

# ZMLUVA O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

č. 71PLDO000415

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:

### **DÓVERA 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 **Bratislava**, kód : 2400

korešpondenčná adresa: **Cintorínska 5, 949 01 Nitra 1**

(ďalej len „Poisťovňa“)

## Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti:

Obchodné meno / Priezvisko, meno a titul:	<b>Ministerstvo vnútra Slovenskej republiky</b>
IČO / registračné číslo:	00151866
DIČ, IČ DPH:	
Sídlo / Miesto trvalého pobytu:	PRIBINOVA 2, 812 72 BRATISLAVA
Miesto prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia:	BÁNOVSKÁ CESTA 8111, 01001, ŽILINA
Zápis v registri (iba v prípade takéhoto zápisu):	
Označenie orgánu, ktorý vydal povolenie:	Bratislavský samosprávny kraj
Bankové spojenie:	7000181560/8180
Mená a funkcie konajúcich osôb:	
Kód poskytovateľa zdravotnej starostlivosti:	P58480

(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 Poistovne 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 v špecializačnom odbore „**všeobecné lekárstvo**“.

- 1.3. Zoznam lekárov, ktorí budú v mene Poskytovateľa poskytovať zdravotnú starostlivosť v špecializačnom odbore „všeobecné lekárstvo“, s uvedením 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.

## II. POVINNOSTI PRI POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

- 2.1. Poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti postupuje v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi, Zmluvou a VZP.
- 2.2. Poskytovateľ je oprávnený pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti používať zdravotnícku techniku, ktorá netvorí povinné materiálne-technické vybavenie Poskytovateľa podľa všeobecne záväzných právnych predpisov, ak je uvedená v prílohe č. 1 k Zmluve, alebo ak s jej použitím vyslovila Poistovňa predchádzajúci písomný súhlas; Poskytovateľ môže vykázať Poistovní len vykonanie tých zdravotných výkonov, ktoré sú uvedené v prílohe č. 1 k Zmluve alebo v súhlase Poistovne s použitím zdravotníckej techniky.
- 2.3. Poskytovateľ, ktorý vykonáva preventívnu prehliadku Poistenca 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 vyplnením formulára podľa vzoru uvedeného v prílohe č. 2 Zmluvy; formulár podpíše Poskytovateľ aj Poistenec alebo zákonný zástupca Poistenca a Poskytovateľ ho po podpísaní založí do zdravotnej dokumentácie Poistenca.
- 2.4. 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 č. 3 Zmluvy.

## III. VÝŠKA ÚHRADY ZA ZDRAVOTNÚ STAROSTLIVOSŤ

- 3.1. 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 úhradu podľa pravidiel uvedených v článku III. a IV. Zmluvy. 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.
- 3.2. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za každého Poistenca vo veku najmenej 18 rokov, s ktorým mal Poskytovateľ k poslednému dňu kalendárneho mesiaca, za ktorý vykazuje poskytnutú zdravotnú starostlivosť, uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „Kapitovaný poistenec“), paušálnu mesačnú úhradu (ďalej len „Kapitácia“). Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli na výške Kapitácie tak, ako je uvedené v prílohe č. 4 Zmluvy (ďalej len „Cenník“). Poistovňa hradí Poskytovateľovi iba pomernú časť Kapitácie s presnosťou na počet dní trvania dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v príslušnom mesiaci za ktorý Poskytovateľ vykazuje poskytnutú zdravotnú starostlivosť za Poistencov:

- a.) s ktorými Poskytovateľ uzatvoril dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v priebehu príslušného mesiaca, ak Kapitovaný poistenec nemal v tom čase uzatvorenú žiadnu dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v rovnakom špecializačnom odbore,
  - b.) s ktorými zanikla v priebehu príslušného mesiaca dohoda o poskytovaní zdravotnej starostlivosti inak ako písomným odstúpením,
  - c.) ktorým vzniklo alebo zaniklo verejné zdravotné poistenie v priebehu príslušného mesiaca.
- 3.3. Pokiaľ Kapitovaný poistenec uzatvoril skôr dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti okrem Poskytovateľa aj s iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v rovnakom špecializačnom odbore ako Poskytovateľ, Poistovňa uhradí Poskytovateľovi Kapitáciu len v prípade zániku pôvodnej dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti 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 o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej medzi iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a Kapitovaným poistencom. Poskytovatelia sú povinní na základe informácie Poistovne prostredníctvom kapitačného protokolu riešiť konfliktné prípady vzájomnou dohodou.
- 3.4. Pokiaľ má Poskytovateľ dočasne pozastavené povolenie alebo dočasne neobsadenú ambulanciu, Poistovňa Kapitáciu počas tohto obdobia Poskytovateľovi nehradí. Poistovňa neuhradí 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 Poistovni mesačný výkaz prírastku a úbytku Poistencov aj podľa platných kódov lekárov a Poskytovateľov a nielen 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.“
- 3.5. 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 kategorizovaných liekov (ďalej len „Zoznam liekov“) označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“; v tomto prípade patrí Poskytovateľovi cena lieku, ktorý podal Poistencovi, vo výške ceny nadobudnutia tohto lieku, ktorá však nesmie byť vyššia ako cena lieku uvedená v Zozname liekov ako „úhrada zdravotnou poistovňou“. Ak Poskytovateľ podá Poistencovi len časť balenia lieku, cena lieku podľa predchádzajúcej vety sa určí ako súčin ceny celého balenia lieku a podielu podaných kusov lieku a celkového počtu kusov lieku v balení;
  - 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;
  - c. úhradu za zdravotné výkony, ktoré Poskytovateľ vykonal pomocou zdravotníckej techniky, ktorá netvorí povinné materiálne-technické vybavenie Poskytovateľa podľa všeobecne záväzných právnych predpisov;
  - d. iné náklady a zdravotné výkony, pokiaľ to vyplýva zo všeobecne záväzných právnych predpisov alebo z Cenníka.
- 3.6. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi úhradu za zdravotnú starostlivosť, ktorú poskytol:
- a. Kapitovanému poistencovi ako zdravotný výkon, ktorý nie je podľa bodu 3.5. Zmluvy zahrnutý v Kapitácii;
  - b. Poistencovi, ktorý nie je Kapitovaným poistencom, ako neodkladnú zdravotnú starostlivosť;
  - c. za podmienok uvedených v článku IX. VZP poistencovi Európskej únie;
  - d. za podmienok uvedených v článku X. VZP poistencovi poistovne Highmark.
- Úhrada podľa predchádzajúcej vety sa vypočíta ako násobok príslušnej jednotkovej ceny bodu uvedenej v Cenníku 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.
- 3.7. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že Poskytovateľ poskytne zdravotnú starostlivosť podľa bodu 3.6. písm. a. Zmluvy maximálne do finančného objemu vo výške uvedenej v Cenníku (ďalej len „Finančný objem“), pokiaľ z pravidiel uvedených v bodoch 3.8. až 3.10. Zmluvy nevyplýva vyššia hodnota Finančného objemu. Finančný objem je dohodnutý na kalendárny mesiac. Do Finančného objemu sa nezahŕňa zdravotná starostlivosť poskytnutá pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia a zdravotné výkony a iné náklady uvedené v Cenníku.

- 3.8. 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).
- 3.9. 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“) Poistovnía uhradí Poskytovateľovi v nasledujúcich kalendárnych mesiacoch, v ktorých Poskytovateľ Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 3.8. Zmluvy) nedočerpá.
- 3.10. Poskytovateľ berie na vedomie, že Poistovnía pri úhrade Prečerpania objemu postupuje tak, aby celková výška úhrady za zdravotnú starostlivosť podľa bodu 3.7. Zmluvy v kalendárnom mesiaci nepresiahla Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 3.8. Zmluvy). Poskytovateľ ďalej berie na vedomie, že zvýšenie Finančného objemu o nedočerpaný Finančný objem podľa bodu 3.8. Zmluvy a úhrada Prečerpania objemu podľa bodu 3.9. Zmluvy sú možné len v rámci jedného kalendárneho roka, a to toho kalendárneho roka, v ktorom Poskytovateľ Finančný objem nedočerpal alebo prečerpal.

#### IV. DODATKOVÁ KAPITÁCIA

- 4.1. Poistovnía 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“).
- 4.2. Poistovnía z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v tabuľke označenej ako „Parametre pre výpočet dodatkovej kapitácie“, ktorá je súčasťou Cenníka.
- 4.3. Poistovnía použije pre zistenie a výpočet hodnoty každého parametra uvedeného v tabuľke podľa bodu 4.2. Zmluvy údaje za dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky, z ktorých posledný kalendárny štvrťrok bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva výpočet.
- 4.4. Poistovnía zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov uvedený v tabuľke podľa bodu 4.2. Zmluvy týmto spôsobom:
- Poistovnía zistí každý z parametrov za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí poskytujú ambulatnú zdravotnú starostlivosť v rovnakom špecializačnom odbore ako Poskytovateľ;
  - Poistovnía zoradí hodnoty parametrov zistené za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti vzostupne;
  - Poistovnía neprihliada na hodnoty parametrov tých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí v poradí podľa písm. b. dosiahli 20 % najnižších hodnôt a 20 % najvyšších hodnôt;
  - Poistovnía 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.
- 4.5. Poistovnía vypočíta hodnotiaci kapitačný koeficient Poskytovateľa (ďalej aj „HKK“) podľa vzorca:
- $$HKK = h_1 \times v_1 + h_2 \times v_2 + h_3 \times v_3 + h_4 \times v_4 + h_5 \times v_5,$$
- kde  $h_1$  až  $h_5$  je hodnota príslušného parametra zistená z tabuľky podľa bodu 4.2. 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 4.4. 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  $v_5$  je váha príslušného parametra zistená z tabuľky podľa bodu 4.2. Zmluvy.
- 4.6. Výška Dodatkovej kapitácie sa vypočíta ako násobok základu pre výpočet Dodatkovej kapitácie uvedeného v Cenníku a HKK. Dodatková kapitácia sa zaokrúhli matematicky na šesť desatinných miest. Takto zistená Dodatková kapitácia patrí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti počas celého kalendárneho štvrťroka nasledujúceho po výpočte podľa bodu 4.3. a nasl. Zmluvy, a to počnúc druhým kalendárnym štvrťrokom trvania tejto Zmluvy. Poistovnía je povinná vypočítať a oznámiť Poskyto-

vateľovi výšku Dodatkovej kapitácie vždy najneskôr pred začiatkom toho kalendárneho štvrťroka, za ktorý bude Poskytovateľovi Dodatková kapitácia patriť.

- 4.7. Do skončenia toho kalendárneho štvrťroka, v ktorom Zmluva nadobudla účinnosť, sa použije ako HKK číslo uvedené v tabuľke podľa bodu 4.2. 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 Poistovňou zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s obdobným vecným rozsahom zdravotnej starostlivosti, aký sa dohodol v Zmluve.

## **V. ÚČINNOSŤ ZMLUVY**

- 5.1. Zmluva nadobúda účinnosť prvým dňom kalendárneho mesiaca bezprostredne nasledujúceho 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.

## **VI. ZASIELANIE PRESKRIPČNÉHO ZÁZNAMU**

- 6.1. Poskytovateľ prostredníctvom svojho softvéru sprístupní Poistovní kompletne spracovaný preskripčný záznam Poistenca čo najskôr po predpísaní lieku, zdravotníckej pomôcky alebo dietetickej potraviny. Sprístupnenie preskripčného záznamu bude slúžiť primárne na správne a efektívne fungovanie služby Bezpečné lieky.
- 6.2. V prípade, ak sa akýkoľvek údaj uvedený v preskripčnom zázname ukáže ako nepravdivý, neúplný, nepresný alebo nesprávny, Poskytovateľ sa zaväzuje bez zbytočného odkladu takýto údaj uviesť do súladu so skutočným stavom prostredníctvom svojho softvéru.

## **VII. PRIJÍMANIE ÚHRADY DLŽNÉHO POISTNÉHO**

- 7.1. 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.
- 7.2. Dohoda Poskytovateľa a Poistenca podľa bodu 7.1. 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 Poistovni a Poistovňa Poskytovateľovi za účelom spracovania úhrady Poistenca a odstránení Poistenca zo zoznamu dlžníkov.
- 7.3. 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 Poistovni celkovú sumu prijatých úhrad dlžného poisteného za Zúčtovacie obdobie prostredníctvom svojho informačného systému.
- 7.4. 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.
- 7.5. 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 7.4. Zmluvy obdobne.

## VIII. ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA

- 8.1. Zmluva je vyhotovená v dvoch rovnopisoch, po jednom rovnopise pre každú zmluvnú stranu.
- 8.2. Neoddeliteľnou súčasťou tejto Zmluvy je:
- príloha č. 1, ktorá obsahuje zoznam zdravotníckej techniky a zoznam zdravotných výkonov podľa bodu 2.2. Zmluvy;
  - príloha č. 2, ktorá obsahuje vzor formulára preukazujúceho vykonanie preventívnej prehliadky podľa bodu 2.3. písm. c. Zmluvy;
  - príloha č. 3, ktorá obsahuje zoznam špecializovaných nemocníc a liečební a vzor žiadosti o ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti podľa bodu 2.4. Zmluvy;
  - príloha č. 4 (Cenník), ktorá obsahuje výšku Kapitácie podľa bodu 3.1. Zmluvy, zoznam zdravotných výkonov a iných nákladov, ktoré podľa bodu 3.5. Zmluvy nie sú zahrnuté v Kapitácii, tabuľka s parametrami pre výpočet Dodatkovej kapitácie podľa bodu 4.2. Zmluvy a základ pre výpočet Dodatkovej kapitácie podľa bodu 4.6. Zmluvy.
- 8.3. Poisťovňa aj Poskytovateľ sa zaväzujú v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti informovať poistencov Poisťovne vždy korektne, pravdivo a neskreslene o skutočnostiach vyplývajúcich zo Zmluvy, VZP a platných právnych predpisov.
- 8.4. Neoddeliteľnou súčasťou rovnopisu tejto Zmluvy určeného pre Poskytovateľa sú VZP účinné od 1. apríla 2012.
- 8.5. Poisťovňa aj Poskytovateľ sa zaväzujú v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti informovať poistencov Poisťovne vždy korektne, pravdivo a neskreslene o skutočnostiach vyplývajúcich zo Zmluvy, VZP a platných právnych predpisov.
- 8.6. 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.
- 8.7. 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.
- 8.8. Ak Poskytovateľ na základe zanikajúcej zmluvy doručil Poisťovni zmeny v zozname lekárov podľa príslušných ustanovení VZP, považuje sa to za splnenie povinnosti podľa bodu 1.3. Zmluvy.
- 8.9. 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 Bratislave, dňa, 26. júna 2015.

V Bratislave dňa, 26. júna 2015.

---

DÓVERA zdravotná poisťovňa, a. s.  
zast.: Ing. JUDr. Irén Sárközy  
funkcia: regionálna riaditeľka pre nákup ZS

---

Ministerstvo vnútra Slovenskej republiky  
zast.: Ing. Ondrej Varačka  
funkcia: generálny riaditeľ sekcie personálnych  
a sociálnych činností MV SR

## Zoznam zdravotníckej techniky

(ktorá netvorí povinné materiálno-technické vybavenie Poskytovateľa)

Názov PZS:

Ministerstvo vnútra Slovenskej republiky

<b>Kód odbornosti</b>	<b>Zdravotnícka technika</b>	<b>Zoznam vykonávaných zdravotných výkonov</b>
020	-----	-----

**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 informovaná 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



**Zoznam špecializovaných nemocníc a liečební**

<b>Názov</b>	<b>Mesto</b>	<b>Adresa</b>
Národné rehabilitačné centrum	Kováčová	Slnečná 1

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

**Názov a sídlo liečebného zariadenia**.....

.....

Meno poistenca:.....tel. ....

Rodné číslo:.....Bydlisko .....PŠČ.....

**Medicínske odôvodnenie návrhu:**

Anamnéza: .....

.....

.....

Objektívne vyšetrenie:.....

.....

.....

Záver 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

## Cenník

### Výška kapitácie

<i>Označenie</i>	<i>hodnota v €</i>	
Kapitácia za jedného Kapitovaného poistenca	do dovŕšenia 19. roku života	2,56
	od 19 rokov veku do dovŕšenia 27. roku života	1,77
	od 27 rokov veku do dovŕšenia 45. roku života	1,86
	od 45 rokov veku do dovŕšenia 51. roku života	1,88
	od 51 roku veku do dovŕšenia 53. roku života	1,88
	od 53 roku veku do dovŕšenia 57. roku života	2,00
	od 57 roku veku do dovŕšenia 61. roku života	2,20
	od 61 roku veku do dovŕšenia 64. roku života	2,42
	od 64 roku veku do dovŕšenia 68. roku života	2,50
	od 68 roku veku do dovŕšenia 72. roku života	2,60
	od 72 roku veku do dovŕšenia 87. roku života	2,75
od 87 roku veku	3,00	

### Jednotková cena bodu

<i>Cena bodu hodnota v €</i>	<i>Základná cena</i>
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“	0,0078
pri iných zdravotných výkonoch ako uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“	0,0193
pri zdravotných výkonoch vykonaných pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia: 159a, 159b, 159x (počet bodov 180), 159z(počet bodov 180), 160 (počet bodov 390)	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

### Jednotková cena výkonu, ktorá sa nezahŕňa do kapitácie

<i>Cena výkonu</i>	<i>hodnota v €</i>
<p><b>60b - Základné vyšetrenie</b></p> <p>Úhrada zahŕňa potrebné odbery krvi, zhodnotenie laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení a zaradenie pacienta do rizikovej skupiny ASA.</p> <p>Úhrada nezahŕňa poskytnutie EKG vyšetrenia.</p> <p>Výkon možno vykazovať iba raz v rámci jednej operácie. Výkon sa vykazuje samostatne s diagnózou, pre ktorú je poistenec plánovaný na operáciu</p> <p>V prípade odoslania poistenca k špecialistovi (konziliárnemu lekárovi), ktorý vykoná predoperačné vyšetrenie, zdravotná poisťovňa poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súvislosti s predoperačným vyšetrením uhrádza v rámci kapitačnej platby za poistenca.</p>	<b>10,00</b>

<b>5702ZV - Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie</b> Štandardné 12-zvodové zosnímanie ako súčasť predoperačného vyšetrenia. Nutná kombinácia s výkonom 60b	<b>4,20</b>
---	-------------

### Finančný objem

Finančný objem na kalendárny mesiac podľa bodu 3.5. Zmluvy	15,00Eur
--	----------

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

<i>Zdravotné výkony a iné náklady, ktoré sa nezahŕňajú do finančného objemu podľa bodu 3.5. Zmluvy</i>	
Náklady na lieky, ktoré sú v Zozname liekov označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“	
Výkon očkovania 252b a výkon 3671, 60b, 5702ZV	

### 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 %	$v_5 = 25 \%$

Hodnota HKK podľa bodu 4.7. Zmluvy	<b>75,00%</b>
------------------------------------	---------------

## Základ pre výpočet Dodatkovkej kapitácie

<i>Špecializačný odbor</i>	<i>Základná hodnota v €</i>	<i>Zvýhodnená hodnota v €</i>
Všeobecný lekár pre dospelých	0,265551	0,348536

## Podmienky pre vznik nároku na Zvýhodnenú hodnotu základu pre výpočet Dodatkovkej kapitácie

<i>Názov podmienky</i>	<i>Kritériá pre splnenie podmienky</i>
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 <sup>1</sup> poistencov, ktorí sú neplatičmi <sup>2</sup> o ich právach a povinnostiach v súvislosti s poskytnutím zdravotnej starostlivosti prijímanie úhrady dlžného poistného. <sup>1</sup> 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.) <sup>2</sup> Poistenc, 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	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.

Poistovňa je povinná vyhodnotiť splnenie podmienok a oznámiť Poskytovateľovi výšku základu pre výpočet Dodatkovkej kapitácie vždy najneskôr pred začiatkom toho kalendárneho štvrťroka, za ktorý bude Poskytovateľovi Dodatočná kapitácia patriť. Do skončenia toho kalendárneho štvrťroka, v ktorom Zmluva nadobudla účinnosť, sa použije ako základ pre výpočet Dodatkovkej kapitácie základná hodnota. Základná hodnota 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 Poistovňou zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s obdobným vecným rozsahom zdravotnej starostlivosti, aký sa dohodol v Zmluve.