

ZMLUVA O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

č. 75NLDC000115

uzatvorená podľa § 7 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
(ďalej len „Zmluva“)
medzi zmluvnými stranami:

Zdravotná poisťovňa:

DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s.

so sídlom Einsteinova 25, 851 01 Bratislava

IČO: 35 942 436, DIČ: 2022051130, IČ DPH: SK2022051130

zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka číslo 3627/B
krajská pobočka Žilina, kód : 2400

korešpondenčná adresa: **Cintorínska 5, 949 01 Nitra 1**
(ďalej len „Poisťovňa“)

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti:

Obchodné meno / Priezvisko, meno a titul:	Fakultná nemocnica s poliklinikou Žilina
Kód poskytovateľa zdravotnej starostlivosti:	N92725
IČO / registračné číslo:	17335825
DIČ, IČ DPH:	2020699923
Sídlo / Miesto trvalého pobytu:	Vojtecha Spanyola 43, 012 07 Žilina
Miesto prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia:	Vojtecha Spanyola 43, 012 07 Žilina
Zápis v registri (iba v prípade takéhoto zápisu):	MZ SR č. 3724/1991-A/XIV-1
Bankové spojenie:	7000280470/8180
Mená a funkcie konajúcich osôb:	Ing. Pavol Drugaj
Označenie orgánu, ktorý vydal povolenie:	Žilinský samosprávny kraj

(ďalej len „Poskytovateľ“)

I. PREDMET ZMLUVY

- 1.1. Poskytovateľ sa za podmienok stanovených v Zmluve a vo Všeobecných zmluvných podmienkach pre zdravotnú starostlivosť (ďalej len „VZP“) zaväzuje poskytovať poistencom Poisťovne a ďalším osobám uvedeným vo VZP (ďalej spolu ako „Poistenci“) zdravotnú starostlivosť plne alebo čiastočne uhrádzanú z verejného zdravotného poistenia.
- 1.2. Poskytovateľ sa zaväzuje poskytovať zdravotnú starostlivosť vo vecnom rozsahu vyplývajúcom z povolenia, ktoré orgán uvedený v záhlaví Zmluvy vydal Poskytovateľovi na poskytovanie zdravotnej starostlivosti; Poskytovateľ bude poskytovať zdravotnú starostlivosť v špecializačných odboroch

v rozsahu uvedenom v prílohe k Zmluve. Príloha k Zmluve podľa predchádzajúcej vety môže určiť obmedzenia pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti v jednotlivých špecializačných odboroch.

- 1.3. Zoznam lekárov, ktorí budú v mene Poskytovateľa poskytovať zdravotnú starostlivosť, s uvedením ich špecializačných odborov a rozsahu lekárskeho miest je Poskytovateľ povinný doručiť Poistovní najneskôr pri uzavretí Zmluvy; lekárskeho miestom sa rozumie výkon činnosti lekára s príslušnou odbornou spôsobilosťou v rozsahu 40 hodín fondu pracovného času týždenne. Zmeny v zozname lekárov Poskytovateľ oznamuje Poistovní podľa bodu 14.2. písm. c. VZP.

II. KRITÉRIÁ NA UZATVORENIE ZMLUVY

- 2.1. Poistovní v súlade s bodom 2.1. VZP uverejnila kritériá na uzatváranie zmlúv s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti vzťahujúce sa na personálne a materiálne-technické vybavenie Poskytovateľa a na indikátory kvality. Kritériá podľa predchádzajúcej vety vzťahujúce sa na Poskytovateľa sú uvedené v prílohe Zmluvy.
- 2.2. Poskytovateľ vyhlasuje, že spĺňa všetky kritériá podľa bodu 2.1. Zmluvy, na základe čoho s ním Poistovní uzatvára túto Zmluvu.

III. POVINNOSTI PRI POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

- 3.1. Poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti postupuje v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi, Zmluvou a VZP.
- 3.2. Poskytovateľ, ktorý vykonáva preventívnu prehliadku poistenca Poistovne uhrádzanú z verejného zdravotného poistenia, je povinný dodržať tieto podmienky:
 - a. Poskytovateľ je povinný sám vykonať všetky vyšetrenia, ktoré vyplývajú z náplne preventívnej prehliadky vyplývajúcej zo všeobecne záväzných právnych predpisov. Poskytovateľ je oprávnený odoslať poistenca na ďalšie poskytnutie zdravotnej starostlivosti vyplývajúcej z náplne preventívnej prehliadky k inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti len vtedy, pokiaľ Poskytovateľ nie je vybavený zdravotníckou technikou, ktorá je potrebná na vykonanie vyšetrenia; v tomto prípade Poskytovateľ požiada poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorému odošle poistenca na ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti, aby vykonal len požadované vyšetrenie pomocou zdravotníckej techniky a neposkytoval poistencovi ďalšiu zdravotnú starostlivosť;
 - b. pokiaľ Poskytovateľ žiada poskytovateľa prevádzkujúceho zariadenie spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek o vykonanie laboratórnych alebo diagnostických vyšetrení nad rámec náplne preventívnej prehliadky, je povinný vyhotoviť samostatnú žiadamku na vyšetrenia podľa náplne preventívnej prehliadky a samostatnú žiadamku na vyšetrenia požadované nad rámec náplne preventívnej prehliadky;
 - c. vykonanie preventívnej prehliadky preukáže Poskytovateľ, ktorý poskytuje všeobecnú ambulanciu starostlivosť alebo špecializovanú ambulanciu starostlivosť v špecializačnom odbore „gynekológia a pôrodnictvo“, vyplnením formulára podľa vzoru uvedeného v prílohe Zmluvy; formulár podpíše Poskytovateľ aj poistenc alebo zákonný zástupca poistenca a Poskytovateľ ho po podpísaní založí do zdravotnej dokumentácie poistenca. Poskytovateľ, ktorý poskytuje špecializovanú ambulanciu starostlivosť v špecializačnom odbore „stomatológia“, zašle Poistovní oznámenie o vykonaní preventívnej prehliadky, a to v lehote 10 kalendárnych dní po skončení zúčtovacieho obdobia, v ktorom vykonal preventívnu prehliadku.
- 3.3. Poskytovateľ je oprávnený pri poskytovaní ambulanciu starostlivosti vrátane vykonávania výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek používať zdravotnícku techniku, ktorá netvorí povinné materiálne-technické vybavenie Poskytovateľa podľa všeobecne záväzných právnych predpisov alebo materiálne-technické vybavenie podľa kritérií na uzatvorenie zmluvy (článok II. Zmluvy), ak je uvedená v prílohe k Zmluve, alebo ak s jej použitím vyslovila Poistovní predchádzajúci písomný súhlas; Poskytovateľ môže vykázať Poistovní len vykonanie tých zdravotných výkonov, ktoré sú uvedené v prílohe k Zmluve alebo v súhlase Poistovne s použitím zdravotníckej techniky.
- 3.4. Zdravotné výkony, ktoré sú v Katalógu zdravotných výkonov označené ako „podobné vyšetrenia“ alebo iným slovným spojením rovnakého významu (ďalej len „Podobné vyšetrenia“), môže Poskytovateľ vykazovať len s predchádzajúcim písomným súhlasom Poistovne. Poskytovateľ v žiadosti o udelenie predchádzajúceho súhlasu podľa predchádzajúcej vety uvedie, aké Podobné vyšetrenia v rámci jednotlivých skupín zdravotných výkonov podľa Katalógu zdravotných výkonov mieni vykonávať a vykazovať. Poistovní v súhlase podľa prvej vety tohto bodu uvedie, ktoré zdravotné výkony môže

Poskytovateľ vykazovať v rámci jednotlivých skupín zdravotných výkonov ako Podobné vyšetrenia; Poistovňa môže súhlas časovo ohraničiť.

- 3.5. Poskytovateľ je povinný informovať Poistenca, ktorému poskytuje zdravotnú starostlivosť a mieni mu predpísať zdravotnícku pomôcku, alebo zákonného zástupcu Poistenca, že výdaj
- individuálne zhotovovanej ortopedicko-protetickej zdravotníckej pomôcky bandážového typu s predajnou cenou najmenej 165,97 EUR,
 - ortopedickej obuvi s predajnou cenou najmenej 265,55 EUR,
 - ortézy nebandážového typu s predajnou cenou najmenej 497,91 EUR a
 - inej zdravotníckej pomôcky s predajnou cenou najmenej 1 327,76 EUR
- podlieha predchádzajúcemu súhlasu Poistovne.
- 3.6. Poskytovateľ môže Poistencovi predpísať individuálne zhotovovanú ortopedicko-protetickú zdravotnícku pomôcku len vtedy, pokiaľ použitie sériovo vyrábanej zdravotníckej pomôcky je pre Poistenca zrejme nevhodné. Poskytovateľ je povinný na lekárskom poukaze na zdravotnícku pomôcku uviesť všetky údaje vyplývajúce zo všeobecne záväzných právnych predpisov a ako kód zdravotníckej pomôcky uvedie číselný kód uvedený v Zozname zdravotníckych pomôcok plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia. Poskytovateľ pripojí k lekárskeму poukazu podľa tohto bodu aj odborný nález, v ktorom z medicínskeho hľadiska odôvodní nevhodnosť použitia sériovo vyrábanej zdravotníckej pomôcky a nevyhnutnosť predpisania zdravotníckej pomôcky uvedenej v bode 3.5. Zmluvy.
- 3.7. Poskytovateľ je oprávnený odoslať Poistenca na ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti do špecializovanej nemocnice alebo liečebne len s predchádzajúcim súhlasom Poistovne. Zoznam špecializovaných nemocníc a liečební podľa predchádzajúcej vety a vzor žiadosti o udelenie predchádzajúceho súhlasu sú uvedené v prílohe Zmluvy.
- 3.8. Poskytovateľ nesmie vykázať Poistovni vykonanie iných zdravotných výkonov uvedených v Katalógu zdravotných výkonov v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ ako zdravotných výkonov, ktorých vykonanie si u Poskytovateľa objednali v žiadankách o vykonanie laboratórnych alebo diagnostických vyšetrení odosielajúci lekári Poskytovateľa alebo odosielajúci zmluvní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti.
- 3.9. Poskytovateľ sa zaväzuje na požiadanie Poistovne poskytnúť jej v lehote do 10 kalendárnych dní výsledky laboratórnych a diagnostických vyšetrení, ktoré vykonal v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti Poistencom. Poistovňa je povinná výsledky podľa predchádzajúcej vety vrátiť Poskytovateľovi do 30 kalendárnych dní odo dňa ich prevzatia od Poskytovateľa.
- 3.10. Poskytovateľ je povinný pri nákupe liekov, zdravotníckych pomôcok aj akéhokoľvek materiálu, ktorých použitie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vykazuje a účtuje Poistovni, postupovať účelne, efektívne a hospodárne. Pokiaľ nadobúdacia cena liekov, zdravotníckych pomôcok alebo materiálu podľa predchádzajúcej vety je vyššia ako ich obvyklá cena na trhu, Poistovňa si vyhradzuje právo neuhradiť Poskytovateľovi tú časť ich nadobúdacej ceny, ktorá prevyšuje obvyklú cenu.
- 3.11. Poskytovateľ môže pri výkonoch intervenčnej rádiológie a rádioterapie, nukleárnej medicíny a klinickej rádiofyzyky vykazovať len použitie originálnych sád zdravotného materiálu určeného na jednotlivé výkony intervenčnej rádiológie a rádioterapie, nukleárnej medicíny a klinickej rádiofyzyky (ďalej len „Sety“). Poskytovateľ je povinný na požiadanie preukázať Poistovni nadobudnutie Setu účtovným dokladom, ktorý musí obsahovať názov výrobcu Setu, katalógové číslo Setu pridelené výrobcou, rozpis všetkých položiek tvoriacich Set a celkovú cenu Setu. Ak Poskytovateľ použije iné ako originálne Sety, ich použitie nevykáže ako použitie Setu, ale ako použitie jednotlivého zdravotného a spotrebného materiálu určeného na uvedené výkony.
- 3.12. Poskytovateľ môže Poistencom poskytnúť zdravotnú starostlivosť spočívajúcu vo výkonoch hyperbarickej oxygenoterapie a stereorádiokirurgie len s predchádzajúcim súhlasom Poistovne. Predchádzajúci súhlas Poistovne sa nevyžaduje, ak sa výkon hyperbarickej oxygenoterapie vykoná v rámci poskytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Poskytovateľ pozitronovej emisnej tomografie zasiela spolu s vyúčtovaním za príslušné účtovné obdobie aj kópie návrhov / žiadaniek na poskytnutie vyšetrenia.

IV. OSOBITNÉ POVINNOSTI PRI POSKYTOVANÍ ÚSTAVNEJ STAROSTLIVOSTI

- 4.1. Poskytovateľ poskytne osobe uvedenej v bode 1.1. Zmluvy (ďalej v tomto článku len „Pacient“) ústavnú starostlivosť, ak zdravotný stav Pacienta vyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín (ďalej len „Hospitalizácia“).

- 4.2. Poskytovateľ je povinný zasielať Poistovní údaje potrebné na vedenie zoznamu poistencov čakajúcich na poskytovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „Zoznam“), a to najmä:
 - a. meno, priezvisko a rodné číslo Pacienta;
 - b. kód choroby podľa MKCH-10, v súvislosti s ktorou Poskytovateľ navrhuje Hospitalizáciu Pacienta;
 - c. kód Poskytovateľa a kód oddelenia Poskytovateľa, na ktorom má byť Pacient hospitalizovaný.
- 4.3. Poistovňa je povinná najneskôr v deň účinnosti Zmluvy poskytnúť Poskytovateľovi programové vybavenie, ktoré Poskytovateľovi umožňuje zasielať Poistovní údaje potrebné na vedenie Zoznamu (ďalej len „Program hospiCOM“). Pokiaľ ďalej z tohto článku vyplýva povinnosť zasielať akékoľvek údaje pomocou Programu hospiCOM, Poskytovateľ môže namiesto Programu hospiCOM použiť na zasielanie týchto údajov aj webové rozhranie na internetovej stránke Poistovne.
- 4.4. Poskytovateľ je povinný pomocou Programu hospiCOM zasielať Poistovní najmenej jedenkrát počas pracovného dňa údaje potrebné na vedenie Zoznamu v štruktúre (dátovom rozhraní) určenej Poistovňou a zverejnenej na internetovej stránke Poistovne; to neplatí, ak Poskytovateľ počas pracovného dňa neprijal na Hospitalizáciu ani neukončil Hospitalizáciu žiadneho Pacienta.
- 4.5. Poskytovateľ, ktorý prijal Pacienta na Hospitalizáciu v dôsledku potreby poskytnúť mu neodkladnú zdravotnú starostlivosť, je povinný oznámiť túto skutočnosť Poistovní prostredníctvom Programu hospiCOM najneskôr v pracovný deň bezprostredne nasledujúci po dni začatia Hospitalizácie.
- 4.6. Poskytovateľ je povinný v zdravotnej dokumentácii Pacienta vyznačiť dátum a hodinu začatia Hospitalizácie a dátum a hodinu ukončenia Hospitalizácie. Poskytovateľ je ďalej povinný oznámiť Poistovní prostredníctvom Programu hospiCOM začatie aj ukončenie Hospitalizácie Pacienta.
- 4.7. Poskytovateľ nesmie prijať Pacienta na Hospitalizáciu na poskytovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti, ak mu Poistovňa neudelila súhlas na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti Pacientovi alebo skôr, než v deň určený Poistovňou v súhlase. Poskytovateľ môže prijať Pacienta na Hospitalizáciu na poskytovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti počas dňa, ktorý Poistovňa určí v súhlase, alebo kedykoľvek po tomto dni; ak takýto deň Poistovňa v súhlase neurčila, tak najskôr v deň udelenia súhlasu.
- 4.8. Poskytovateľ môže prijať na geriatrické oddelenie len Pacienta, ktorý v čase začatia Hospitalizácie dovŕšil 65. rok veku.
- 4.9. Poskytovateľ môže Pacienta, ktorému poskytuje ústavnú starostlivosť, preložiť na iné oddelenie u Poskytovateľa len v prípade, ak jeho zdravotný stav nevyhnutne vyžaduje Hospitalizáciu na inom oddelení u Poskytovateľa. Poskytovateľ môže preložiť Pacienta na oddelenie dlhodobo chorých len v prípade, ak zdravotný stav Pacienta predpokladá Hospitalizáciu na tomto oddelení po dobu dlhšiu ako 21 kalendárnych dní.
- 4.10. Poskytovateľ môže odoslať Pacienta na poskytovanie ústavnej starostlivosti k inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti len v prípade, ak personálne a materiálno-technické vybavenie Poskytovateľa neumožňuje poskytnúť Pacientovi potrebnú zdravotnú starostlivosť vzhľadom na vývoj zdravotného stavu Pacienta. Odoslanie na ďalšie poskytovanie ústavnej starostlivosti podľa predchádzajúcej vety musí byť podrobne odôvodnené v zdravotnej dokumentácii Pacienta a musí ho podpísať vedúci oddelenia, na ktorom bol Pacient u Poskytovateľa naposledy hospitalizovaný.
- 4.11. Poskytovateľ je povinný zabezpečiť, aby podanie vzorky lieku (§ 31 Zákona o liekoch) Pacientovi bolo zaznamenané v zdravotnej dokumentácii Pacienta. Poskytovateľ je ďalej povinný zabezpečiť, aby sa na každom oddelení Poskytovateľa viedla evidencia vzoriek liekov, a túto evidenciu na požiadanie sprístupniť Poistovní. Evidencia podľa predchádzajúcej vety musí obsahovať najmä mená a priezviská Pacientov, ktorým boli podané vzorky liekov, názvy vzoriek liekov a dátum podania vzoriek liekov Pacientom.
- 4.12. Po ukončení Hospitalizácie je Poskytovateľ povinný vyhotoviť prepúšťaciu správu, ktorá musí obsahovať aj:
 - a. zoznam liekov, ktoré Poskytovateľ podal Pacientovi počas Hospitalizácie;
 - b. zoznam liekov, ktoré Poskytovateľ odporúča predpisovať Pacientovi po ukončení Hospitalizácie; zoznam liekov môže pri jednotlivých liekoch obsahovať aj poznámku „*Zákaz výdaja náhradného generického lieku*“, ak odporúčajúci lekár považuje predpísanie generického lieku za nevhodné;
 - c. mená a kódy lekárov, ktorí odporúčali predpísanie liekov podľa písm. b., rešpektujúc indikačné a preskripčné obmedzenia.

Poskytovateľ založí jedno vyhotovenie prepúšťacej správy podľa tohto bodu do zdravotnej dokumentácie Pacienta.

- 4.13. Poskytovateľ je povinný spolu s vykázaním zdravotnej starostlivosti za príslušné zúčtovacie obdobie oznámiť Poistovní mená, priezviská a rodné čísla Pacientov, u ktorých sa počas Hospitalizácie v zúčtovacom období vyskytli nozokomiálne infekcie.
- 4.14. Poskytovateľ, ktorý mieni poskytnúť zdravotnú starostlivosť spočívajúcu v transplantácii orgánu Pacientovi, môže takúto zdravotnú starostlivosť poskytnúť len s predchádzajúcim súhlasom Poistovne; predchádzajúci súhlas Poistovne sa nevyžaduje, ak transplantácia orgánu je poskytnutím neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Poskytovateľ v žiadosti o udelenie súhlasu uvedie aj výšku nákladov, ktoré predpokladá účelne, efektívne a hospodárne vynaložiť na zabezpečenie odberu a transplantácie orgánu. Poistovňa v súhlase podľa prvej vety tohto bodu môže uviesť maximálnu cenu, v akej uhradí náklady na odber a transplantáciu orgánu, a podrobnosti o vykazovaní zdravotnej starostlivosti spočívajúcej v odbere a transplantácii orgánu.
- 4.15. Pokiaľ má Poskytovateľ dôvodné podozrenie, že poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, ktorý poskytoval Pacientovi ústavnú starostlivosť bezprostredne pred prijatím Pacienta na Hospitalizáciu u Poskytovateľa, neposkytol Pacientovi potrebnú zdravotnú starostlivosť vzhľadom na vývoj zdravotného stavu Pacienta, je povinný o tejto skutočnosti informovať Poistovňu.
- 4.16. Porušenie niektorej z povinností Poskytovateľa podľa bodov 4.2. až 4.6. Zmluvy sa považuje za závažné porušenie povinnosti podľa bodu 8.4. VZP.

V. ÚHRADA ZA ZDRAVOTNÚ STAROSTLIVOSŤ

- 5.1. Poistovňa a Poskytovateľ sa v súlade so zákonom č. 18/1996 Z.z. o cenách v znení neskorších predpisov dohodli, že Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti Poistencom úhradu podľa pravidiel uvedených v tomto článku. Poskytovateľ berie na vedomie, že Zdravotná poisťovňa bude pri úhrade zdravotnej starostlivosti postupovať v súlade s ustanovením § 9 ods. 2 zákona č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (v znení zákona č. 718/2004 Z.z.). Zdravotná poisťovňa v spolupráci s Poskytovateľom a dodávateľom informačného systému Poskytovateľa za týmto účelom vyvinie maximálne úsilie vedúce k tomu, aby bola informácia o tom, či je poistenec uvedený v zozname dlžníkov sprístupnená priamo v informačnom systéme Poskytovateľa. Týmto však nie je dotknutá povinnosť Poskytovateľa uvedená v bode 4.1. VZP.“
- 5.2. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za poskytnutú všeobecnú ambulatnú starostlivosť a špecializovanú ambulatnú starostlivosť v špecializačnom odbore „gynekológia a pôrodníctvo“ paušálnu mesačnú úhradu za podmienok stanovených v článku VI. Zmluvy a dodatkovú paušálnu mesačnú úhradu za podmienok stanovených v článku VII. Zmluvy.
- 5.3. Za ambulatnú starostlivosť neuvedenú v bode 5.1. Zmluvy a za ambulatnú starostlivosť, ktorá nie je zahrnutá v paušálnej mesačnej úhrade podľa článku VI. Zmluvy, patrí Poskytovateľovi úhrada stanovená v článku VIII. Zmluvy alebo v článku XI. Zmluvy. Úhrada podľa článku XI. Zmluvy za ambulatnú starostlivosť spočívajúcu vo výkonoch podľa bodu 11.1. Zmluvy patrí Poskytovateľovi aj v prípade, že inak vykazuje znaky ústavnej zdravotnej starostlivosti.
- 5.4. Za ambulatnú starostlivosť poskytnutú Poistencom EÚ v zmysle článku IX. VZP a poistencom poisťovne HIGHMARK v zmysle článku X. VZP patrí Poskytovateľovi úhrada stanovená v článku VIII. Zmluvy v rovnakej výške ako za zdravotnú starostlivosť poskytnutú poistencom Poistovne, pokiaľ z článku VIII. Zmluvy nevyplýva odlišná úhrada.
- 5.5. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za poskytnutú ústavnú starostlivosť úhradu za podmienok stanovených v článku X. Zmluvy.
- 5.6. Pokiaľ Poskytovateľ pri poskytovaní ambulantnej starostlivosti podal Poistencovi liek, ktorý je v Zozname kategorizovaných liekov (ďalej len „Zoznam liekov“) označený v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“, patrí Poskytovateľovi cena lieku vo výške ceny nadobudnutia tohto lieku, ktorá však nesmie byť vyššia ako cena lieku uvedená v Zozname liekov ako „úhrada zdravotnou poisťovňou“ v čase podania lieku. V prípade obstarania takéhoto lieku prostredníctvom nemocničnej lekárne je poskytovateľ oprávnený vykázať cenu lieku vo výške ceny, za ktorú ju nadobudol, maximálne však do výšky predajnej ceny distribútora s DPH. Zároveň je poskytovateľ povinný tieto lieky vykazovať v základných vykazovacích jednotkách spôsobom uvedeným vo VZP.
- 5.7. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi úhradu na zhotovenie alebo obstaranie individuálne zhotovovanej stomatologickej fixnej a snímateľnej náhrady, individuálne zhotovovaného čelustnoortopedického fixného a snímateľného aparátu alebo inej zdravotníckej pomôcky používanej v stomatológii a čelustnej ortopédii (ďalej len „Stomatologická zdravotnícka pomôcka,“) rovnajúcu sa výške nákladov na

zhotovenie alebo obstaranie Stomatologickej zdravotníckej pomôcky zníženú o úhradu Poistenca; Poisťovňa však Poskytovateľovi uhradí najviac cenu Stomatologickej zdravotníckej pomôcky uvedenú ako „úhrada zdravotnou poisťovňou“ v Zozname kategorizovaných zdravotníckych pomôcok platnú v ten deň, kedy bola Stomatologická zdravotnícka pomôcka vydaná Poistencovi. Poisťovňa neuhradí Poskytovateľovi úhradu za zhotovenie alebo obstaranie Stomatologickej zdravotníckej pomôcky, ak ju Poskytovateľ zhotovil alebo obstaral Poistencovi po prerušení liečby Poistencom na dobu dlhšiu ako 6 mesiacov; to sa nevzťahuje na prípady, ak liečba bola prerušená so súhlasom Poskytovateľa.

- 5.8. Pokiaľ Poskytovateľ v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti Poistencovi spotreboval materiál uvedený v Zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov vydanom Ministerstvom zdravotníctva SR (ďalej len „Zoznam kategorizovaných materiálov“) a tento materiál je zároveň uvedený v zozname kategorizovaných materiálov zverejnenom na webovom sídle Poisťovne v sekcii „Lekár- časť zúčtovanie“ aktuálnom v čase použitia kategorizovaného materiálu alebo uvedený v prílohe č. 6 tejto Zmluvy, Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi samostatne cenu za tento materiál najviac do výšky určenej v Zozname kategorizovaných materiálov ako “maximálna výška úhrady zdravotnou poisťovňou”. Poskytovateľ vykazuje kategorizovaný materiál s použitím kódu uvedeného v Zozname kategorizovaných materiálov. Poisťovňa týmto zároveň udeľuje na základe písomnej žiadosti Poskytovateľa súhlas s použitím nekategorizovaných materiálov uvedených v zozname, ktorý tvorí prílohu č. 6 tejto Zmluvy (ďalej len „Zoznam nekategorizovaných materiálov“) potrebných na poskytnutie zdravotnej starostlivosti jej Poistencom, pričom Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi náklady účelne, efektívne a hospodárne vynaložené na nadobudnutie takého materiálu, najviac však do výšky sumy určenej v tomto Zozname nekategorizovaných materiálov. Použitie nekategorizovaného materiálu vykazuje Poskytovateľ pomocou kódu uvedeného v Zozname nekategorizovaných materiálov. V prípade, že sa špeciálny zdravotnícky materiál stane na základe kategorizácie súčasťou Zoznamu kategorizovaných materiálov bude hradený podľa prvej vety tohto bodu Zmluvy.
- 5.9. Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi, ktorý poskytuje zdravotnú starostlivosť spočívajúcu vo výkonoch hyperbarickej oxygenoterapie, stereorádiokirurgie a pozitronovej emisnej tomografie, úhradu vo výške uvedenej v prílohe Zmluvy. Poskytovateľ je povinný vykazovať zdravotnú starostlivosť spočívajúcu vo výkonoch hyperbarickej oxygenoterapie, stereorádiokirurgie a pozitronovej emisnej tomografie spôsobom uvedeným v prílohe podľa predchádzajúcej vety.
- 5.10. Poskytovateľ vykazuje poskytnutú zdravotnú starostlivosť spôsobom uvedeným vo VZP. Poskytovateľ je povinný vo faktúre okrem celkovej výšky úhrady za zdravotnú starostlivosť poskytnutú v zúčtovacom období uviesť aj výšku úhrady za:
 - a. všeobecnú ambulantnú starostlivosť;
 - b. špecializovanú ambulantnú starostlivosť;
 - c. ústavnú starostlivosť;
 - d. lieky a zdravotnícke pomôcky.

VI. KAPITÁCIA

- 6.1. Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi za každého Poistenca, s ktorým mal Poskytovateľ k poslednému dňu kalendárneho mesiaca, za ktorý vykazuje poskytnutú zdravotnú starostlivosť, uzatvorenú dohodu o poskytovaní všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore „gynekológia a pôrodníctvo“ (ďalej len „Kapitovaný poistenec“), paušálnu mesačnú úhradu (ďalej len „Kapitácia“). Poisťovňa hradí Poskytovateľovi iba pomernú časť Kapitácie s presnosťou na počet dní trvania dohody o poskytovaní všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore „gynekológia a pôrodníctvo“ (ďalej len „Dohoda“) v príslušnom mesiaci za ktorý Poskytovateľ vykazuje poskytnutú zdravotnú starostlivosť za Poistencom:
 - a. s ktorými Poskytovateľ uzatvoril Dohodu v priebehu príslušného mesiaca, ak Kapitovaný poistenec nemal v tom čase uzatvorenú žiadnu Dohodu v rovnakom špecializačnom odbore,
 - b. s ktorými zanikla v priebehu príslušného mesiaca Dohoda inak ako písomným odstúpením,
 - c. ktorým vzniklo alebo zaniklo verejné zdravotné poistenie v priebehu príslušného mesiaca.
- 6.2. Pokiaľ Kapitovaný poistenec uzatvoril skôr Dohodu okrem Poskytovateľa aj s iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v rovnakom špecializačnom odbore ako Poskytovateľ, Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi Kapitáciu len v prípade zániku pôvodnej Dohody uzatvorenej medzi iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a Kapitovaným poistencom, a to od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po mesiaci, v ktorom došlo k odstúpeniu od Dohody uzatvorenej medzi iným

poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a Kapitovaným poistencom. Poskytovatelia sú povinní na základe informácie Poisťovne prostredníctvom kapitačného protokolu riešiť konfliktné prípady vzájomnou dohodou.

- 6.3. Pokiaľ má Poskytovateľ dočasne pozastavené povolenie alebo dočasne neobsadenú ambulanciu Poisťovňa Kapitáciu počas tohto obdobia Poskytovateľovi nehradí. Poisťovňa nehradí Kapitáciu za dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti aj v prípade ak Poskytovateľ oznámil ukončenie kódu lekára alebo kódu Poskytovateľa, na ktoré sú evidované dotknuté dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Poskytovateľ je povinný nahlasovať Poisťovni mesačný výkaz prírastku a úbytku Poistencov aj podľa platných kódov lekárov a Poskytovateľov a nie len podľa platnosti dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Neobsadenou ambulanciou sa na účely tejto Zmluvy rozumie ambulancia na ktorú Poskytovateľ ukončil kód lekára a nenahlásil nový kód iného lekára.
- 6.4. Výška Kapitácie sa určuje v závislosti od veku Kapitovaného poistenca a od typu poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Pre výšku Kapitácie je rozhodný vek, ktorý Kapitovaný poistencov dovŕšil k prvému dňu kalendárneho mesiaca, za ktorý sa Kapitácia platí. Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli na výške Kapitácie tak, ako je uvedené v prílohe k Zmluve (ďalej len „Cenník kapitácie“).
- 6.5. Kapitácia zahŕňa úhradu za zdravotnú starostlivosť, ktorú Poskytovateľ poskytol Kapitovanému poistencovi, a náklady, ktoré Poskytovateľ vynaložil pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti Kapitovanému poistencovi. Kapitácia nezahŕňa:
 - a. náklady na lieky, ktoré sú v Zozname liekov označené v stĺpci „*spôsob úhrady*“ písmenom „A“ (bod 5.6. Zmluvy);
 - b. úhradu za tie zdravotné výkony, ktoré Poskytovateľ vykonal pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia, ak sú tieto zdravotné výkony uvedené v Cenníku kapitácie;
 - c. úhradu za zdravotné výkony, ktoré Poskytovateľ vykonal v súlade s bodom 3.3. Zmluvy pomocou zdravotníckej techniky, ktorá netvorí povinné materiálno-technické vybavenie Poskytovateľa podľa všeobecne záväzných právnych predpisov alebo materiálno-technické vybavenie podľa kritérií na uzatvorenie zmluvy (článok II. Zmluvy);
 - d. úhradu za zdravotnú starostlivosť podľa článku XI. Zmluvy;
 - e. iné náklady a zdravotné výkony, pokiaľ to vyplýva zo všeobecne záväzných právnych predpisov alebo z Cenníka kapitácie.

VII. DODATKOVÁ KAPITÁCIA

- 7.1. Poisťovňa sa za podmienok dohodnutých v tomto článku zaväzuje spolu s Kapitáciou uhradiť Poskytovateľovi za každého Kapitovaného poistenca dodatkovú paušálnu mesačnú úhradu (ďalej len „Dodatková kapitácia“).
- 7.2. Poisťovňa z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v tabuľke označenej ako „*Parametre pre výpočet dodatkovej kapitácie*“, ktorá je súčasťou Cenníka kapitácie, a to v závislosti od toho, akú zdravotnú starostlivosť poskytol.
- 7.3. Poisťovňa použije pre zistenie a výpočet hodnoty každého parametra uvedeného v tabuľkách podľa bodu 7.2. Zmluvy údaje za dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky, z ktorých posledný kalendárny štvrťrok bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva výpočet.
- 7.4. Poisťovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov uvedený v tabuľkách podľa bodu 7.2. Zmluvy týmto spôsobom:
 - a. Poisťovňa zistí každý z parametrov za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí poskytujú ambulanciu zdravotnú starostlivosť v tom špecializačnom odbore, ktorého sa týkajú parametre uvedené v príslušnej tabuľke podľa bodu 7.2. Zmluvy;
 - b. Poisťovňa zoradí hodnoty jednotlivých parametrov zistené za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti vzostupne;
 - c. Poisťovňa neprihliada na hodnoty parametrov tých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí v poradí podľa písm. b. dosiahli 20 % najnižších hodnôt a 20 % najvyšších hodnôt;
 - d. Poisťovňa z hodnôt jednotlivých parametrov zistených u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti s výnimkou tých, na ktorých hodnoty parametrov neprihliada podľa písm. c., vypočíta strednú hodnotu (priemer) a hodnotu štandardnej odchýlky.
- 7.5. Poisťovňa vypočíta hodnotiaci kapitačný koeficient Poskytovateľa (ďalej aj „HKK“) podľa vzorca:

$$\text{HKK} = h_1 \times v_1 + h_2 \times v_2 + h_3 \times v_3 + h_4 \times v_4 + h_5 \times v_5 [+ h_6 \times v_6],$$

kde h_1 až h_5 [6] je hodnota príslušného parametra zistená z príslušnej tabuľky podľa bodu 7.2. Zmluvy, pričom sa použije hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „pod pásmom“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je nižšia ako jeho stredná hodnota znížená o hodnotu štandardnej odchýlky (bod 7.4. písm. d. Zmluvy), alebo hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „v pásme“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je vyššia alebo rovná jeho strednej hodnote zníženej o hodnotu štandardnej odchýlky, avšak zároveň nižšia alebo rovná jeho strednej hodnote zvýšenej o hodnotu štandardnej odchýlky, alebo hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „nad pásmom“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je vyššia ako jeho stredná hodnota zvýšená o hodnotu štandardnej odchýlky, a

v_1 až v_5 [6] je váha príslušného parametra zistená z príslušnej tabuľky podľa bodu 7.2. Zmluvy.

- 7.6. Výška Dodatkovej kapitácie sa vypočíta ako násobok základu pre výpočet Dodatkovej kapitácie uvedeného v Cenníku kapitácie a HKK. Dodatková kapitácia sa zaokrúhli matematicky na šesť desiatinných miest. Takto zistená Dodatková kapitácia patrí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti počas celého kalendárneho štvrťroka nasledujúceho po výpočte podľa bodu 7.3. a nasl. Zmluvy, a to počnúc druhým kalendárnym štvrťrokom trvania tejto Zmluvy. Poisťovňa je povinná vypočítať a oznámiť Poskytovateľovi výšku Dodatkovej kapitácie vždy najneskôr pred začiatkom toho kalendárneho štvrťroka, za ktorý bude Poskytovateľovi Dodatková kapitácia patriť.
- 7.7. Do skončenia toho kalendárneho štvrťroka, v ktorom Zmluva nadobudla účinnosť, sa použije ako HKK číslo uvedené v príslušnej tabuľke podľa bodu 7.2. Zmluvy, alebo číslo písomne oznámené Poskytovateľovi najneskôr ku dňu nadobudnutia účinnosti Zmluvy. HKK podľa predchádzajúcej vety sa použije aj v kalendárnom štvrťroku bezprostredne nasledujúcom po kalendárnom štvrťroku, v ktorom Zmluva nadobudla účinnosť, ak Poskytovateľ nemal pred účinnosťou Zmluvy uzatvorenú s Poisťovňou zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s obdobným vecným rozsahom zdravotnej starostlivosti, aký sa dohodol v Zmluve.

VIII. ÚHRADA VYJADRENÁ V BODOCH

- 8.1. Úhrada za ambulantnú starostlivosť, ktorá nie je zahrnutá v Kapitácii, sa vypočíta ako násobok príslušnej jednotkovej ceny bodu uvedenej v prílohe Zmluvy (ďalej len „Cenník výkonov“) a bodového vyjadrenia hodnoty zdravotného výkonu uvedeného v rozhodnutí Ministerstva zdravotníctva SR o regulácii ceny v oblasti cien výrobkov, služieb a výkonov v zdravotníctve účinného vždy v čase, keď bol vykonaný zdravotný výkon (ďalej len „Zoznam výkonov s bodovým ohodnotením“).
- 8.2. Pokiaľ hodnota zdravotnej starostlivosti, na ktorú nie je podľa bodu 8.3. Zmluvy stanovený finančný objem a ktorú Poskytovateľ poskytol Poistencom počas šiestich zúčtovacích období v jednotlivých špecializačných odboroch, vyjadrená bodovou hodnotou vykonaných zdravotných výkonov dosiahne hodnotu uvedenú v Cenníku výkonov (ďalej len „Základný rozsah“), Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi za tie zdravotné výkony, ktoré vykonal počas zúčtovacieho obdobia po dosiahnutí Základného rozsahu v príslušnom špecializačnom odbore, úhradu vypočítanú spôsobom podľa bodu VIII. Zmluvy, avšak príslušná jednotková cena bodu sa vynásobí hodnotiacim koeficientom vypočítaným podľa článku IX. Zmluvy; pokiaľ by súčin príslušnej jednotkovej ceny bodu a hodnotiaceho koeficientu bol nižší ako minimálna jednotková cena uvedená v Cenníku výkonov, na výpočet sa použije jednotková cena bodu vo výške tejto minimálnej jednotkovej ceny. Pri zdravotných výkonoch, ktoré Poskytovateľ vykonal pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti osobe uvedenej v bode 1.1. Zmluvy, ktorá nie je poisťovňou, sa hodnotiaci koeficient rovná číslu „1“; v Cenníku výkonov môže byť uvedený, pri ktorých ďalších zdravotných výkonoch sa hodnotiaci koeficient rovná číslu „1“.
- 8.3. Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že Poisťovňa Poskytovateľovi uhradí:
 - a. všeobecnú ambulantnú starostlivosť a špecializovanú ambulantnú starostlivosť v špecializačnom odbore „gynekológia a pôrodnictvo“ pomocou zdravotníckej techniky, ktorá netvorí povinné materiálno-technické vybavenie Poskytovateľa podľa všeobecne záväzných právnych predpisov ani materiálno-technické vybavenie podľa kritérií na uzatvorenie zmluvy (článok II. Zmluvy), s výnimkou zdravotnej starostlivosti poskytnutej pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia;
 - b. špecializovanú ambulantnú starostlivosť v špecializačných odboroch „stomatológia“, „čelustná ortopédia“ a „maxilofaciálna chirurgia“ spočívajúcu vo vykonaní akýchkoľvek zdravotných výkonov a vo vynaložení nákladov na zhotovenie alebo obstaranie Stomatologickej zdravotníckej

pomôcky, s výnimkou zdravotnej starostlivosti poskytnutej pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia;

- c. špecializovanú ambulatnú starostlivosť spočívajúcu vo vykonávaní výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek v tých špecializačných odboroch, pre ktoré nebol podľa bodu 8.2. Zmluvy stanovený základný rozsah, a vo vynaložení nákladov na lieky označené v Zozname liekov v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ a na materiál uvedený v bode 5.8. Zmluvy, ak boli tieto náklady vynaložené v súvislosti s výkonmi podľa tohto bodu,

poskytnutú poistencom Poistovne maximálne do finančných objemov uvedených v Cenníku výkonov (ďalej len „Finančný objem“), pokiaľ z pravidiel uvedených v bodoch 8.4. až 8.5. Zmluvy nevyplýva vyššia hodnota Finančného objemu. Finančný objem je dohodnutý na kalendárny mesiac. Do Finančného objemu sa nezahŕňa zdravotná starostlivosť poskytnutá iným osobám, ako sú poistenci Poistovne, a zdravotné výkony a iné náklady uvedené v Cenníku výkonov.

- 8.4. Pokiaľ Poskytovateľ poskytol Poistencom počas kalendárneho mesiaca zdravotnú starostlivosť v rozsahu nižšom ako Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac, potom platí, že Finančný objem na bezprostredne nasledujúci kalendárny mesiac sa zvyšuje o nedočerpaný Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac (t.j. zvyšuje sa o rozdiel medzi Finančným objemom na aktuálny kalendárny mesiac a hodnotou zdravotnej starostlivosti poskytnutej Poistencom v aktuálnom kalendárnom mesiaci).
- 8.5. Pokiaľ Poskytovateľ poskytol Poistencom počas kalendárneho mesiaca zdravotnú starostlivosť v rozsahu vyššom ako Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac, rozdiel medzi výškou úhrady za zdravotnú starostlivosť a Finančným objemom na aktuálny kalendárny mesiac (ďalej len „Prečerpanie objemu“) Poistovňa uhradí Poskytovateľovi v nasledujúcich kalendárnych mesiacoch, v ktorých Poskytovateľ Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 8.4. Zmluvy) nedočerpá.
- 8.6. Poskytovateľ berie na vedomie, že Poistovňa pri úhrade Prečerpania objemu postupuje tak, aby celková výška úhrady za zdravotnú starostlivosť podľa bodu 8.3. Zmluvy v kalendárnom mesiaci nepresiahla Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 8.4. Zmluvy). Poskytovateľ ďalej berie na vedomie, že zvýšenie Finančného objemu o nedočerpaný Finančný objem podľa bodu 8.4. Zmluvy a úhrada Prečerpania objemu podľa bodu 8.5. Zmluvy sú možné len v rámci jedného kalendárneho roka, a to toho kalendárneho roka, v ktorom Poskytovateľ Finančný objem nedočerpal alebo prečerpal, alebo do zániku Zmluvy aj počas kalendárneho roka.

IX. HODNOTIACI KOEFICIENT

- 9.1. Poistovňa z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v tabuľkách, ktoré tvoria prílohu Zmluvy, a to v závislosti od toho, v akom špecializačnom odbore podľa tabuľky uvedenej v bode 8.2. Zmluvy poskytoval Poskytovateľ zdravotnú starostlivosť.
- 9.2. Poistovňa použije pre zistenie a výpočet hodnoty každého parametra uvedeného v tabuľkách podľa bodu 9.1. Zmluvy údaje vždy pre príslušný špecializačný odbor podľa tabuľky uvedenej v bode 8.2. Zmluvy, a to za dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky, z ktorých posledný kalendárny štvrťrok bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva výpočet.
- 9.3. Poistovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov uvedených v tabuľkách podľa bodu 9.1. Zmluvy týmto spôsobom:
 - a. Poistovňa zistí každý z parametrov za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí poskytujú ambulatnú zdravotnú starostlivosť v príslušnom špecializačnom odbore podľa tabuľky uvedenej v bode 8.2. Zmluvy;
 - b. Poistovňa zoradí hodnoty jednotlivých parametrov zistené za poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v príslušných špecializačných odboroch podľa tabuľky uvedenej v bode 8.2. Zmluvy vzostupne;
 - c. Poistovňa neprihliada na hodnoty parametrov tých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí v poradí podľa písm. b. dosiahli 20 % najnižších hodnôt a 20 % najvyšších hodnôt;
 - d. Poistovňa z hodnôt parametrov zistených u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti s výnimkou tých, na ktorých hodnoty parametrov neprihliada podľa písm. c., vypočíta strednú hodnotu (priemer) a hodnotu štandardnej odchýlky.
- 9.4. Poistovňa vypočíta hodnotiaci koeficient pre každý špecializačný odbor Poskytovateľa (ďalej aj „HK“) podľa tabuľky uvedenej v bode 8.2. Zmluvy podľa vzorca:

$$HK = h_1 \times v_1 + h_2 \times v_2 + h_3 \times v_3 + h_4 \times v_4 + h_5 \times v_5,$$

kde h_1 až h_5 je hodnota príslušného parametra zistená z príslušnej tabuľky podľa bodu 9.1. Zmluvy, pričom sa použije hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „pod pásmom“, ak hodnota príslušného

parametra dosiahnutého Poskytovateľom je nižšia ako jeho stredná hodnota znížená o hodnotu štandardnej odchýlky (bod 9.3. písm. d. Zmluvy), alebo hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „*v pásme*“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je vyššia alebo rovná jeho strednej hodnote zníženej o hodnotu štandardnej odchýlky, avšak zároveň nižšia alebo rovná jeho strednej hodnote zvýšenej o hodnotu štandardnej odchýlky, alebo hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „*nad pásmom*“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je vyššia ako jeho stredná hodnota zvýšená o hodnotu štandardnej odchýlky, a

v_{1 až 5} je váha príslušného parametra zistená z príslušnej tabuľky podľa bodu 9.1. Zmluvy.

- 9.5. HK pre jednotlivé špecializačné odbory podľa tabuľky uvedenej v bode 8.2. Zmluvy sa použijú vždy počas celého kalendárneho polroka nasledujúceho po výpočte podľa bodu 9.2. a nasl. Zmluvy, a to počnúc druhým kalendárnym polrokom trvania tejto Zmluvy. Poisťovňa je povinná vypočítať a oznámiť Poskytovateľovi výšku HK vždy najneskôr pred začiatkom toho kalendárneho polroka, počas ktorého sa bude HK aplikovať.
- 9.6. Do skončenia toho kalendárneho polroka, v ktorom Zmluva nadobudla účinnosť, sa použijú ako HK pre jednotlivé špecializačné odbory podľa bodu 8.2. Zmluvy údaje uvedené v Cenníku výkonov, alebo údaje písomne oznámené Poskytovateľovi najneskôr ku dňu nadobudnutia účinnosti Zmluvy. Ak zmluva nadobudla účinnosť v druhej polovici kalendárneho polroka, HK podľa predchádzajúcej vety sa použijú aj v kalendárnom polroku bezprostredne nasledujúcom po kalendárnom polroku, v ktorom Zmluva nadobudla účinnosť, ak Poskytovateľ nemal pred účinnosťou Zmluvy uzatvorenú s Poisťovňou zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s obdobným vecným rozsahom zdravotnej starostlivosti, aký sa dohodol v Zmluve.

X. ÚHRADA ZA ÚSTAVNÚ STAROSTLIVOSŤ

- 10.1. Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi za Hospitalizáciu Poistenca trvajúcu dlhšie ako 24 hodín paušálnu úhradu za ukončenú Hospitalizáciu (ďalej len „Hospitalizačný paušál“) alebo paušálnu dennú úhradu (ďalej len „Lôžkové“) podľa cenníka hospitalizácií uvedeného v prílohe Zmluvy (ďalej len „Cenník hospitalizácie“), a to v závislosti od toho, na akom oddelení Poskytovateľa sa poskytovala tejto osobe ústavná starostlivosť.
- 10.2. Základom pre určenie výšky Hospitalizačného paušálu je suma v eurách uvedená v Cenníku hospitalizácie (ďalej len „Základný hospitalizačný paušál“). V Cenníku hospitalizácie môže byť stanovená rozdielna suma Hospitalizačného paušálu v závislosti od trvania Hospitalizácie. Pokiaľ v Cenníku hospitalizácie nie sú stanovené rozdielne sumy Hospitalizačného paušálu, Poskytovateľovi patrí Hospitalizačný paušál vo výške Základného hospitalizačného paušálu.
- 10.3. V prípade Hospitalizácie Poistenca na jednotke intenzívnej starostlivosti, pokiaľ tejto zdravotnej starostlivosti predchádza Hospitalizácia na inom oddelení Poskytovateľa alebo po Hospitalizácii na jednotke intenzívnej starostlivosti pokračuje Hospitalizácia na inom oddelení Poskytovateľa, patrí Poskytovateľovi úhrada za Hospitalizáciu na tomto inom oddelení Poskytovateľa uvedená v Cenníku hospitalizácií. Pokiaľ Hospitalizácii na jednotke intenzívnej starostlivosti nepredchádzala Hospitalizácia na inom oddelení Poskytovateľa a po Hospitalizácii na jednotke intenzívnej starostlivosti nepokračovala Hospitalizácia na inom oddelení Poskytovateľa, patrí Poskytovateľovi úhrada vo výške uvedenej v Cenníku hospitalizácií pre príslušnú jednotku intenzívnej starostlivosti.
- 10.4. Poisťovňa uhradí Hospitalizáciu Poistenca na oddelení anesteziológie a intenzívnej medicíny na základe individuálneho posúdenia odôvodnenosti poskytovania zdravotnej starostlivosti Poistenca na tomto oddelení v sume uvedenej v Cenníku hospitalizácie. Za individuálne posúdenie podľa predchádzajúcej vety sa považuje posúdenie poskytnutej zdravotnej starostlivosti v súlade s koncepciou príslušného špecializačného odboru v nadväznosti na zdravotný stav Poistenca zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii Poistenca. Pri schvaľovaní úhrady hospitalizácie poistenca môže Poisťovňa ako pomocné kritériá uplatniť skórovacie systémy GCS (Glasgow Coma Scale), APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II) a TISS (Therapeutic Intervention Scoring System). Ustanovenie bodu 10.18. Zmluvy nie je týmto dotknuté.
- 10.5. Hospitalizačný paušál zahŕňa úhradu za akúkoľvek zdravotnú starostlivosť, ktorú Poskytovateľ poskytol tejto osobe počas Hospitalizácie, a všetky náklady, ktoré Poskytovateľ vynaložil pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti tejto osobe počas Hospitalizácie. Hospitalizačný paušál nezahŕňa náklady uvedené v bode 10.8. Zmluvy.
- 10.6. Opakovaná Hospitalizácia Poistenca na rovnakom oddelení u Poskytovateľa počas jedného súvislého poskytovania ústavnej starostlivosti tejto osobe sa považuje za jednu Hospitalizáciu na príslušnom oddelení a Poskytovateľovi patrí len jeden Hospitalizačný paušál za Hospitalizáciu na príslušnom oddelení.

- 10.7. Za Hospitalizáciu, ktorá nebola poskytovaním neodkladnej zdravotnej starostlivosti a Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť bez súhlasu alebo v rozpore so súhlasom Poistovne podľa bodu 4.7. Zmluvy, patrí Poskytovateľovi úhrada vo výške 10 % zo Základného hospitalizačného paušálu uvedeného v Cenníku hospitalizácie.
- 10.8. Hospitalizačný paušál nezahŕňa náklady na:
- výkony poskytnuté pracoviskom spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek;
 - mimoriadne finančne náročnú zdravotnú starostlivosť podľa bodov 10.9. a 10.10. Zmluvy;
 - materiál uvedený v Zozname kategorizovaných materiálov zverejnenom na webovom sídle Poistovne a materiál uvedený v Prílohe č. 6 tejto Zmluvy;
 - zdravotné výkony, lieky a zdravotnícke pomôcky, pokiaľ to vyplýva z rozhodnutia Ministerstva zdravotníctva SR o regulácii cien výrobkov, služieb a výkonov v oblasti zdravotníctva;
 - materské mlieko a transfúzne lieky poskytnuté v súvislosti s Hospitalizáciou;
 - tkanivá a bunky na účely transplantácie použité v súvislosti s Hospitalizáciou.
- 10.9. Za mimoriadne finančne náročnú zdravotnú starostlivosť sa na účely Zmluvy považuje zdravotná starostlivosť poskytnutá Poistencovi na oddelení anesteziológie a intenzívnej medicíny, hematologickom, onkologickom, transplantáčnom a na JIS oddelení ostatných odborností (t. j. iných odborností ako uvedených v predchádzajúcej časti vety), ktorá predstavuje jediný možný liečebný postup vzhľadom na zdravotný stav Poistenca (nevyhnutnú terapeutickú alternatívu pre Poistenca), ktorej celkový náklad prekročí zmluvne dohodnutý Hospitalizačný paušál o 150% t.j. dvaaplnásobne. Do sumy celkového nákladu podľa tohto bodu Poskytovateľ započíta len priame náklady na lieky a zdravotnícke pomôcky poskytnuté počas Hospitalizácie, ktorých úhrada je zahrnutá v hospitalizačnom paušály a ktoré neboli centrálnne obstarané Poistovňou podľa bodu 4.18. VZP, v prípadoch, ak:
- maximálna konečná cena za jedno balenie lieku je vyššia ako 100 eur a zároveň cena jedného terapeutického cyklu alebo liečby týmto liekom, určených v súlade so súhrnom charakteristických vlastností lieku presiahne 1 000 eur;
 - maximálna konečná cena za jeden kus zdravotníckej pomôcky je vyššia ako 200 eur; za predpokladu, že lieky podľa bodu a.) boli predpísané na indikácie schválené pri registrácii lieku a zdravotnícke pomôcky podľa bodu b.) boli predpísané na indikáciu alebo na účel určenia uvedený pri posudzovaní zhody zdravotníckej pomôcky.
- Poskytovateľ predloží Poistovni bezodkladne, najneskôr do 30 dní, od ukončenia Hospitalizácie Poistenca žiadosť o úhradu mimoriadne finančne náročnej zdravotnej starostlivosti podľa tohto bodu, ku ktorej priloží prepúšťaciu správu a kópie nadobúdacích dokladov kalkulovaných položiek. Poistovňa uhradí príplatok k zmluvne dohodnutému Hospitalizačnému paušálu vo výške schválenej revíznym lekárom Poistovne na základe Poskytovateľom vystavenej osobitnej faktúry.
- 10.10. V prípade, ak zdravotná starostlivosť poskytovaná Poistencovi počas Hospitalizácie spočíva v odbere a transplantácii orgánu, Poskytovateľ má nárok na príplatok k Hospitalizačnému paušálu vo výške a za podmienok uvedených v bode 10.8 Zmluvy. Pokiaľ Poistovňa v súhlase podľa bodu 4.14. Zmluvy stanovila maximálnu cenu, v akej uhradí náklady na odber a transplantáciu orgánu, príplatok k Hospitalizačnému paušálu nesmie prekročiť túto maximálnu cenu zníženú o Hospitalizačný paušál.
- 10.11. Lôžkodenň zahŕňa úhradu za akúkoľvek zdravotnú starostlivosť, ktorú Poskytovateľ poskytol tejto osobe počas jedného dňa Hospitalizácie, a všetky náklady, ktoré Poskytovateľ vynaložil pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti tejto osobe počas jedného dňa Hospitalizácie.
- 10.12. Deň začatia Hospitalizácie a deň ukončenia Hospitalizácie sa na účel výpočtu úhrady za Hospitalizáciu považujú za jeden deň Hospitalizácie.
- 10.13. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že Poistovňa Poskytovateľovi uhradí ústavnú zdravotnú starostlivosť poskytnutú poistencom Poistovne maximálne do finančných objemov uvedených v Cenníku hospitalizácie (ďalej len „Finančný objem“), pokiaľ z pravidiel uvedených v bodoch 10.14. až 10.16. Zmluvy nevyplýva vyššia hodnota Finančného objemu. Finančný objem je dohodnutý na kalendárny mesiac. Ustanovenie tohto bodu sa nepoužije, ak z Cenníka hospitalizácie vyplýva, že finančný objem sa nedohodol.
- 10.14. Pokiaľ Poskytovateľ poskytol Poistencom počas kalendárneho mesiaca ústavnú zdravotnú starostlivosť v rozsahu nižšom ako Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac, potom platí, že Finančný objem na bezprostredne nasledujúci kalendárny mesiac sa zvyšuje o nedočerpaný Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac (t.j. zvyšuje sa o rozdiel medzi Finančným objemom na aktuálny kalendárny mesiac a hodnotou zdravotnej starostlivosti poskytnutej Poistencom v aktuálnom kalendárnom mesiaci).

- 10.15. Pokiaľ Poskytovateľ poskytol Poistencom počas kalendárneho mesiaca ústavnú zdravotnú starostlivosť v rozsahu vyššom ako Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac, rozdiel medzi výškou úhrady za zdravotnú starostlivosť a Finančným objemom na aktuálny kalendárny mesiac (ďalej len „Prečerpanie objemu“) Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi v nasledujúcich kalendárnych mesiacoch, v ktorých Poskytovateľ Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 10. 14. Zmluvy) nedočerpá.
- 10.16. Poskytovateľ berie na vedomie, že Poisťovňa pri úhrade Prečerpania objemu postupuje tak, aby celková výška úhrady za zdravotnú starostlivosť podľa bodu 10.13. Zmluvy v kalendárnom mesiaci nepresiahla Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 10.14. Zmluvy). Poskytovateľ ďalej berie na vedomie, že zvýšenie Finančného objemu o nedočerpaný Finančný objem podľa bodu 10.14. Zmluvy a úhrada Prečerpania objemu podľa bodu 10.15. Zmluvy sú možné len v rámci jedného kalendárneho roka, a to toho kalendárneho roka, v ktorom Poskytovateľ Finančný objem nedočerpal alebo prečerpal, alebo do zániku Zmluvy v priebehu kalendárneho roka.
- 10.17. Za poskytnutie zdravotnej starostlivosti Poistencovi, ktorá má povahu ústavnej starostlivosti, avšak zdravotná starostlivosť bola poskytovaná kratšie ako 24 hodín, patrí Poskytovateľovi úhrada za zdravotné výkony, ktoré Poskytovateľ vykonal pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti tejto osobe, stanovená podľa článku VIII. Zmluvy; ustanovenie bodu 10.18. Zmluvy tým nie je dotknuté.
- 10.18. Za poskytnutie zdravotnej starostlivosti Poistencovi na oddelení anesteziológie a intenzívnej medicíny, ak zdravotná starostlivosť bola poskytovaná kratšie ako 24 hodín, avšak viac ako 12 hodín, patrí Poskytovateľovi za túto časť poskytovanej zdravotnej starostlivosti úhrada vo výške 50 % zo Základného hospitalizačného paušálu.

XI. ÚHRADA OSOBITNÝCH VÝKONOV

- 11.1. Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi za zdravotnú starostlivosť spočívajúcu vo výkonoch uvedených v prílohe Zmluvy úhradu podľa tohto článku za podmienok ustanovených v tomto článku Zmluvy. Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli na výške úhrady za takúto zdravotnú starostlivosť podľa cenníka týchto výkonov, ktorý tvorí prílohu Zmluvy (ďalej len „Cenník osobitných výkonov“).
- 11.2. Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi za zdravotnú starostlivosť spočívajúcu vo výkonoch podľa bodu 11.1. Zmluvy úhradu Hospitalizačným paušálom príslušného oddelenia uvedeného v Cenníku hospitalizácie podľa podmienok uvedených v článku X. Zmluvy v prípadoch, kedy pre komplikáciu v zdravotnom stave Poistenca trvalo poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 96 hodín.
- 11.3. Cena jednotlivých výkonov zdravotnej starostlivosti uvedená v Cenníku osobitných výkonov zahŕňa úhradu za akúkoľvek zdravotnú starostlivosť, ktorú Poskytovateľ poskytol Poistencovi a všetky náklady, ktoré Poskytovateľ vynaložil v súvislosti s poskytnutím zdravotnej starostlivosti tejto osobe, okrem nákladov na materiál uvedený v Zozname kategorizovaných materiálov zverejnenom na webovom sídle Poisťovne a Zozname nekategorizovaných materiálov, ktorý tvorí prílohu č.6 tejto Zmluvy – v časti týkajúcej sa osobitných výkonov a nákladov podľa bodu 10.8. písm. a), d), e) a f) Zmluvy.
- 11.4. Poskytovateľ je povinný pri vykazovaní zdravotnej starostlivosti podľa tohto článku uvádzať kódy výkonov zdravotnej starostlivosti uvedené v Cenníku osobitných výkonov. V prípade, ak zdravotná starostlivosť bola poskytnutá na príslušnom oddelení Poskytovateľ vykazuje výkony podľa tohto článku ako pripočítateľnú položku v dátovom rozhraní určenom pre ústavnú starostlivosť. V prípade poskytnutia zdravotnej starostlivosti na ambulancii jednodňovej ambulantnej starostlivosti Poskytovateľ vykazuje výkony podľa tohto článku v dátovom rozhraní určenom pre ambulantnú starostlivosť.
- 11.5. Poskytovateľ je povinný zasielať Poisťovni údaje potrebné na vedenie zoznamu poistencov čakajúcich na zdravotnú starostlivosť spočívajúcu v poskytnutí osobitných výkonov (ďalej len „Zoznam osobitných výkonov“), a to najmä:
 - a. meno, priezvisko a rodné číslo Pacienta;
 - b. kód choroby podľa MKCH-10, v súvislosti s ktorou Poskytovateľ navrhuje poskytnutie osobitného výkonu;
 - c. kód osobitného výkonu uvedeného v prílohe tejto Zmluvy;
 - d. kód Poskytovateľa a kód oddelenia Poskytovateľa, na ktorom má byť osobitný výkon Poistencovi vykonaný.
- 11.6. Poskytovateľ je povinný pomocou Programu hospiCOM zasielať Poisťovni najmenej jedenkrát počas pracovného dňa údaje potrebné na vedenie Zoznamu osobitných výkonov v štruktúre (dátovom rozhraní) určenej Poisťovňou a zverejnenej na internetovej stránke Poisťovne; to neplatí, ak

Poskytovateľ počas pracovného dňa nemá naplánovaný osobitný výkon alebo osobitný výkon nevykonal žiadnemu Pacientovi.

- 11.7. Poskytovateľ, ktorý vykonal osobitný výkon Pacientovi v dôsledku potreby poskytnúť mu neodkladnú zdravotnú starostlivosť, je povinný oznámiť túto skutočnosť Poistovní prostredníctvom Programu hospiCOM najneskôr v pracovný deň bezprostredne nasledujúci po dni poskytnutia osobitného výkonu.
- 11.8. Poskytovateľ je povinný v zdravotnej dokumentácii Pacienta vyznačiť dátum a hodinu začatia osobitného výkonu a dátum a hodinu ukončenia zdravotnej starostlivosti súvisiacej s vykonaním osobitného výkonu poskytnutej po jeho vykonaní. Poskytovateľ je ďalej povinný oznámiť Poistovní prostredníctvom Programu hospiCOM trvanie zdravotnej starostlivosti súvisiacej s osobitným výkonom.
- 11.9. Poskytovateľ nesmie vykonať zdravotnú starostlivosť spočívajúcu v osobitnom výkone, ak mu Poistovňa neudelila súhlas na poskytnutie plánovaného osobitného výkonu Pacientovi pred jeho uskutočnením, s výnimkou poskytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti
- 11.10. Za osobitné výkony, ktoré neboli poskytnutím neodkladnej zdravotnej starostlivosti a Poskytovateľ ich vykonal bez súhlasu alebo v rozpore so súhlasom Poistovne podľa bodu 11.9 Zmluvy, patrí Poskytovateľovi úhrada vo výške 10% z ceny určenej v Cenníku osobitných výkonov podľa bodu 11.1 Zmluvy.
- 11.11. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že Poistovňa Poskytovateľovi uhradí zdravotnú starostlivosť poskytnutú podľa tohto článku poistencom Poistovne maximálne do finančného objemu uvedeného v Cenníku osobitných výkonov (ďalej len „Finančný objem“), pokiaľ z pravidiel uvedených v bodoch 11.12. až 11.13. Zmluvy nevyplýva vyššia hodnota Finančného objemu. Finančný objem je dohodnutý na kalendárny mesiac. Do Finančného objemu sa nezahŕňa zdravotná starostlivosť poskytnutá iným osobám, ako sú poistenci Poistovne, a zdravotné výkony a iné náklady uvedené v Cenníku osobitných výkonov. Ustanovenie tohto bodu sa nepoužije, ak z Cenníka osobitných výkonov vyplýva, že finančný objem sa nedohodol.
- 11.12. Pokiaľ Poskytovateľ poskytol poistencom Poistovne počas kalendárneho mesiaca zdravotnú starostlivosť v rozsahu nižšom ako Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac, potom platí, že Finančný objem na bezprostredne nasledujúci kalendárny mesiac sa zvyšuje o nedočerpaný Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac (t.j. zvyšuje sa o rozdiel medzi finančným objemom na aktuálny kalendárny mesiac a hodnotou zdravotnej starostlivosti poskytnutej Poistencom v aktuálnom kalendári mesiaci).
- 11.13. Pokiaľ Poskytovateľ poskytol poistencom Poistovne počas kalendárneho mesiaca zdravotnú starostlivosť v rozsahu vyššom ako Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac, rozdiel medzi výškou úhrady za zdravotnú starostlivosť a Finančným objemom na aktuálny kalendárny mesiac (ďalej len „Prečerpanie objemu“) Poistovňa uhradí Poskytovateľovi v nasledujúcich kalendárnych mesiacoch, v ktorých Poskytovateľ Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 11.12. Zmluvy) nedočerpá.
- 11.14. Poskytovateľ berie na vedomie, že Poistovňa pri úhrade Prečerpania objemu postupuje tak, aby celková výška úhrady za zdravotnú starostlivosť podľa bodu 11.11. Zmluvy v kalendárnom mesiaci nepresiahla Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 11.12. Zmluvy). Poskytovateľ ďalej berie na vedomie, že zvýšenie Finančného objemu o nedočerpaný Finančný objem podľa bodu 11.12. Zmluvy a úhrada Prečerpania objemu podľa bodu 11.13. Zmluvy sú možné len v rámci jedného kalendárneho roka, a to toho kalendárneho roka, v ktorom Poskytovateľ Finančný objem nedočerpá alebo prečerpá, alebo do zániku Zmluvy v priebehu kalendárneho roka.

XII. ÚČINNOSŤ ZMLUVY

- 12.1. Zmluva nadobúda účinnosť nasledujúcim dňom po jej zverejnení na webovom sídle Poistovne. V prípade, že má zákonom uloženú povinnosť zverejniť Zmluvu aj Poskytovateľ, Zmluva nadobúda účinnosť nasledujúcim dňom po zverejnení Zmluvy oboma zmluvnými stranami; pre určenie účinnosti Zmluvy je rozhodujúci okamih, kedy si povinnosť zverejniť Zmluvu splní v poradí prvá zmluvná strana.
- 12.2. Poistovňa a Poskytovateľ sa zaväzujú pristúpiť k uzavretiu Zmluvy tak, aby nadobudla účinnosť **k 01.05.2015.**
- 12.3. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že dňom účinnosti Zmluvy zanikajú všetky zmluvy, na základe ktorých Poskytovateľ poskytoval zdravotnú starostlivosť poistencom Poistovne v rovnakom vecnom

rozsahu zdravotnej starostlivosti, aký sa dohodol v Zmluve, ak nie je dohodnuté v tejto Zmluve inak (bod 12.4.).

- 12.4. Zmluvné strany sa dohodli, že po uzavretí tejto Zmluvy aj naďalej platí už udelený súhlas na poskytnutie podobných vyšetrení podľa bodu 3.4. Zmluvy.

XIII. ZASIELANIE ELEKTRONICKÉHO ZÁZNAMU

- 13.1. Poskytovateľ prostredníctvom svojho softvéru poskytne Poistovní kompletne spracovaný elektronický záznam obsahujúci údaje uvedené na lekárskom predpise resp. poukaze čo najskôr po predpísaní Lieku Poistencovi. Elektronický záznam podľa predchádzajúcej vety Poskytovateľ poskytuje za účelom kontroly predpisovania Liekov (§ 9 a § 9a Zákona o zdravotných poisťovniach), vedenia účtu poistenca (§ 16 ods. 2 písm. b) Zákona o zdravotných poisťovniach), vykonania analýzy predpisovania Liekov (6 ods. 1 písm. k) Zákona o zdravotných poisťovniach), sprístupnenia údajov o predpísaných a vydaných Liekoch Poskytovateľovi (§ 6 ods. 4 písm. k) Zákona o zdravotných poisťovniach) a vykonávania poradenskej činnosti pre Poistencov (§ 6 ods. 1 písm. f) Zákona o zdravotných poisťovniach).
- 13.2. V prípade, ak sa akýkoľvek údaj uvedený v elektronickom zázname podľa bodu 13.1. ukáže ako nepravdivý, neúplný, nepresný alebo nesprávny, Poskytovateľ sa zaväzuje bez zbytočného odkladu takýto údaj uviesť do súladu so skutočným stavom prostredníctvom svojho softvéru.

XIV. PRIJÍMANIE ÚHRADY DLŽNÉHO POISTNÉHO

- 14.1. Poskytovateľ a Poistovňa sa dohodli, že v prípade, ak Poistenec, ktorý je dlžníkom v zmysle ust. § 9 ods. 2 Zákona zdravotnom poistení prejaví záujem o úhradu dlžného poistného, môže sa Poskytovateľ s Poistencom dohodnúť na prijatí úhrady od Poistenca a to za podmienok uvedených v tomto článku.
- 14.2. Dohoda Poskytovateľa a Poistenca podľa bodu 14.1. tohto článku je možná iba v prípade, ak i) Poistenec bude ochotný uhradiť dlžné poistné v celej výške, t.j. vo výške v akej bude ku dňu prijatia platby Poistovňou sprístupnená v informačnom systéme Poskytovateľa a zároveň ii) Poistenec udelí Poskytovateľovi písomný súhlas podľa ust. § 11 zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, na spracúvanie osobných údajov, ktoré Poskytovateľ poskytne Poistovní a Poistovňa Poskytovateľovi za účelom spracovania úhrady Poistenca a odstránení Poistenca zo zoznamu dlžníkov.
- 14.3. Poistovňa za týmto účelom splnomocňuje Poskytovateľa v zmysle ust. § 31 a nasl. zákona č. 40/1964 Zb. Občianskeho zákonníka na prijatie úhrady dlžného poistného od Poistenca, ktorý je dlžníkom podľa ust. § 9 ods. 2 Zákona o zdravotnom poistení, v mene a na účet Poistovne. Poskytovateľ je oprávnený úhradu dlžného poistného zadržať u seba a to až do momentu najbližšieho zúčtovania poskytnutej zdravotnej starostlivosti a vykázať Poistovní celkovú sumu prijatých úhrad dlžného poistného za Zúčtovacie obdobie prostredníctvom svojho informačného systému.
- 14.4. Zmluvné strany sa dohodli, že pri úhrade poskytnutej zdravotnej starostlivosti sa započíta pohľadávka Poistovne za vykázané úhrady dlžného poistného prijaté Poskytovateľom s pohľadávkou Poskytovateľa za poskytnutú zdravotnú starostlivosť počas Zúčtovacieho obdobia. V prípade, ak bude voči Poskytovateľovi uplatnená zmluvná pokuta podľa článku VIII. VZP, vykoná sa započítanie tak, že najskôr sa voči pohľadávke Poskytovateľa započíta pohľadávka Poistovne titulom uplatnenej zmluvnej pokuty.
- 14.5. Poistovňa sa zaväzuje nahradiť Poskytovateľovi náklady vynaložené v súvislosti s prijatím úhrady podľa tohto článku. Zmluvné strany sa dohodli na paušálnej náhrade, ktorá predstavuje 1% zo sumy každej úhrady, najmenej však 3,- €. Zmluvné strany sa dohodli, že paušálna náhrada bude započítaná s úhradou poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Pre započítanie podľa tohto bodu platí ustanovenie bodu 14.4. Zmluvy obdobne.“

XV. ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA

- 15.1. Na Poskytovateľa sa nevzťahujú tie ustanovenia Zmluvy o povinnostiach pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti a o úprave úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť, ktoré upravujú poskytovanie a úhradu zdravotnej starostlivosti v tých špecializačných odboroch, na ktoré sa nevzťahuje povolenie na poskytovanie zdravotnej starostlivosti uvedené v bode 1.2. Zmluvy.
- 15.2. Pokiaľ Poskytovateľ podá proti protokolu o kontrole podľa bodu 7.9. VZP písomné námietky, v ktorých z medicínskeho hľadiska spochybňuje závery vykonanej kontroly, je Poistovňa povinná na žiadosť Poskytovateľa zabezpečiť písomné stanovisko revízneho lekára Poistovne so špecializáciou

v špecializačnom odbore „revízne lekárstvo“ alebo v špecializačnom odbore zhodnom so špecializačným odborom, ktorého sa týkajú závery vykonanej kontroly. Revízny lekár v písomnom stanovisku podľa predchádzajúcej vety z medicínskeho hľadiska posúdi námietky Poskytovateľa k záverom vykonanej kontroly.

- 15.3. Zmluva je vyhotovená v dvoch rovnopisoch, po jednom rovnopise pre každú zmluvnú stranu.
- 15.4. Neoddeliteľnou súčasťou tejto Zmluvy je:
- a. príloha č. 1, ktorá obsahuje zoznam špecializačných odborov podľa bodu 1.2. Zmluvy;
 - b. príloha č. 2, ktorá obsahuje kritériá na uzatvorenie zmluvy podľa bodu 2.1. Zmluvy;
 - c. príloha č. 3, ktorá obsahuje vzory formulárov preukazujúcich vykonanie preventívnych prehliadok podľa bodu 3.2. písm. c. Zmluvy;
 - d. príloha č. 4, ktorá obsahuje zoznam zdravotníckej techniky a zoznam zdravotných výkonov podľa bodu 3.3. Zmluvy;
 - e. príloha č. 5, ktorá obsahuje zoznam špecializovaných nemocníc a liečební a vzor žiadosti o ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti podľa bodu 3.7. Zmluvy;
 - f. príloha č. 6, ktorá obsahuje Zoznam kategorizovaného materiálu a Zoznam nekategorizovaného materiálu;
 - g. príloha č. 7, ktorá obsahuje ceny a spôsob vykazovania výkonov hyperbarickej oxygenoterapie, stereorádiokirurgie a pozitronovej emisnej tomografie podľa bodu 5.9. Zmluvy;
 - h. príloha č. 8 (Cenník kapitácie), ktorá obsahuje výšku Kapitácie podľa bodu 6.4. Zmluvy, zoznam zdravotných výkonov a iných nákladov, ktoré podľa bodu 6.5. Zmluvy nie sú zahrnuté v Kapitácii, tabuľky s parametrami pre výpočet Dodatkovej kapitácie podľa bodu 7.2. Zmluvy a základ pre výpočet Dodatkovej kapitácie podľa bodu 7.6. Zmluvy;
 - i. príloha č. 9 (Cenník výkonov), ktorá obsahuje výšku jednotkovej ceny bodu podľa bodu 8.1. Zmluvy, výšku Základného rozsahu a minimálnej jednotkovej ceny a zoznam zdravotných výkonov podľa bodu 8.2. Zmluvy, výšku Finančného objemu podľa bodu 8.3. Zmluvy, tabuľky s parametrami pre výpočet hodnotiaceho koeficientu podľa bodu 9.1. Zmluvy a prvé HK podľa bodu 9.6. Zmluvy;
 - j. príloha č. 10, (Cenník hospitalizácie), ktorá obsahuje úhrady podľa bodu 10.1. Zmluvy, sumy podľa bodu 10.2. Zmluvy, paušálny príplatok podľa bodu 10.3. Zmluvy, výšky úhrady podľa bodu 10.4. Zmluvy a Finančný objem podľa bodu 10. 13. Zmluvy;
- 15.5. Neoddeliteľnou súčasťou rovnopisu tejto Zmluvy určeného pre Poskytovateľa sú VZP účinné od 1. apríla 2012.
- 15.6. Poisťovňa aj Poskytovateľ sa zaväzujú v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti informovať poisťencov Poisťovne vždy korektne, pravdivo a neskreslene o skutočnostiach vyplývajúcich zo Zmluvy, VZP a platných právnych predpisov.
- 15.7. Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že prvá veta bodu 4.19. VZP sa použije len v prípade, ak by náklady na biomedicínsky výskum u Poskytovateľa mali byť čo i len čiastočne hrazené z verejného zdravotného poistenia.
- 15.8. Pre prípad, že Ministerstvo zdravotníctva SR rozhodne čo i len čiastočne o zrušení regulácie cien výrobkov, služieb a výkonov v oblasti zdravotníctva, Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že zdravotné výkony, ktorých bodová hodnota nevyplýva z rozhodnutia Ministerstva zdravotníctva SR, budú ocenené takou bodovou hodnotou, akú upravovalo posledné účinné rozhodnutie Ministerstva zdravotníctva SR.
- 15.9. Poisťovňa aj Poskytovateľ vyhlasujú, že si Zmluvu aj VZP prečítali, ich obsahu porozumeli a na znak toho, že obsah Zmluvy aj VZP zodpovedá ich skutočnej a slobodnej vôli, túto Zmluvu podpísali.

V Žiline, dňa 27. apríla 2015.

V _____, dňa ____ . apríla 2015.

DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s.
MUDr. Oliver Kupka
regionálny riaditeľ pre nákup ZS

Fakultná nemocnica s poliklinikou Žilina
Ing. Pavol Drugaj
riaditeľ

Zoznam špecializačných odborov

(podľa bodu 1.2 Zmluvy)

Názov PZS:

Fakultná nemocnica s poliklinikou Žilina

Špecializačný odbor	Druh poskytovanej Zdravotnej starostlivosti			
	ambulancie	pracovisko SVLZ	ústavná zdravotná starostlivosť	JAS
medicína drogových závislostí	áno	-	áno	--

Kritériá na uzatvorenie zmluvy s Poskytovateľom

podľa bodu 2.1. Zmluvy

Názov kritéria Popis kritéria	Váha kritéria (%)
<p>Personálne vybavenie zdravotníckeho zariadenia</p> <p>Splnenie podmienok podľa: - všeobecne záväzných právnych predpisov stanovujúcich personálne vybavenie - koncepcie medicínskych odborov - platné povolenie na činnosť zdravotníckeho zariadenia v zmysle § 7 ods. 2 zákona č. 578/2004 Z. z.</p>	25
<p>Materiálno-technické vybavenie zdravotníckeho zariadenia</p> <p>Materiálno-technické vybavenie pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti je najmenej na úrovni stanovenej všeobecne záväznými právnymi predpismi.</p>	25
<p>Parametre efektivity a kvality</p> <p>Jednotnými ukazovateľmi sú: dostupnosť, CMI (Case Mix Index), spokojnosť poistencov, komplexnosť poskytovanej starostlivosti, služby pre pacientov, dodatočné náklady, spádovosť, operovanosť, rehospitalizácie, prevzatia z iného zdravotníckeho zariadenia, preloženia do iného zdravotníckeho zariadenia, plánované / akútne hospitalizácie, úmrtnosť, priemerná dĺžka hospitalizácie, točivosť</p>	50

Poisťovňa uzatvára zmluvu v prípade, že poskytovateľ spĺňa stanovené kritériá aspoň vo výške 80 %.

Poznámka:

Pokiaľ nie je niektoré z kritérií možné vyhodnotiť kritérium sa posudzuje individuálne.

Preventívna prehliadka pre dospelých

v zmysle platnej legislatívy

Meno a priezvisko poistenca: _____

Rodné číslo _____

Dátum poslednej preventívnej prehliadky: _____

Anamnéza:

Subjektívne: bez ťažkostí popis ťažkostí: _____

Prekonané choroby (aké a kedy): _____

Škodlivé návyky: _____

Kontrola očkovania (kedy naposledy, aké očkovanie, odporúčenie očkovania): _____

RA: závažné ochorenia rodičov, manžela (manželky), detí (kedy a v akom veku): _____

Objektívne vyšetrenie (patologické nálezy):

Habitus, postoj, chôdza, stav výživy, rozloženie tuku, koža:

Hlava: _____

Krk: _____

Hrudník: _____

Pulmo: _____

Cor: _____

Abdomen: _____

Urogenitálny aparát (u mužov a per rectum vyšetrenie): _____

Pohybový aparát: _____

Výška: _____ cm Hmotnosť _____ kg Teplota _____ °C FW _____

TK: _____ mmHg PF: _____ /min Moč chem.: _____

EKG (nad 40 rokov): _____

V štyridsiatom roku života: celkový cholesterol: _____ triaglyceridy: _____

U jedincov nad päťdesiat rokov a u mladších jedincov s pozitívnou RA karcinómu hrubého čreva alebo konečníka vyšetrenie stolice na okultné krvácanie:

Iné potrebné vyšetrenie: _____

Rozsah laboratórnych vyšetrení určený zákonom č. 577/2004 je uvedený v prílohe č. 1.

Záver preventívnej prehliadky:

Odporúčenie:

Preventívnu prehliadku vykonal:

V _____ dňa: _____

praktický lekár pre dospelých
(pečiatka a podpis lekára)

Potvrdzujem, že som údaje v anamnéze uviedla úplne a pravdivo, že som bola informovaný o výsledku preventívnej prehliadky a nutnosti dodržiavať doporučený postup a že som bol poučený, že ďalšia preventívna prehliadka sa vykoná o dva roky.

podpis poistenca

Preventívna prehliadka pre deti od 5 rokov a dorast

v zmysle platnej legislatívy

Meno a priezvisko poistenca: _____**Rodné číslo:** _____

Dátum poslednej preventívnej prehliadky: _____

Anamnéza:

Prekonalé choroby: _____

Hospitalizácie: _____

Alergie: _____

Dispenzár: _____

Predchádzajúce očkovanie: úplné neúplné: _____**Objektívne vyšetrenie:**

Výška: _____ cm Váha: _____ kg TK: _____ mmHg

Habitus: normostenický hyperstenický astenický Držanie tela: správne chybné skolióza Koža: čistá ekzém Psychomotorický vývoj: primeraný veku zaostáva Zrak: _____ Farby: rozlišuje nerozlišuje

Sluch: _____

Pulmo: eupnoe dyspnoe vedľ. fenomény Cor: AS pravidelná AS nepravidelná šelest

Brucho: _____

Genitál: _____ Končatiny: : _____

Zaradenie do kolektívu: áno nie **Očkovanie v rámci prehliadky:**DíTePer DíTe Polio MMR Tetanus HB Iné _____ neuskutočené dôvod: _____**Záver preventívnej prehliadky:**dieťa zdravé dieťa odoslané do poradne: nie áno _____

Preventívnu prehliadku vykonal:

V _____ dňa _____

praktický lekár pre deti (dorast)
(podpis a pečiatka)

Potvrdzujem, že som údaje v anamnéze uviedol úplne a pravdivo, že som bol informovaný o výsledku preventívnej prehliadky a o nutnosti dodržiavať doporučený postup a že som bol poučený, že ďalšia preventívna prehliadka sa vykoná o dva roky.

popis zákonného zástupcu
(poistenca)

Preventívna gynekologická prehliadka v zmysle platnej legislatívy

Meno a priezvisko poistenca: _____
Rodné číslo _____
 Dátum poslednej preventívnej prehliadky: _____

Anamnéza:

Prekonalé choroby: _____
 Prekonalé operácie: _____
 Škodlivé návyky: _____ fajčenie: _____

Gynekologická anamnéza

Menštruačný cyklus _____ dní PM: _____
 Pôrody: _____ UPT: _____ Ab sp: _____ HAK: _____

Komplexné gynekologické vyšetrenie:

Inšpekcia a palpácia prsníkov a reg. LU: _____

Inšpekcia genitálií a vyšetrenie genitálií v speculách: _____

Bimanuálne palpačné vyšetrenie
 alebo vyšetrenie per rectum: _____

Kolposkopia: _____

Cytologia: _____

MICR (MOP): _____

USG prsníkov a reg. LU: _____

MMG: _____

USG vyšetrenie vagin. Sondou: _____

Rozsah laboratórnych vyšetrení určený zákonom č. 577/2004 v znení neskorších predpisov je uvedený v prílohe č. 2.

Záver preventívnej prehliadky:

Doporučenie:

Preventívnu prehliadku vykonal:

V _____ dňa: _____

pečiatka a podpis lekára

Potvrdzujem, že som údaje v anamnéze uviedla úplne a pravdivo, že som bola informovaná o výsledku preventívnej prehliadky a nutnosti dodržiavať doporučený postup a že som bola poučená, že ďalšia preventívna prehliadka sa vykoná o jeden rok.

_____ podpis poistenca

Zoznam zdravotníckej techniky a zdravotných výkonov

podľa bodu 3.3. Zmluvy

Poskytovateľ je oprávnený pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti používať zdravotnícku techniku a vykazovať zdravotné výkony uvedené v Zozname výkonov s bodovou hodnotou, s výnimkou výkonov vykonávaných zdravotníckou technikou uvedených v nasledujúcej tabuľke.

Poskytovateľ je oprávnený vykazovať výkony vykonávané pomocou zdravotníckej techniky uvedenej v nasledujúcej tabuľke, len v rozsahu výkonov v nej uvedených.

Názov prístroja	Kódy zdravotných výkonov
Počítačový tomograf	----
Magnetická rezonancia	----
Mamograf	----
Pozitrónový emisný tomograf	----
PCR analyzátor	----
Osteodenzitometer celotelový	----

Iné výkony vykonávané zdravotníckou technikou neuvedené v predchádzajúcej tabuľke, je Poskytovateľ oprávnený vykazovať len s predchádzajúcim písomným súhlasom Poistovne.

Zoznam špecializovaných nemocníc a liečební

Názov	Mesto	Adresa
Národné rehabilitačné centrum	Kováčová	Slnecná 1

**ŽIADOSŤ o ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti
v špecializovaných nemocniciach a liečebniach**

Názov a sídlo liečebného zariadenia.....

Meno poistenca:.....tel.

Rodné číslo:.....BydliskoPSČ.....

Medicínske odôvodnenie návrhu:

Anamnéza:

Objektívne vyšetrenie:.....

Závery odborných vyšetrení a zhodnotenie vyšetrení SVLZ súvisiacich s navrhovanou liečbou:

Epikríza:.....

Diagnostický záver (slovom)kód MKCH 10:.....

Doterajšia ústavná a iná liečba (zdravotnícke zariadenie, oddelenie, časové obdobie, dg, dekubity, atď.):

Údaj o fajčení:poistenec chodiaci, chodiaci pomocou barlí, na vozíku.....

Predpokladané obdobie liečby:

Prílohy (uviesť poradové číslo a názov prílohy)

Dňa:

.....
riaditeľ zdrav. zariadenia

.....
primár oddelenia

.....
navrhujúci lekár
pečiatka a kód navrhujúceho lekára

I. Zoznam kategorizovaného materiálu podľa bodu 5.8. Zmluvy

Zdravotnícke pomôcky pri finančne náročných výkonoch (ktoré nie sú zahrnuté v hospitalizačnom paušále podľa bodu 10.8. písmena c) Zmluvy)

kód ZM	Názov ZM
-	-

II. Zoznam kategorizovaného materiálu podľa bodu 5.8. Zmluvy

Materiál spotrebovaný priamo pri vyšetrení a liečbe v spoločných vyšetrovacích a liečebných zložkách

kód ZM	Názov ZM
-	-

III. Zoznam kategorizovaného materiálu podľa bodu 11.3. Zmluvy

kód ZM	Názov ZM
-	-

IV. Zoznam nekategorizovaného materiálu podľa bodu 5.8. Zmluvy

Zdravotnícke pomôcky pri finančne náročných výkonoch (ktoré nie sú zahrnuté v hospitalizačnom paušále podľa bodu 10.8. písm c) Zmluvy)

Kód ZP	Revízny lekár	Názov ZP (SZM)	Maximálna cena
a	b	c	D
		NEUROCHIRURGIA	
110015		Bardov epidurálny katéter	464,71
		KARDIOLÓGIA, KARDIOCHIRURGIA	
120001	RL	Detský kardiostimulátor dvoj dutinový	7 302,66
120019		Chlopňa srdcová so štepom	2 821,48
120022		Kardioplegické sety	115,00
120024		Cievna protéza – lineárna, bifurkačná	705,00
120027		Kontrapulzačný katéter	1 095,40
120028		Set autotransfúzny	246,00
120029		Set stapler (aortálny spojovací systém ACS)	300,00
120036	RL	Stengraft cievny	9 028,75
120044		ECMO systém s príslušenstvom	1 692,89
120045		Set pre podporný obeh pri zlyhaných srdcových komorách	2 157,60
120046		Záplata (karotická, perikardiálna)	153,00
120047		Externá bipolárna elektróda	119,00
120054		Epikardiálna elektróda ku kardiostimulátorom	531,00
120082		Elektródový systém pre ľavostrannú komorovú stimuláciu	2 821,48
120084		Cievna protéza biologická	3 120,23
120086		Lokálne hemostyptické prostriedky biologické	626,00
120087		Kontrapulzačný balónkový katéter s optickými vláknami	1 443,94
120092		Geometricky remodelovaný Anuloplastický chlopňový ring	1 802,43
		ORTOPÉDIA, TRAUMATOLÓGIA	
130402		Revízna TEP bedrového kĺbu - výmena oboch komponent pri nepoužití revízneho implantátu	2 634,00
130405		Použitie revízneho implantátu pri primárnej indikácii pre TEP bedra	4 680,34
130702		Revízna TEP kolenného kĺbu - výmena oboch komponent pri nepoužití revízneho implantátu	2 964,22
130705		Použitie revízneho implantátu pri primárnej indikácii pre TEP kolena	4 437,00
131001		Hybridná unikondylárna TEP kolenného kĺbu	2 184,16
130011		Necementovaná unikondylárna TEP kolena	2 048,06

ORTOPÉDIA, TRAUMATOLÓGIA, NEUROCHIRURGIA			
140106	*	Náhrady (statické) medzistavcových platničiek-krčné - pórovitý tantalový kov	1 095,40
140107	*	Náhrady (statické) medzistavcových platničiek-driekové, zadné (TLIF) - pórovitý tantalový kov	1 958,44
OTORINOLARYNGOLÓGIA			
150002		Kochleárny implantát Medel - combi 40+	29 608,98
UROLÓGIA			
160004		Set s jednorázovým optickým vláknom k laserovému systému vaporizácie prostaty	497,91
180001		Jednorázový set pre dialýzu pečene	2000,00
190002		Tracheotomická kanyla fonačná kovová	331,94
190003		Tracheotomická kanyla fonačná plastická	165,97

*Cena je stanovená pre 1 medzistavcový priestor

Položky označené symbolom RL môže Poskytovateľ použiť len s predchádzajúcim súhlasom Poistovne.

V. Zoznam nekategorizovaného materiálu podľa bodu 5.8. Zmluvy

Materiál spotrebovaný priamo pri vyšetrení a liečbe v spoločných vyšetrovacích a liečebných zložkách

Kód skupiny	Skupina ZM	Kód ZM	Názov druhu ZM	Max. cena
120100	katétre	120101	Kateter aterektomický	2 489,54
		120102	Kateter balónkový PTA	1 048,93
		120103	Kateter balónkový PTCA	723,00
		120104	Kateter diagnostický	132,78
		120105	Katéter infúzný	663,88
		120106	Katéter odsávací cievny	497,91
		120107	Katéter na zavedenie okludera	663,88
		120108	Katéter termodilučný	146,05
		120109	Katéter valvuloplastický	3 286,20
		120110	Katéter vodiaci	135,00
		120111	Kliešte na biopsiu	398,33
		120112	Balónkový katéter na pravostrannú katetrizáciu	66,39
		120113	Angiografický balónový katéter pre koronárny sínus	132,78
		120114	Extračný košíček	331,94
		120115	Oklúder na uzáver defektu predsieňového septa	6 306,84
		120116	Oklúder na uzáver ductus arteriosus perzistens	3 319,39
		120117	Oklúder na uzáver defektu komorového septa	6 306,84
		120118	Amplatzov oklúder na uzáver defektov	6 306,84
		120119	Trombolytický katéter pre mechanickú trombektómiu	3 120,23
		120120	Mikrokatétre	497,91
		120121	Sonda pre intrakardiálny ultrazvuk	6 638,78
		120122	Katéter pre kryoabláciu arytmogénneho substrátu	2 489,54
		120123	Katéter pre atrioseptostómiu	464,71
		120124	Pusher katéter na zavádzanie špirálok	165,97
		120125	Endoskopický katéter balónkový / ERCP /	202,48
		120126	Endoskopický extrakčný košík /ERCP /	232,36
		120127	Katétrová pumpa	5 742,55
120200	stenty	120201	Stent cievny	1 248,09
		120202	Stent karotický	1 248,09
		120203	Stent koronárny	1 095,40
		120204	Liekmi povlečený stent	3 588,26
		120205	Stent pre pediatrickú prax	1 404,10
		120206	Ezofageálny stent	312,02
		120207	Stentgraft koronárny	7 335,86
		120208	Stentgraft aortálny	7 335,86
		120209	Stent koronárny bifurkačný	1 560,11
		120210	Endoskopický drenážny stent / ERCP /	182,57
120300	vodiče	120301	Drôt vodiaci špeciálny / napr. mozog, ERCP.../	265,55
		120302	Vysokotlakový drôt vodiaci angioplastický	1 825,67
		120303	Špeciálny vodiaci drôt pre koronárny sínus	132,78
		120304	Vodiaci drôt	27,00
		120305	Mikrovodič	1 659,70
120600	striekačky	120601	Kontajner na kontrast	19,92
		120602	Striekačka na angiografiu	16,60
		120603	Striekačka tlaková s manometrom set	116,18
		120604	Tlaková striekačka ku chladiacim ablačným katétrom	33,19
120400	zavádzače	120401	Zavádzač cievny	116,18
		120402	Zavádzač na L a P katetrizáciu srdca	215,76

120700	hadice	120701	Hadica predlžovacia		22,57
		120702	Vysokotlaková hadica		13,28
		120703	Vysokotlaková hadica k abl.katétu		39,83
120800	ihly	120801	Ihla punkčná		66,39
		120802	Transseptálna punkčná ihla		419,00
120900	sety	120901	Set* dodaný výrobcom s katalógovým číslom		260,00
		120902	Pumpový set		1 560,11
121000	materiál pre embolizáciu	121001	Embolizačné špirály		265,55
		121002	Embolizačné mikrošpirály		995,82
		121003	Embolizačné mikročastice		99,58
121100	ostatné	121101	Tlaková hlava		16,60
		121102	Kaválny filter		1 394,14
		121103	Konektor PTCA		43,15
		121104	Rampa PTCA		13,28
		121105	Šíci materiál		331,94
		121106	Ventil tlakový 1 - 5 - cestný		22,57
		121107	Emboloprotekcia		1 659,70
		121108	Duktálna kanyla		26,56
		121109	Rektálny násadec		4,98
		121110	Predlžovací kábel ku katétrom		398,33
		121111	Adaptér rotačný		9,96
		121112	Mechanizmy na uzatváranie cievnych prístupov		199,16
		121113	Predlžovací kábel ku multif. a ablač.katétrom a refer. el.		735,25
		121119	Endoskopický nožík ERCP		547,70
		121120	Set extrakčných slučiek na odstraňovanie cudzích telies z cievneho systému		663,88
121121	Mikro set extrakčných slučiek na odstraňovanie cudzích telies z cievneho systému		1 002,46		

* Set - Výrobcom vyrobená sada, definovaná katalógovým číslom výrobcu, obsahujúca zdravotný materiál použitý pri výkonoch intervenčnej rádiológie a rádioterapie potrebného na diagnostický alebo liečebný proces
Položky označené symbolom RL môže Poskytovateľ použiť len s predchádzajúcim súhlasom Poistovne.

VI. Zoznam nekategorizovaného materiálu podľa bodu 11.3. Zmluvy

Kód položky	Názov materiálu	Maximálna cena
---	---	---

Ceny a spôsob vykazovania výkonov

hyperbarickej oxygenoterapie, stereorádiochirurgie a pozitronovej emisnej tomografie:

Názov výkonu	Kód	Počet bodov	Cena bodu (EUR)	Cena výkonu (EUR)
Hyperbarická oxygenoterapia y - jeden pacient vo veľkej komore, pri vitálnej liečbe za 2 hodiny.	333	-----	-----	-----
Hyperbarická oxygenoterapia - jeden pacient vo veľkej komore pri plánovanej liečbe za 2 hodiny.	334	-----	-----	-----
Hyperbarická oxygenoterapia v jednomiestnej komore	795y	-----	-----	-----
Celotelová pozitronová emisná tomografia s PET kamerou (vyšetrený trup od bázy lebečnej po inquina). Súčasťou ceny výkonu sú náklady na rádiofarmaká a doplňujúce snímania PET kamerou	5480	-----	-----	-----
Pozitronová emisná tomografia s PET kamerou vybranej časti tela – mozgu, srdca alebo inej časti tela. Súčasťou ceny výkonu sú náklady na rádiofarmaká a doplňujúce snímania PET kamerou	5480a	-----	-----	-----
Stereorádiochirurgia	3272	-----	-----	-----

Cenník kapitácie

Výška kapitácie

Označenie		hodnota v €
Kapitácia za jedného Kapitovaného poistenca	do dovŕšenia 1. roku života	--
	od 1 roku veku do dovŕšenia 2. roku života	--
	od 2 roku veku do dovŕšenia 7. roku života	--
	od 7 roku veku do dovŕšenia 19. roku života	--
	od 19 roku veku do dovŕšenia 27. roku života	--
	od 27 roku veku do dovŕšenia 45. roku života	--
	od 45 roku veku do dovŕšenia 51. roku života	--
	od 51 roku veku do dovŕšenia 53. roku života	--
	od 53 roku veku do dovŕšenia 57. roku života	--
	od 57 roku veku do dovŕšenia 61. roku života	--
	od 61 roku veku do dovŕšenia 64. roku života	--
	od 64 roku veku do dovŕšenia 68. roku života	--
	od 68 roku veku do dovŕšenia 72. roku života	--
	od 72 roku veku do dovŕšenia 87. roku života	--
od 87 roku veku	--	
Kapitácia za jedného Kapitovaného poistenca pri špecializovanej ambulantnej starostlivosti v špecializačnom odbore „gynekológia a pôrodníctvo“		--

Zoznam zdravotných výkonov a iných nákladov, ktoré nie sú zahrnuté do kapitácie

Zoznam zdravotných výkonov a iných nákladov, ktoré sa nie sú zahrnuté do kapitácie podľa bodu 6.4. Zmluvy
Zdravotné výkony vykonané pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia: 142, 143, 143a, 144, 145, 145a, 146, 146a, 146b, 146c, 148, 148a, 148b, 148c, 149, 149a, 149b, 149c, 149d, 149f(poskytnutý držiteľovi preukazu ZŤP), 159b, 950, 953, 3671, 160, 159a, 159x, 159z, 157, 102, 103, 105, 108
Výkon očkovania: 252b
Výkony: 25, 26, 29, 30

Parametre pre výpočet Dodatkovej kapitácie

všeobecný lekár pre dospelých

názov a určenie hodnoty parametrov

Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
Priemerný počet ošetrovaných poistencov za kalendárny mesiac	I_1 = počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť / počet Kapitovaných poistencov
Vyšetrenia SVaLZ	I_2 = počet bodov vlastných SVaLZ zdravotných výkonov vykonaných bez objednania a objednaných SVaLZ zdravotných výkonov vykonaných pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti poistencom / počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť – okrem vyšetrení vykonaných v súvislosti s preventívnou prehliadkou
Náklady na lieky poistencov do dovŕšenia 60. roku života	I_3 = celkové náklady na lieky predpísané Poskytovateľom pre poistencov do dovŕšenia 60. roku života k poslednému dňu hodnoteného obdobia / počet ošetrovaných poistencov do dovŕšenia 60. roku života k poslednému dňu hodnoteného obdobia – okrem očkovacích látok
Náklady na lieky poistencov od 60 rokov veku	I_4 = celkové náklady na lieky predpísané Poskytovateľom pre poistencov od 60 rokov veku k poslednému dňu hodnoteného obdobia / počet ošetrovaných poistencov od 60 rokov veku k poslednému dňu hodnoteného obdobia – okrem očkovacích látok
Preventívne prehliadky	I_5 = počet Kapitovaných poistencov s vykonanou preventívnou prehliadkou / počet Kapitovaných poistencov

váhy a pásma pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h_n			v_n
	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	
Priemerný počet ošetrovaných poistencov za kalendárny mesiac	0 %	100 %	100 %	$v_1 = 20 \%$
Vyšetrenia SVaLZ	100 %	100 %	0 %	$v_2 = 25 \%$
Náklady na lieky poistencov do dovŕšenia 60. roku života	100%	100 %	0 %	$v_3 = 10 \%$
Náklady na lieky poistencov od 60 rokov veku	100%	100%	0%	$v_4 = 20 \%$
Preventívne prehliadky	0 %	100 %	100 %	$v_5 = 25 \%$

Všeobecný lekár pre deti a dospelých
názov a určenie hodnoty parametrov

Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
Priemerný počet ošetrovaných poistencov za kalendárny mesiac	I_1 = počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť / počet Kapitovaných poistencov
Vyšetrenia SVALZ do dovŕšenia 6. roku života poistenca	I_2 = počet bodov vlastných SVALZ zdravotných výkonov vykonaných bez objednania a objednaných SVALZ zdravotných výkonov vykonaných pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti poistencom do dovŕšenia 6. roku života k poslednému dňu hodnoteného obdobia / počet poistencov do dovŕšenia 6. roku života k poslednému dňu hodnoteného obdobia, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť – okrem vyšetrení vykonaných v súvislosti s preventívnou prehliadkou
Vyšetrenia SVALZ od 6 rokov veku poistenca	I_3 = počet bodov vlastných SVALZ zdravotných výkonov vykonaných bez objednania a objednaných SVALZ zdravotných výkonov vykonaných pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti poistencom od 6 rokov veku k poslednému dňu hodnoteného obdobia / počet poistencov od 6 rokov veku k poslednému dňu hodnoteného obdobia, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť – okrem vyšetrení vykonaných v súvislosti s preventívnou prehliadkou
Náklady na lieky poistencov do dovŕšenia 6. roku života	I_4 = celkové náklady na lieky predpísané Poskytovateľom poistencom do dovŕšenia 6. roku života k poslednému dňu hodnoteného obdobia / počet ošetrovaných poistencov do dovŕšenia 6. roku života k poslednému dňu hodnoteného obdobia – okrem očkovacích látok
Náklady na lieky poistencov od 6 rokov veku	I_5 = celkové náklady na lieky predpísané Poskytovateľom poistencom od 6 rokov veku k poslednému dňu hodnoteného obdobia / počet ošetrovaných poistencov od 6 rokov veku k poslednému dňu hodnoteného obdobia – okrem očkovacích látok
Preventívne prehliadky	I_6 = počet Kapitovaných poistencov s vykonanou preventívnou prehliadkou / počet Kapitovaných poistencov

váhy a pásma pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h_n			v_n
	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	
Priemerný počet ošetrovaných poistencov za kalendárny mesiac	0 %	100 %	100 %	$v_1 = 15 \%$
Vyšetrenia SVALZ do dovŕšenia 6. roku života poistenca	100 %	100 %	0 %	$v_2 = 15 \%$
Vyšetrenia SVALZ od 6 rokov veku poistenca	100 %	100 %	0 %	$v_3 = 10 \%$
Náklady na lieky poistencov do dovŕšenia 6. roku života	100 %	100 %	0 %	$v_4 = 20 \%$
Náklady na lieky poistencov od 6 rokov veku	100 %	100 %	0 %	$v_5 = 15 \%$
Preventívne prehliadky	0 %	100 %	100 %	$v_6 = 25 \%$

gynekológia a pôrodníctvo

názov a určenie hodnoty parametrov

Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
Priemerný počet ošetrovaných poistencov za kalendárny mesiac	I_1 = počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť / počet Kapitovaných poistencov
Vyšetrenia SVaLZ	I_2 = počet bodov vlastných SVaLZ zdravotných výkonov vykonaných bez objednania a objednaných SVaLZ zdravotných výkonov vykonaných pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti poistencom / počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť – okrem vyšetrení vykonaných v súvislosti s preventívnou prehliadkou
Náklady na lieky	I_3 = celkové náklady na lieky predpísané Poskytovateľom / počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť
Preventívne prehliadky	I_4 = počet Kapitovaných poistencov s vykonanou preventívnou prehliadkou / počet Kapitovaných poistencov

váhy a pásma pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h_n			v_n
	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	
Priemerný počet ošetrovaných poistencov za kalendárny mesiac	0 %	100 %	100 %	$v_1 = 30 \%$
Vyšetrenia SVaLZ	100 %	100 %	0 %	$v_2 = 30 \%$
Náklady na lieky	100%	100%	0%	$v_3 = 10 \%$
Preventívne prehliadky	0 %	100 %	100 %	$v_4 = 30 \%$

Základ pre výpočet Dodatkovej kapitácie

Špecializačný odbor	Základná hodnota v €	Zvýhodnená hodnota v €
Všeobecný lekár pre dospelých	0,265551	0,431521
Všeobecný lekár pre deti a dorast	0,331939	0,497909

Gynekológia a pôrodníctvo	hodnota v €
Základná hodnota	0,132776
Zvýhodnená hodnota pri splnení podmienky: Prístrojové vybavenie	0,139415
Zvýhodnená hodnota pri splnení: Podmienok pre vznik nároku na zvýhodnenú dodatkovú kapitáciu okrem podmienky Prístrojové vybavenie	0,189205
Zvýhodnená hodnota pri splnení: Podmienok pre vznik nároku na zvýhodnenú dodatkovú kapitáciu vrátane podmienky Prístrojové vybavenie	0,199164

Podmienky pre vznik nároku na Zvýhodnenú hodnotu základu pre výpočet Dodatkovej kapitácie

Názov podmienky	Kritériá pre splnenie podmienky
Bezpečné lieky online	Zasielanie online preskripčných záznamov mesačne, najmenej 90% zo všetkých poskytovateľom vydaných lekárske predpisov a lekárske poukazov a aktívne využívanie služby „Bezpečné lieky online“ poskytovanej Poisťovňou v Elektronickej pobočke.
Príjem úhrady dlžného poistného a informovanie neplatičov	Informovanie ¹ poistencov, ktorí sú neplatičmi ² o ich právach a povinnostiach v súvislosti s poskytnutím zdravotnej starostlivosti prijímanie úhrady dlžného poistného. ¹ Poskytovateľ je povinný vopred informovať pacienta o rozsahu a podmienkach ním poskytovanej zdravotnej starostlivosti (§ 79 ods. 1 písm. h) zákona č. 578/2004 Z.z.) ² Poistenec, ktorý je zverejnený ako dlžník v zozname dlžníkov Poisťovne vedenom podľa § 25a zákona č. 580/2004 Z.z. má podľa § 9 ods. 2 tohto zákona právo len na úhradu neodkladnej zdravotnej starostlivosti
Prístrojové vybavenie	Zazmluvnenie USG prístroja v zmysle bodu 3.7. Zmluvy v prípade zazmluvnenia špecializačnej odbornosti „Gynekológia a pôrodníctvo“
Zdieľanie informácií	A.) Zasielanie podkladov k zúčtovaniu zdravotnej starostlivosti prostredníctvom Elektronickej pobočky podľa dohody s Poisťovňou (prepúšťacie správy z hospitalizácií v trvaní menej ako 4 dni, operačné nálezy z výkonov, pri ktorých je použité ŠZM s indikačným obmedzením podľa platnej kategorizácie) B.) Poskytovateľ na požiadanie Poisťovne prostredníctvom Elektronickej pobočky sprístupní a bude aktualizovať informácie týkajúce sa jeho identifikačných údajov, ordinačných hodín, cenník doplatkov a poplatkov, kontaktné údaje pre možnosť objednania a údaje na základe predchádzajúcej žiadosti Poisťovne.

Poisťovňa je povinná vyhodnotiť splnenie podmienok a oznámiť Poskytovateľovi výšku základu pre výpočet Dodatkovej kapitácie vždy najneskôr pred začiatkom toho kalendárneho štvrťroka, za ktorý bude Poskytovateľovi Dodatková kapitácia patriť.

Cenník výkonov

Jednotková cena bodu

Cena bodu hodnota v €	Základná cena	Zvýhodnená cena *
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačnom odbore klinická biochémia , --- – napr.	0,0078	
pri iných zdravotných výkonoch ako uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“, v ambulancii špecializačného odboru pre ktorú je dohodnutý základný rozsah v zmysle bodu 8.2. Zmluvy	0,0193	0,0198
pri zdravotných výkonoch vykonaných v rámci ústavnej pohotovostnej služby (centrálneho príjmu)	0,033898	
Pri zdravotných výkonoch: 509a, 512, 513, 514a, 516, 518, 522, 523a, 530, 531, 532, 533a, 540, 541, 542 vykonaných v špecializačnom odbore fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	0,01131	
pri zdravotných výkonoch vykonaných pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia: 142, 143, 143a, 144, 145, 145a, 146, 146a, 146b, 146c, 148, 148a, 148b, 148c, 149, 149a, 149b, 149c, 149d, 149f(poškynutý držiteľovi preukazu ZŤP), 159b, 950, 953, 160 (počet bodov 390), 159a,159x (počet bodov 180), 159z(počet bodov 180), 159c	0,04	
pri zdravotnom výkone: 3671 (určenie glykémie glukometrom pri kvantitatívnej alebo kvalitatívnej poruche vedomia)	0,018257	
pri výkone očkovania: 252b, ktorý nie je zahrnutý v kapitácii	0,039833	
pri výkonoch: 25, 26, 29, 30, ktoré nie sú zahrnuté v kapitácii	0,0193	
pri neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnutej inému ako Kapitovanému poistencovi	0,013278	

Podmienky pre uplatnenie zvýhodnenej ceny bodu*

Názov podmienky	Kritériá pre splnenie podmienky
Bezpečné lieky online	Zasielanie online preskripčných záznamov mesačne, najmenej 90% zo všetkých poskytovateľom vydaných lekárske predpisov a lekárske poukazy a aktívne využívanie služby „Bezpečné lieky online“ poskytovanej Poistovňou v Elektronickej pobočke.
Príjem úhrady dlžného poistného a informovanie neplatičov	Informovanie ¹ poistencov, ktorí sú neplatičmi ² o ich právach a povinnostiach v súvislosti s poskytnutím zdravotnej starostlivosti prijímanie úhrady dlžného poistného. ¹ Poskytovateľ je povinný vopred informovať pacienta o rozsahu a podmienkach ním poskytovanej zdravotnej starostlivosti (§ 79 ods. 1 písm. h) zákona č. 578/2004 Z.z.) ² Poistenec, ktorý je zverejnený ako dlžník v zozname dlžníkov Poistovne vedenom podľa § 25a zákona č. 580/2004 Z.z. má podľa § 9 ods. 2 tohto zákona právo len na úhradu neodkladnej zdravotnej starostlivosti
Zdieľanie informácií	A.) Zasielanie podkladov k zúčtovaniu zdravotnej starostlivosti prostredníctvom Elektronickej pobočky podľa dohody s Poistovňou (prepúšťacie správy z hospitalizácii v trvaní menej ako 4 dni, operačné nálezy z výkonov, pri ktorých je použité SZM s indikačným obmedzením podľa platnej kategorizácie) B.) Poskytovateľ na požiadanie Poistovne prostredníctvom Elektronickej pobočky sprístupní a bude aktualizovať informácie týkajúce sa jeho identifikačných údajov, ordinačných hodín, cenník doplatkov a poplatkov, kontaktné údaje pre možnosť objednania a údaje na základe predchádzajúcej žiadosti Poistovne.

- Zvýhodnená cena bodu sa prvý krát použije na obdobie **od 1.7.2015 do 30.9.2015** na základe splnenia podmienok pre uplatnenie zvýhodnenej ceny bodu.
- Poistovňa je povinná vyhodnotiť splnenie podmienok a oznámiť Poskytovateľovi výšku ceny bodu vždy najneskôr pred začiatkom toho kalendárneho štvrtroka, v ktorom sa cena bodu použije.
- V prípade, ak nebudú splnené podmienky na vyplatenie upravenej ceny bodu, bude Poskytovateľovi uhradená základná cena bodu.“

Základný rozsah

Základný rozsah na kalendárny polrok pre špecializačný odbor podľa bodu 8.2. Zmluvy.	hodnota v bodoch do 30.6.2015*	hodnota v bodoch od 1.7.2015
<i>*V prípade, ak zmluva začína a končí v priebehu kalendárneho polroka, použije sa pomerná časť. Pomerná časť sa uplatňuje aj pri zmene hodnoty v priebehu kalendárneho polroka.</i>		
<i>medicína drogových závislostí 073201</i>	23.600	70.800

Minimálna jednotková cena

Minimálna jednotková cena podľa bodu 8.2. Zmluvy	hodnota v €
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“	0,003319
pri iných zdravotných výkonoch ako uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“	0,003319

Jednotková cena výkonu

Cena výkonu	hodnota v €
4571a C – reaktívny proteín pre kapítovaných poistencov do dovŕšenia 19. roku života	3,00
60b - Základné vyšetrenie Úhrada zahŕňa potrebné odbery krvi, zhodnotenie laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení a zaradenie pacienta do rizikovej skupiny ASA. Úhrada nezahŕňa poskytnutie EKG vyšetrenia. Výkon možno vykazovať iba raz v rámci jednej operácie. Výkon sa vykazuje samostatne s diagnózou, pre ktorú je poistenec plánovaný na operáciu V prípade odoslania poistenca k špecialistovi (konziliárnemu lekárovi), ktorý vykoná predoperačné vyšetrenie, zdravotná poisťovňa poskytne zdravotnú starostlivosť v súvislosti s predoperačným vyšetrením uhrádza v rámci kapitačnej platby za poistenca.	10,00
5702ZV - Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie Štandardné 12-zvodové zosnímanie ako súčasť predoperačného vyšetrenia. Nutná kombinácia s výkonom 60b	4,20

Zoznam zdravotných výkonov, pri ktorých sa hodnotiaci koeficient rovná číslu „1“

Ultrazvukové vyšetrenia, ktoré tvoria náplň preventívnej gynekologickej prehliadky plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia a Poskytovateľ ich vykonal na základe požiadavky lekára so špecializáciou v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo, ktorý vykonáva preventívnu gynekologickú prehliadku plne uhrádzanú z verejného zdravotného poistenia
Výkon: 159c, 689,

Finančný objem

Finančný objem	hodnota v €
podľa bodu 8.3. písm. a. Zmluvy na poskytovanie všeobecnej ambulantnej starostlivosti	--
podľa bodu 8.3. písm. a. Zmluvy na poskytovanie špecializovanej ambulantnej starostlivosti v špecializačnom odbore „gynekológia a pôrodníctvo“	--
podľa bodu 8.3. písm. b. Zmluvy	--
podľa bodu 8.3. písm. c. Zmluvy	--

Zoznam zdravotných výkonov a iných nákladov, ktoré sa nezahŕňajú do finančného objemu

Zdravotné výkony a iné náklady, ktoré sa nezahŕňajú do finančného objemu podľa bodu 8.3. Zmluvy
Náklady na lieky, ktoré sú v Zozname liekov označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“
Výkon očkovania 252b, výkon 3671, výkon 4571a C – reaktívny proteín, 60B, 5702ZV
Materiál uvedený v prílohe 6. Zmluvy podľa bodu 5.8. Zmluvy

Parametre pre výpočet hodnotiaceho koeficientu

pre iné špecializačné odbory ako klinická logopédia, klinická psychológia, liečebná pedagogika, špeciálna pedagogika

názov a určenie hodnoty parametrov

Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
Náklady na lieky	I_1 = celkové náklady na lieky predpísané Poskytovateľom alebo na základe odporúčania Poskytovateľa / počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť – okrem očkovacích látok
Počet bodov na poistenca za ambulantné výkony	I_2 = počet bodov vlastných ambulantných zdravotných výkonov vykonaných bez objednania poskytovateľom špecializovanej ambulancie a objednaných ambulantných zdravotných výkonov vykonaných pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti poistencom/ počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť – okrem vyšetrení vykonaných v súvislosti s preventívnou prehliadkou
Počet bodov na poistenca za SVALZ výkony	I_3 = počet bodov vlastných SVALZ zdravotných výkonov vykonaných bez objednania poskytovateľom špecializovanej ambulancie a objednaných SVALZ zdravotných výkonov vykonaných pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti poistencom/ počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť – okrem vyšetrení vykonaných v súvislosti s preventívnou prehliadkou
Počet hospitalizácií	I_4 = počet prijatí poistencov do ústavnej zdravotnej starostlivosti na základe odporúčania Poskytovateľa / počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť
Počet vyšetrení na jedného poistenca	I_5 = počet vyšetrení / počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť

váhy a pásma pre jednotlivé parametre (pre iné špecializačné odbory ako klinická logopédia, liečebná pedagogika, špeciálna pedagogika)

Názov parametra	h_n			v_n
	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	
Náklady na lieky	100 %	100 %	0 %	$v_1 = 35\%$
Počet bodov na poistenca za ambulantné výkony	75 %	100 %	0 %	$v_2 = 20\%$
Počet bodov na poistenca za SVALZ výkony	50%	100 %	0 %	$v_3 = 20\%$
Počet hospitalizácií	100 %	100 %	0 %	$v_4 = 10\%$
Počet vyšetrení na jedného poistenca	100 %	100 %	0 %	$v_5 = 15\%$

Klinická logopédia, liečebná pedagogika, špeciálna pedagogika

Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
Počet bodov na poistenca	I_1 = počet bodov vlastných zdravotných výkonov vykonaných bez objednania poskytovateľom špecializovanej ambulancie a objednaných pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti poistencom/ počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť
Počet vyšetrení na jedného poistenca	I_2 = počet vyšetrení / počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť

váhy a pásma pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h_n			v_n
	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	
Počet bodov na poistenca	75 %	100 %	0 %	$v_1 = 60 \%$
Počet vyšetrení na jedného poistenca	100 %	100 %	0 %	$v_2 = 40 \%$

špecializačný odbor klinická psychológia

Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
Počet bodov na poistenca pri psychoterapii	I_1 = počet bodov vlastných zdravotných výkonov vykonaných bez objednania poskytovateľom špecializovanej ambulancie a objednaných pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti poistencom pri psychoterapii/ počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť
Počet bodov na poistenca pri psychodiagnostike	I_2 = počet bodov vlastných zdravotných výkonov vykonaných bez objednania poskytovateľom špecializovanej ambulancie a objednaných pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti poistencom pri psychodiagnostike/ počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť
Počet vyšetrení na jedného poistenca pri psychoterapii	I_3 = počet vyšetrení psychoterapie/ počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť pri psychoterapii
Počet vyšetrení na jedného poistenca pri psychodiagnostike	I_4 = počet vyšetrení psychodiagnostiky/ počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť pri psychodiagnostike

váhy a pásma pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h_n			v_n
	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	
Počet bodov na poistenca pri psychoterapii	75 %	100 %	0 %	$v_1 = 30 \%$
Počet bodov na poistenca pri psychodiagnostike	75 %	100 %	0 %	$v_2 = 20 \%$
Počet vyšetrení na jedného poistenca pri psychoterapii	100 %	100 %	0 %	$v_3 = 30 \%$
Počet vyšetrení na jedného poistenca pri psychodiagnostike	100 %	100 %	0 %	$v_4 = 20 \%$

Cenník hospitalizácií

Oddelenie	KÓD oddelenia	základný hospitalizačný paušál	Úprava HP podľa dĺžky trvania hospitalizácií v dňoch				CENA lôžkodňa
			1 - 10	11 - 20	21 - 40	41 a viac	
Medicína drogových závislostí	N92725073101	----	----	----	----	----	35,42

Finančný objem podľa bodu 10.13. Zmluvy; do finančného objemu sa nezahŕňa zdravotná starostlivosť podľa bodu 10.9. a 10.10. Zmluvy	7.700,-€
---	----------