Spoločné pravidlá výpočtu

- 1) **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).
- 2) **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 24 mesiacov pred prvým dátumom vyhodnocovaného obdobia.
- 3) **Výnimky a špecifické situácie vo vyhodnocovaní pri parametroch v časti *Odborné hodnotenie poskytovateľa***
  - 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%.