

# ZMLUVA O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

č. 76NLDC000115

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 **Zvolen**, kód : 2400

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

(ďalej len „Poisťovňa“)

## Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti:

|  |   |
|--|---|
| Obchodné meno /<br>Priezvisko, meno a titul:         | <b>Fakultná nemocnica s poliklinikou F.D. Roosevelta<br/>Banská Bystrica</b>                  |
| Kód poskytovateľa<br>zdravotnej starostlivosti:      | N42231  |
| IČO / registračné číslo:                             | 00165549  |
| DIČ, IČ DPH:   | 2021095670; SK 2021095670   |
| Sídlo /<br>Miesto trvalého pobytu:                   | Námestie L. Svobodu 1, 975 17 Banská Bystrica   |
| Miesto prevádzkovania<br>zdravotníckeho zariadenia:  | Námestie L. Svobodu 1, 975 17 Banská Bystrica,<br>Cesta k nemocnici 1, 974 07 Banská Bystrica |
| Zápis v registri<br>(iba v prípade takéhoto zápisu): | Register MZ SR: Zriaď. listina MZ SR č. 1842/90-A/II-1  |
| Bankové spojenie:                                    | 7000278282/8180   |
| Mená a funkcie<br>konajúcich osôb:                   | Ing. Miriam Lapuníková, MBA, riaditeľka   |
| Označenie orgánu,<br>ktorý vydal povolenie:          | Banskobystrický samosprávny kraj  |

(ďalej len „Poskytovateľ“)

## I. PREDMET ZMLUVY

1.1. Predmetom tejto Zmluvy je dohoda zmluvných strán:

- o podmienkach poskytovania zdravotnej starostlivosti zo strany Poskytovateľa poisťovňou a ďalším osobám (ďalej len „Poistenci“) uvedeným vo Všeobecných zmluvných podmienkach pre zdravotnú starostlivosť (ďalej len „VZP“);
- o podmienkach úhrad za poskytovanú zdravotnú starostlivosť;
- o rozsahu poskytovanej zdravotnej starostlivosti Poskytovateľom pre Poistencov.

## II. KRITÉRIÁ NA UZATVORENIE ZMLUVY

- 2.1. Poisťovňa v súlade s bodom 2.1. VZP uverejnila kritériá na uzatváranie zmlúv s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti vzťahujúce sa na personálne a materiálno-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 Poisťovňa uzatvára túto Zmluvu.

## III. POVINNOSTI PRI POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

- 3.1. Poskytovateľ sa za podmienok stanovených v Zmluve a vo VZP zaväzuje poskytovať Poistencom zdravotnú starostlivosť plne alebo čiastočne uhrádzanú z verejného zdravotného poistenia.
- 3.2. 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.
- 3.3. Zoznam lekárov, ktorí budú v mene Poskytovateľa poskytovať zdravotnú starostlivosť, s uvedením ich špecializačných odborov a rozsahu lekárskeho miesta je Poskytovateľ povinný doručiť Poisťovni najneskôr pri uzavretí Zmluvy; lekárske miesto sa rozumie výkon činnosti lekára s príslušnou odbornou spôsobilosťou v rozsahu 40 hodín fondu pracovného času týždenne. Zmeny v zozname lekárov Poskytovateľ oznamuje Poisťovni podľa bodu 14.2. písm. c. VZP.
- 3.4. Poisťovňa je povinná uhradiť poskytovateľovi zdravotnú starostlivosť v súlade s podmienkami dojednanými v tejto Zmluve.
- 3.5. Poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti postupuje v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi, Zmluvou a VZP.
- 3.6. Poskytovateľ, ktorý vykonáva preventívnu prehliadku poistenca Poisťovne 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 ambulatnú starostlivosť alebo špecializovanú ambulatnú starostlivosť v špecializačnom odbore „gynekológia a pôrodnictvo“, vyplnením formulára podľa vzoru uvedeného v prílohe Zmluvy; formulár podpíše Poskytovateľ aj poistenec alebo zákonný zástupca poistenca a Poskytovateľ ho po podpísaní založí do zdravotnej dokumentácie poistenca. Poskytovateľ, ktorý poskytuje špecializovanú ambulatnú starostlivosť v špecializačnom odbore „stomatológia“, zašle Poisťovni oznámenie o vykonaní preventívnej prehliadky, a to v lehote 10 kalendárnych dní po skončení zúčtovacieho obdobia, v ktorom vykonal preventívnu prehliadku.
- 3.7. Poskytovateľ je oprávnený pri poskytovaní ambulantnej starostlivosti vrátane vykonávania výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek používať zdravotnícku techniku, ktorá netvorí povinné materiálno-technické vybavenie Poskytovateľa podľa všeobecne záväzných právnych predpisov alebo materiálno-technické vybavenie podľa kritérií na uzatvorenie zmluvy (článok II. Zmluvy), ak je uvedená v prílohe k Zmluve, alebo ak s jej použitím vyslovila Poisťovňa predchádzajúci písomný súhlas; Poskytovateľ môže vykázať Poisťovni len vykonanie tých zdravotných výkonov, ktoré sú uvedené v prílohe k Zmluve alebo v súhlase Poisťovne s použitím zdravotníckej techniky.

- 3.8. 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. Poistovňa 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.
- 3.9. 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.
- 3.10. 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 predpísania zdravotníckej pomôcky uvedenej v bode 3.9 Zmluvy.
- 3.11. 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.
- 3.12. Poskytovateľ nesmie vykázať Poistovni vykonanie iných zdravotných výkonov uvedených v Katalógu zdravotných výkonov v časti „*Spoločné vyšetřovacie a liečebné zložky*“ ako zdravotných výkonov, ktorých vykonanie si u Poskytovateľa objednali v žiadankách o vykonanie laboratórnych alebo diagnostických vyšetření odosielajúci lekári Poskytovateľa alebo odosielajúci zmluvní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti .
- 3.13. 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.
- 3.14. Poskytovateľ môže pri výkonoch intervenčnej rádiológie a rádioterapie, nukleárnej medicíny a klinickej rádiofyziky vykazovať len použitie originálnych sád zdravotného materiálu určeného na jednotlivé výkony intervenčnej rádiológie a rádioterapie, nukleárnej medicíny a klinickej rádiofyziky (ďalej len „*Sety*“). Poskytovateľ je povinný na požiadanie preukázať Poistovni nadobudnutie Setu účtovným dokladom, ktorý musí obsahovať názov výrobcu Setu, katalógové číslo Setu pridelené výrobcom, 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.
- 3.15. 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 pozitřónovej emisnej tomografie zasiela spolu s vyúčtovaním za príslušné účtovné obdobie aj kópie návrhov / žiadaniek na poskytnutie vyšetřenia.

#### IV. OSOBITNÉ POVINNOSTI PRI POSKYTOVANÍ ÚSTAVNEJ STAROSTLIVOSTI

- 4.1. Poskytovateľ poskytne osobe uvedenej v bode I. 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.
- 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 Poskytovateľ prijal Pacienta na poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti s komplikáciou zdravotného stavu, ktorá vznikla pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v inom zdravotníckom zariadení, Poskytovateľ vyznačí túto skutočnosť v dátovom rozhraní podľa Metodického usmernenia Úradu.
- 4.16. Porušenie niektorej z povinností Poskytovateľa podľa bodov 4.2. až 4.6. Zmluvy sa považuje za porušenie povinnosti podľa bodu 8.2. 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 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 5.2. 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 vyказuje 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 ambulatnej starostlivosti podal Poistencovi liek, ktorý je v Zozname kategorizovaných liekov (ďalej len „Zoznam liekov“) označený v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ alebo „AS“, 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 vykazať 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 uvedení 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:
- všeobecnú ambulantnú starostlivosť;
  - špecializovanú ambulantnú starostlivosť;
  - ústavnú starostlivosť;
  - 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 pôrodnictvo“ (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 pôrodnictvo“ (ďalej len „Dohoda“) v príslušnom mesiaci za ktorý Poskytovateľ vykazuje poskytnutú zdravotnú starostlivosť za Poistencov:
- s ktorými Poskytovateľ uzatvoril Dohodu v priebehu príslušného mesiaca, ak Kapitovaný poistenec nemal v tom čase uzatvorenú žiadnu Dohodu v rovnakom špecializačnom odbore;
  - s ktorými zanikla v priebehu príslušného mesiaca Dohoda inak ako písomným odstúpením;
  - 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 Poistovne prostredníctvom kapitačného protokolu riešiť konfliktné prípady vzájomnou dohodou.

- 6.3. 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 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 poistenec dovŕšil k prvému dňu kalendárneho mesiaca, za ktorý sa Kapitácia platí. Poistovňa 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“ alebo „AS“ (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 3.7. 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. Poistovňa 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. Poistovňa 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. Poistovňa 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. Poistovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov uvedený v tabuľkách podľa bodu 7.2. Zmluvy týmto spôsobom:
  - a. Poistovňa zistí každý z parametrov za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí poskytujú ambulantnú zdravotnú starostlivosť v tom špecializačnom odbore, ktorého sa týkajú parametre uvedené v príslušnej tabuľke podľa bodu 7.2. Zmluvy;
  - b. Poistovňa zoradí hodnoty jednotlivých parametrov zistené za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti 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 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. Poistovňa vypočíta hodnotiaci kapitačný koeficient Poskytovateľa (ďalej aj „HKK“) podľa vzorca:

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

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 uvedené, 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 ambulantnú 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“ alebo „AS“ (bod 5.6 Zmluvy) a na materiál uvedený v bode 5.8. Zmluvy, ak boli tieto náklady vynaložené v súvislosti s výkonmi podľa tohto bodu,

poskytnutú poisťovňou 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 poisťenci poisťovne a zdravotné výkony a iné náklady uvedené v Cenníku výkonov.

- 8.4. Pokiaľ Poskytovateľ poskytol Poisťovňou 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 Poisťovňou v aktuálnom kalendárnom mesiaci).
- 8.5. Pokiaľ Poskytovateľ poskytol Poisťovňou 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“) Poisťovňa 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 Poisťovňa 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. Poisťovňa 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. Poisťovňa 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. Poisťovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov uvedených v tabuľkách podľa bodu 9.1. Zmluvy týmto spôsobom:
- Poisťovňa zistí každý z parametrov za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí poskytujú ambulantnú zdravotnú starostlivosť v príslušnom špecializačnom odbore podľa tabuľky uvedenej v bode 8.2. Zmluvy;
  - Poisťovňa zoradí hodnoty jednotlivých parametrov zistené za poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v príslušných špecializačných odboroch podľa tabuľky uvedenej v bode 8.2. Zmluvy vzostupne;
  - Poisťovňa neprihliada na hodnoty parametrov tých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí v poradí podľa písm. b. dosiahli 20 % najnižších hodnôt a 20 % najvyšších hodnôt;
  - Poisťovňa 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. Poisťovňa 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<sub>1</sub> až v<sub>5</sub>** 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 „Lôžkodenň“) 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, neurologickom, internom, oddeleniach chirurgických disciplín a na JIS týchto oddelení, 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 100%, t. j. dvojnásobne. 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 centrálné 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 500 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 orgánu, Poskytovateľ má nárok na príplatok k Hospitalizačnému paušálu vo výške a za podmienok uvedených v bode 4.14 Zmluvy.
- 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“) Poistovňa 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 Poistovňa 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. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za zdravotnú starostlivosť spočívajúcu vo výkonoch uvedených v prílohe Zmluvy úhradu podľa tohto článku za podmienok ustanovených v tomto článku Zmluvy. Poistovňa 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. Poistovňa 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 Poistovne 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 vyказuje 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 vyказuje výkony podľa tohto článku v dátovom rozhraní určenom pre ambulantnú starostlivosť.
- 11.5. Poskytovateľ je povinný zasielať Poistovni 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 Poistovni najmenej jedenkrát počas pracovného dňa údaje potrebné na vedenie Zoznamu osobitných výkonov v štruktúre (dátovom rozhraní) určenej Poistovňou a zverejnenej na internetovej stránke Poistovne; to neplatí, ak Poskytovateľ počas pracovného dňa nemá naplánovaný osobitný výkon alebo osobitný výkon nevykonával 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 nedočerpal alebo prečerpal, 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.

## **XIII. ZASIELANIE PRESKRIPČNÉHO ZÁZNAMU**

- 13.1. Poskytovateľ prostredníctvom svojho softvéru sprístupní Poistovní kompletne spracovaný preskričný záznam Poistenca čo najskôr po predpísaní lieku, zdravotníckej pomôcky alebo dietetickej potraviny. Sprístupnenie preskripcného záznamu bude slúžiť primárne na správne a efektívne fungovanie služby Bezpečné lieky.

- 13.2. 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.“

#### **XIV. ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA**

- 14.1. 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 3.2. Zmluvy.
- 14.2. 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.
- 14.3. Zmluva je vyhotovená v dvoch rovnopisoch, po jednom rovnopise pre každú zmluvnú stranu.
- 14.4. Neoddeliteľnou súčasťou tejto Zmluvy je:
- a. príloha č. 1, ktorá obsahuje zoznam špecializačných odborov podľa bodu 3.2. 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 3.6. písm. c. Zmluvy;
  - d. príloha č. 4, ktorá obsahuje zoznam zdravotníckej techniky a zoznam zdravotných výkonov podľa bodu 3.7. Zmluvy;
  - e. príloha č. 5, ktorá obsahuje zoznam špecializovaných nemocníc a liečební a vzor žiadosti o ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti podľa bodu 3.11 Zmluvy;
  - f. príloha č. 6, obsahuje Zoznam kategorizovaného materiálu a Zoznam nekategorizovaného materiálu podľa bodu 5.8. Zmluvy;
  - 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;
  - k. príloha č. 11 (Cenník osobitných výkonov), ktorá obsahuje zoznam výkonov a výšku ich úhrady podľa bodu 11.1. Zmluvy, materiál podľa bodu 11.3. Zmluvy, kódy výkonov podľa bodu 11.4. Zmluvy a Finančný objem podľa bodu 11.11. Zmluvy.
- 14.5. Neoddeliteľnou súčasťou rovnopisu tejto Zmluvy určeného pre Poskytovateľa sú VZP účinné od 1. apríla 2012.
- 14.6. Poistovňa aj Poskytovateľ sa zaväzujú v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti informovať poistencov Poistovne vždy korektne, pravdivo a neskreslene o skutočnostiach vyplývajúcich zo Zmluvy, VZP a platných právnych predpisov.
- 14.7. Poistovňa 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.

14.8. Poistovňa 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.

Vo Zvolene, dňa 27. októbra 2015.

V Banskej Bystrici, dňa 28. októbra 2015.

---

DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s.  
Ing. Katarína Baranová  
regionálna riaditeľka nákupu  
zdravotnej starostlivosti

---

Fakultná nemocnica s poliklinikou  
F.D. Roosevelta Banská Bystrica  
Ing. Mária Lapuníková, MBA  
riaditeľka





**Zoznam špecializačných odborov**

(podľa bodu 3.2 Zmluvy)

Názov PZS: Fakultná nemocnica s poliklinikou F.D. Roosevelta Banská Bystrica

| Špecializačný odbor | Druh poskytovanej Zdravotnej starostlivosti |                 |                                 |     |
|---------------------|---|-----------------|---------------------------------|-----|
|                     | ambulancie                                  | pracovisko SVLZ | ústavná zdravotná starostlivosť | JAS |
| psychiatria         | -   | -               | áno                             | -   |



## Kritériá na uzatvorenie zmluvy s Poskytovateľom

podľa bodu 2.1. Zmluvy

| Názov kritéria<br>Popis kritéria   | Váha kritéria<br>(%) |
|--|----------------------|
| <p><b>Personálne vybavenie zdravotníckeho zariadenia</b></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>  | <b>25</b>            |
| <p><b>Materiálno-technické vybavenie zdravotníckeho zariadenia</b></p> <p>Materiálno-technické vybavenie pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti je najmenej na úrovni stanovenej všeobecne záväznými právnymi predpismi.</p>   | <b>25</b>            |
| <p><b>Parametre efektivity a kvality</b></p> <p>Jednotnými ukazovateľmi sú:<br/>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> | <b>50</b>            |

**Poistovňa 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:**

Prekonané 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  \_\_\_\_\_ neuskutočnené  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 3.7. 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.

| <b>Názov prístroja</b>              | <b>Kódy zdravotných výkonov</b> |
|-------------------------------------|---------------------------------|
| <b>Počítačový tomograf</b>          | -----                           |
| <b>Magnetická rezonancia</b>        | -----                           |
| <b>Mamograf</b>                     | -----                           |
| <b>Pozitrónový emisný tomograf</b>  | -----                           |
| <b>PCR analyzátor</b>               | -----                           |
| <b>Osteodenzitometer celotelový</b> | -----                           |

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



**Zoznam špecializovaných nemocníc a liečební**

| <b>Názov</b>                  | <b>Mesto</b> | <b>Adresa</b> |
|-------------------------------|--------------|---------------|
| 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:.....Bydlisko .....PSC.....

**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 (ŠZM)   | 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 priam 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 aterekтомický                              | 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 Poisťovne.

## VI. Zoznam nekategorizovaného materiálu podľa bodu 11.3. Zmluvy

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

**Ceny a spôsob vykazovania výkonov**

hyperbarickej oxygenoterapie, stereorádiokirurgie a pozitronovej emisnej tomografie:

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



**Cenník kapitácie****Výška kapitácie**

| <b>Označenie</b>   |  | <b>hodnota v €</b> |
|--|--|--------------------|
| 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 dorast

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             | 0,464715               |
| Všeobecný lekár pre deti a dorast | 0,331939             | 0,531103               |

| Gynekológia a pôrodníctvo   | hodnota v € |
|---|-------------|
| Základná hodnota  | 0,132776    |
| Zvýhodnená hodnota pri splnení podmienky:<br>Prístrojové vybavenie  | 0,139415    |
| Zvýhodnená hodnota pri splnení:<br>Podmienok pre vznik nároku na zvýhodnenú dodatkovú kapitáciu okrem podmienky Prístrojové vybavenie   | 0,205802    |
| Zvýhodnená hodnota pri splnení:<br>Podmienok pre vznik nároku na zvýhodnenú dodatkovú kapitáciu vrátane podmienky Prístrojové vybavenie | 0,215760    |



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

| Názov podmienky                       | Kritériá pre splnenie podmienky   |
|---------------------------------------|---|
| Elektronická komunikácia s Poistovňou | Zriadenie prístupu do Elektronickkej pobočky Poistovne a jej aktívne využívanie. Pod aktívnym využívaním Elektronickkej pobočky podľa predchádzajúcej vety sa rozumie zasielanie zúčtovacích dokladov vrátane potvrdzovania ich správnosti (článok 5 a 6 VZP) výlučne prostredníctvom Elektronickkej pobočky.   |
| Bezpečné lieky                        | Aktívne využívanie služby „Bezpečné lieky“ poskytovanej Poistovňou v Elektronickkej pobočke   |
| Informovanie neplatičov               | Informovanie <sup>1</sup> poistencov, ktorí sú neplatičmi <sup>2</sup> o ich právach a povinnostiach v súvislosti s poskytnutím zdravotnej starostlivosti.<br><i><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.)</i><br><i><sup>2</sup>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</i>                                       |
| Prístrojové vybavenie                 | Zazmluvnenie USG prístroja v zmysle bodu 3.3. Zmluvy v prípade zazmluvnenia špecializačnej odbornosti „Gynekológia a pôrodníctvo“   |
| Zdieľanie informácií                  | A.) Zasielanie podkladov k zúčtovaniu zdravotnej starostlivosti prostredníctvom Elektronickkej 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)<br>B.) Poskytovateľ na požiadanie Poistovne prostredníctvom Elektronickkej 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 Dodatkovej kapitácie vždy najneskôr pred začiatkom toho kalendárneho štvrťroka, za ktorý bude Poskytovateľovi Dodatková kapitácia patriť.

### Hodnota HKK podľa bodu 7.7 Zmluvy:

| Špecializačný odbor               | HKK   |
|-----------------------------------|-------|
| Všeobecný lekár pre dospelých     | ----- |
| Všeobecný lekár pre deti a dorast | ----- |
| Gynekológia a pôrodníctvo         | ----- |



## Cenník výkonov

## Jednotková cena bodu

| Cena bodu hodnota v €   | Základná cena | Zvýhodnená cena * |
|---|---------------|-------------------|
| 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 nie je dohodnutý základný rozsah v zmysle bodu 8.2. Zmluvy   | -             | -                 |
| 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  | -             | -                 |
| pri zdravotných výkonoch: 60 (420bodov); 62 (270 bodov); 63 (210 bodov) v ambulancii špecializačného odboru pre ktorú je dohodnutý základný rozsah v zmysle bodu 8.2. Zmluvy  | -             | -                 |
| pri zdravotnom výkone 15D (50bodov)<br>výkon sa uplatňuje pre špecializačné odbornosti 003, 010, 011, 013, 014, 045, 114, 156, 145, 107,108   | -             | -                 |
| pri zdravotných výkonoch vykonaných v rámci ústavnej pohotovostnej služby (centrálneho príjmu)  | -             | -                 |
| 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  | -             | -                 |
| 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(poskytnutý držiteľovi preukazu ZŤP), 159b, 950, 953, 160 (počet bodov 390), 159a,159x (počet bodov 180), 159z(počet bodov 180), 159c | -             | -                 |
| pri zdravotných výkonoch vykonaných pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia: 157, 102, 103, 105, 108, 167   | -             | -                 |
| pri zdravotných výkonoch: 5303, 5305, 5308  | -             | -                 |
| pri zdravotnom výkone: 3671 (určenie glykémie glukometrom pri kvantitatívnej alebo kvalitatívnej poruche vedomia)   | -             | -                 |
| pri výkone očkovania: 252b, ktorý nie je zahrnutý v kapitácii   | -             | -                 |
| pri výkonoch: 25, 26, 29, 30, ktoré nie sú zahrnuté v kapitácii   | -             | -                 |
| pri neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnutej inému ako Kapitovanému poistencovi  | -             | -                 |

## Základný rozsah

| <b>Základný rozsah na kalendárny polrok pre špecializačný odbor podľa bodu 8.2. Zmluvy</b>  | <b>Hodnota v bodoch</b> |
|---|-------------------------|
| 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. |                         |
| -----   | -----                   |

## Minimálna jednotková cena

| <b>Minimálna jednotková cena podľa bodu 8.2. Zmluvy</b>  | <b>hodnota v €</b> |
|--|--------------------|
| 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

| <b>Cena výkonu</b>   | <b>hodnota v €</b> |
|--|--------------------|
| <b>4571a</b> C– reaktívny proteín pre kapítovaných poistencov do dovŕšenia 19. roku života | 3,00               |

## 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

| <b>Finančný objem</b>  | <b>hodnota v €</b> |
|--|--------------------|
| 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 pôrodnictvo“ | -----              |
| 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                             |
| 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 <sub>n</sub> |         |            | v <sub>n</sub>        |
|--------------------------------------|----------------|---------|------------|-----------------------|
|                                      | pod pásmom     | v pásme | nad pásmom |                       |
| Počet bodov na poistenca             | 75 %           | 100 %   | 0 %        | v <sub>1</sub> = 60 % |
| Počet vyšetrení na jedného poistenca | 100 %          | 100 %   | 0 %        | v <sub>2</sub> = 40 % |

špecializačný odbor klinická psychológia

| Názov parametra  | Určenie hodnoty parametra   |
|--|---|
| Počet bodov na poistenca pri psychoterapii                 | I <sub>1</sub> = 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 <sub>2</sub> = 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 <sub>3</sub> = počet vyšetrení psychoterapie/ počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť pri psychoterapii  |
| Počet vyšetrení na jedného poistenca pri psychodiagnostike | I <sub>4</sub> = počet vyšetrení psychodiagnostiky/ počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť pri psychodiagnostike  |

váhy a pásma pre jednotlivé parametre

| Názov parametra  | h <sub>n</sub> |         |            | v <sub>n</sub>        |
|--|----------------|---------|------------|-----------------------|
|  | pod pásmom     | v pásme | nad pásmom |                       |
| Počet bodov na poistenca pri psychoterapii                 | 75 %           | 100 %   | 0 %        | v <sub>1</sub> = 30 % |
| Počet bodov na poistenca pri psychodiagnostike             | 75 %           | 100 %   | 0 %        | v <sub>2</sub> = 20 % |
| Počet vyšetrení na jedného poistenca pri psychoterapii     | 100 %          | 100 %   | 0 %        | v <sub>3</sub> = 30 % |
| Počet vyšetrení na jedného poistenca pri psychodiagnostike | 100 %          | 100 %   | 0 %        | v <sub>4</sub> = 20 % |

## 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 Poisťovňou 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.<br><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.)<br><sup>2</sup> 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 pôrodnictvo“   |
| Zdieľanie informácií                                      | A.) Zasielanie podkladov k zúčtovaniu zdravotnej starostlivosti prostredníctvom Elektronickej pobočky podľa dohody s Poisťovňou (prepúšťacie správy z hospitalizácii v trvaní menej ako 4 dni, operačné nálezy z výkonov, pri ktorých je použité ŠZM s indikačným obmedzením podľa platnej kategorizácie)<br>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 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.

### Hodnota HK podľa bodu 9.6. zmluvy:

| Špecializačný odbor | HK    |
|---------------------|-------|
| -----               | ----- |





**Cenník hospitalizácií**

PZS: Fakultná nemocnica s poliklinikou F.D. Roosevelta Banská Bystrica

| <b>Oddelenie</b> | <b>KÓD oddelenia</b> | <b>základný hospitalizačný paušál</b> | <b>CENA lôžkodňa</b> |
|------------------|----------------------|---------------------------------------|----------------------|
| Psychiatria      | N42231005102         | -----                                 | 38,00                |

|   |            |
|---|------------|
| <b>Finančný objem</b> podľa bodu 10.13. Zmluvy;<br>do finančného objemu sa nezahŕňa zdravotná starostlivosť<br>podľa bodu 10.9. a 10.10. Zmluvy | 3 500,00 € |
|---|------------|



**Cenník osobitných výkonov**

| Kód výkonov | Názov výkonu | Obsah kombinovaných výkonov („K“) | Hodnota v € |
|-------------|--------------|-----------------------------------|-------------|
| -----       | -----        | ----                              | -----       |

**Finančný objem**

|  |       |
|--|-------|
| Finančný objem na kalendárny mesiac podľa bodu 11.11. Zmluvy | ----- |
|--|-------|

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

|  |
|--|
| Materiál uvedený v prílohe č. 6 Zmluvy – v časti týkajúcej sa osobitných výkonov podľa bodu 11.3. Zmluvy |
|--|