

ZMLUVA O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

č. 71NVSC000121

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

Zdravotná poisťovňa:

DÓVERA zdravotná poisťovňa, a. s.

so sídlom Einsteinova 25, 851 01 Bratislava

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

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

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

(ďalej len „Poisťovňa“)

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti:

Obchodné meno / Priezvisko, meno a titul:	Národný ústav detských chorôb
Kód poskytovateľa zdravotnej starostlivosti:	P43059
IČO / registračné číslo:	00607231
DIČ, IČ DPH:	2020848368
Sídlo / Miesto trvalého pobytu:	Limbová 1, 833 40 Bratislava
Miesto prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia:	Limbová 1, 833 40 Bratislava Krajinská 91, 821 06 Bratislava
Zápis v registri (iba v prípade takéhoto zápisu):	-----
Bankové spojenie:	SK3281800000007000279306
Mená a funkcie konajúcich osôb:	Ing. et Ing. Peter Magát
Označenie orgánu, ktorý vydal povolenie:	Ministerstvo zdravotníctva SR

(ďalej len „Poskytovateľ“)

I. PREDMET ZMLUVY

- 1.1. Poskytovateľ sa za podmienok stanovených v Zmluve a vo Všeobecných zmluvných podmienkach pre zdravotnú starostlivosť (ďalej len „VZP“) zaväzuje poskytovať poistencom Poisťovne a ďalším osobám uvedeným vo VZP (ďalej spolu ako „Poistenci“) zdravotnú starostlivosť plne alebo čiastočne uhrádzanú z verejného zdravotného poistenia.
- 1.2. Poskytovateľ sa zaväzuje poskytovať zdravotnú starostlivosť vo vecnom rozsahu vyplývajúcom z povolenia, ktoré orgán uvedený v záhlaví Zmluvy vydal Poskytovateľovi na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, alebo vo vecnom rozsahu, ktorý vyplýva z rozhodnutia, ktorým Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Bratislave, číslo rozhodnutia PPL/11451/2020 nariadil Poskytovateľovi vytvorenie mobilného odberového miesta; Poskytovateľ bude poskytovať zdravotnú starostlivosť v špecializačných odboroch v rozsahu uvedenom v Prílohe č. 1 k Zmluve. Príloha č. 1 môže určiť obmedzenia pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti v jednotlivých špecializačných odboroch, výkonoch zdravotnej starostlivosti alebo DRG skupinách podľa článku IX. Zmluvy.“

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

II. KRITÉRIÁ NA UZATVORENIE ZMLUVY

- 2.1. Poistovní v súlade s bodom 2.1. VZP uverejnila kritériá na uzatváranie zmlúv s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti vzťahujúce sa na personálne a materiálno-technické vybavenie Poskytovateľa a na indikátory kvality. Kritériá podľa predchádzajúcej vety vzťahujúce sa na Poskytovateľa sú uvedené v Prílohe č. 2 Zmluvy.
- 2.2. Poskytovateľ vyhlasuje, že spĺňa všetky kritériá podľa bodu 2.1. Zmluvy, na základe čoho s ním Poistovní uzatvára túto Zmluvu.

III. POVINNOSTI PRI POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

- 3.1. Poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti postupuje v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi, Zmluvou a VZP.
- 3.2. Poskytovateľ sa zaväzuje poskytovať zdravotnú starostlivosť v nasledovných zdravotníckych zariadeniach, určených v povolení, ktoré orgán uvedený v záhlaví Zmluvy vydal Poskytovateľovi na poskytovanie zdravotnej starostlivosti:

Špecializovanej nemocnici, ktorá sa na účely tejto zmluvy a úhrady podľa článku IX. Zmluvy považujú za jedno zdravotnícke zariadenie, identifikátor zdravotníckeho zariadenia **00607231-00**;

Zmluvné strany sa zároveň dohodli, že na účely tejto Zmluvy sa oddelenia psychiatrickej liečebne považujú za DRG nerelevantné oddelenia podľa článku VIII. Zmluvy.

Za súčasť zdravotníckeho zariadenia sa na účely určenia výšky úhrady za Hospitalizačný prípad podľa bodu 9.7. písmeno d. Zmluvy považuje aj Domov ošetrovateľskej starostlivosti a/alebo Hospic, i keď podmienky poskytovania zdravotnej starostlivosti a jej úhrady si zmluvné strany dohodli v osobitnej zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

- 3.3. Poskytovateľ je oprávnený pri poskytovaní ambulantnej starostlivosti vrátane vykonávania výkonov spoločných vyšetrení 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 č. 3 k Zmluve, alebo ak s jej použitím vyslovila Poistovní predchádzajúci písomný súhlas; Poskytovateľ môže vykázať Poistovní len vykonanie tých zdravotných výkonov, ktoré sú uvedené v Prílohe č. 3 k Zmluve alebo v súhlase Poistovne s použitím zdravotníckej techniky.
- 3.4. Zdravotné výkony, ktoré sú v Katalógu zdravotných výkonov označené ako „podobné vyšetrenia“ alebo iným slovným spojením rovnakého významu (ďalej len „Podobné vyšetrenia“), môže Poskytovateľ vykazovať len s predchádzajúcim písomným súhlasom Poistovne. Poskytovateľ v žiadosti o udelenie predchádzajúceho súhlasu podľa predchádzajúcej vety uvedie, aké Podobné vyšetrenia v rámci jednotlivých skupín zdravotných výkonov podľa Katalógu zdravotných výkonov mieni vykonávať a vykazovať. Poistovní v súhlase podľa prvej vety tohto bodu uvedie, ktoré zdravotné výkony môže Poskytovateľ vykazovať v rámci jednotlivých skupín zdravotných výkonov ako Podobné vyšetrenia; Poistovní môže súhlas časovo ohraničiť.
- 3.5. Poskytovateľ je povinný informovať Poistenca, ktorému poskytuje zdravotnú starostlivosť a mieni mu predpísať zdravotnícku pomôcku, alebo zákonného zástupcu Poistenca, že výdaj
 - a. individuálne zhotovovanej ortopedicko-protetickej zdravotníckej pomôcky bandážového typu s predajnou cenou najmenej 165,97 EUR,
 - b. ortopedickej obuvi s predajnou cenou najmenej 265,55 EUR,
 - c. ortézy nebandážového typu s predajnou cenou najmenej 497,91 EUR a
 - d. inej zdravotníckej pomôcky s predajnou cenou najmenej 1 327,76 EURpodlieha predchádzajúcemu súhlasu Poistovne.
- 3.6. Poskytovateľ môže Poistencovi predpísať individuálne zhotovovanú ortopedicko-protetickú zdravotnícku pomôcku len vtedy, pokiaľ použitie sériovo vyrábanej zdravotníckej pomôcky je pre Poistenca zrejme nevhodné. Poskytovateľ je povinný na lekárskom poukaze na zdravotnícku pomôcku uviesť všetky údaje

vyplývajúce zo všeobecne záväzných právnych predpisov a ako kód zdravotníckej pomôcky uvedie číselný kód uvedený v Zozname zdravotníckych pomôcok plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia. Poskytovateľ pripojí k lekárskeму poukazu podľa tohto bodu aj odborný nález, v ktorom z medicínskeho hľadiska odôvodní nevhodnosť použitia sériovo vyrábanej zdravotníckej pomôcky a nevyhnutnosť predpisania zdravotníckej pomôcky uvedenej v bode 3.5. Zmluvy. Poskytovateľ berie na vedomie, že v prípade, ak Poskytovateľ predpíše individuálne zhotovovanú ortopedicko-protetickú zdravotnícku pomôcku v rozpore s týmto bodom Zmluvy alebo v rozpore s indikačnými alebo preskripčnými obmedzeniami, Poistovňa bude postupovať v súlade s ust. § 121 ods. 6 Zákona o liekoch.

- 3.7. Poskytovateľ je oprávnený odoslať Poistenca na ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti do špecializovanej nemocnice alebo liečebne len s predchádzajúcim súhlasom Poistovne. Zoznam špecializovaných nemocníc a liečební podľa predchádzajúcej vety a vzor žiadosti o udelenie predchádzajúceho súhlasu sú uvedené v Prílohe č. 4 Zmluvy.
- 3.8. Poskytovateľ nesmie vykazať Poistovní vykonanie iných zdravotných výkonov uvedených v Katalógu zdravotných výkonov v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ ako zdravotných výkonov, ktorých vykonanie si u Poskytovateľa objednali v žiadankách o vykonanie laboratórnych alebo diagnostických vyšetrení odosielajúci lekári Poskytovateľa alebo odosielajúci zmluvní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti. Poskytovateľ je povinný správne, pravdivo a úplne vykazovať Poistovní zdravotnú starostlivosť podľa platného dátového rozhrania pre ambulatnú zdravotnú starostlivosť. V prípade, ak Poskytovateľ nevykáže všetky povinné položky podľa dátového rozhrania pre ambulatnú zdravotnú starostlivosť, Poistovňa neúplne vykázanú zdravotnú starostlivosť odmietne a vráti Poskytovateľovi na doplnenie. Toto ustanovenie platí pre výkony špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti primerane.
- 3.9. Poskytovateľ je povinný pri nákupe liekov, zdravotníckych pomôcok aj akéhokoľvek materiálu, ktorých použitie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vykazuje a účtuje Poistovní, 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 preyšuje obvyklú cenu.
- 3.10. 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 Poistovní 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.

IV. OSOBITNÉ POVINNOSTI PRI POSKYTOVANÍ ÚSTAVNEJ STAROSTLIVOSTI

- 4.1. Poskytovateľ poskytne osobe uvedenej v bode 1.1. Zmluvy (ďalej v tomto článku len „Pacient“) ústavnú starostlivosť, ak zdravotný stav Pacienta vyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín (ďalej len „Hospitalizácia“).
- 4.2. Poskytovateľ je povinný zasielať Poistovní údaje potrebné na vedenie zoznamu poistencov čakajúcich na poskytovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „Zoznam“), a to najmä:
 - a. meno, priezvisko a rodné číslo Pacienta;
 - b. kód choroby podľa MKCH-10, v súvislosti s ktorou Poskytovateľ navrhuje Hospitalizáciu Pacienta;
 - c. kód Poskytovateľa a kód oddelenia Poskytovateľa, na ktorom má byť Pacient hospitalizovaný.
- 4.3. Poistovňa je povinná najneskôr v deň účinnosti Zmluvy poskytnúť Poskytovateľovi programové vybavenie, ktoré Poskytovateľovi umožňuje zasielať Poistovní údaje potrebné na vedenie Zoznamu (ďalej len „Program hospiCOM“). Pokiaľ ďalej z tohto článku vyplýva povinnosť zasielať akékoľvek údaje pomocou Programu hospiCOM, Poskytovateľ môže namiesto Programu hospiCOM použiť na zasielanie týchto údajov aj webové rozhranie na internetovej stránke Poistovne.
- 4.4. Poskytovateľ je povinný pomocou Programu hospiCOM zasielať Poistovní najmenej jedenkrát počas pracovného dňa údaje potrebné na vedenie Zoznamu v štruktúre (dátovom rozhraní) určenej Poistovňou a zverejnenej na internetovej stránke Poistovne; to neplatí, ak Poskytovateľ počas pracovného dňa neprijal na Hospitalizáciu ani neukončil Hospitalizáciu žiadneho Pacienta.

- 4.5. Poskytovateľ, ktorý prijal Pacienta na Hospitalizáciu v dôsledku potreby poskytnúť mu neodkladnú zdravotnú starostlivosť, je povinný oznámiť túto skutočnosť Poistovní prostredníctvom Programu hospiCOM najneskôr v pracovný deň bezprostredne nasledujúci po dni začatia Hospitalizácie.
- 4.6. Poskytovateľ je povinný v zdravotnej dokumentácii Pacienta vyznačiť dátum a hodinu začatia Hospitalizácie a dátum a hodinu ukončenia Hospitalizácie. Poskytovateľ je ďalej povinný oznámiť Poistovní prostredníctvom Programu hospiCOM začatie aj ukončenie Hospitalizácie Pacienta.
- 4.7. Poskytovateľ nesmie prijať Pacienta na Hospitalizáciu na poskytovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti, ak mu Poistovňa neudelila súhlas na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti Pacientovi alebo skôr, než v deň určený Poistovňou v súhlase. Poskytovateľ môže prijať Pacienta na Hospitalizáciu na poskytovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti počas dňa, ktorý Poistovňa určí v súhlase, alebo kedykoľvek po tomto dni; ak takýto deň Poistovňa v súhlase neurčila, tak najskôr v deň udelenia súhlasu.
- 4.8. Poskytovateľ môže 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.
- 4.9. Poskytovateľ, ktorý poskytuje ústavnú starostlivosť, môže odoslať Pacienta na poskytovanie zdravotnej starostlivosti (ústavnej starostlivosti, ambulantnej starostlivosti vrátane vyšetrení spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek a poskytovania výkonov jednotňovej zdravotnej starostlivosti) k inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti len v nevyhnutných prípadoch, ak personálne a materiálne-technické vybavenie Poskytovateľa neumožňuje poskytnúť Pacientovi potrebnú zdravotnú starostlivosť vzhľadom na vývoj zdravotného stavu Pacienta. Odoslanie na ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti podľa predchádzajúcej vety musí byť podrobne odôvodnené v zdravotnej dokumentácii Pacienta u Poskytovateľa.
- 4.10. Poskytovateľ je povinný zabezpečiť, aby podanie vzorky lieku (§ 31 Zákona o liekoch) Pacientovi bolo zaznamenané v zdravotnej dokumentácii Pacienta.
- 4.11. 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.

- 4.12. 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.
- 4.13. Poskytovateľ je povinný správne, pravdivo a úplne vykazovať Poistovní zdravotnú starostlivosť spôsobom podľa platného dátového rozhrania pre ústavnú starostlivosť. V prípade, ak Poskytovateľ nevykáže Poistovní všetky povinné položky podľa dátového rozhrania podľa predchádzajúcej vety, Poistovňa vykázanú zdravotnú starostlivosť odmietne a vráti Poskytovateľovi na doplnenie.
- 4.14. Poskytovateľ je povinný počas trvania Hospitalizačného prípadu podľa bodu 9.2. písmeno a. Zmluvy (vrátane Hospitalizácie na DRG nerelevantnom oddelení, ktorej predchádzala Hospitalizácia na DRG relevantnom oddelení podľa bodu 9.2. písmeno b. Zmluvy a/alebo ktorá pokračovala Hospitalizáciou na DRG relevantnom oddelení podľa bodu 9.2. písmeno b. Zmluvy) uvádzať pri indikovaní zdravotnej starostlivosti na všetkých žiadankách a odporúčaniach na ambulantnú zdravotnú starostlivosť (vrátane zdravotnej starostlivosti poskytovanej zariadením spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek), ako aj na služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti ID Hospitalizačného prípadu, kód Poskytovateľa (oddelenia alebo ambulancie) a dátum indikácie.
- 4.15. Porušenie niektorej z povinností Poskytovateľa podľa bodov 4.2. až 4.6. a bodu 4.13. a 4.14. 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 článku V. až IX. Zmluvy. Poskytovateľ berie na vedomie, že Zdravotná poisťovňa bude pri úhrade zdravotnej starostlivosti postupovať v súlade s ustanovením § 9 ods. 2 zákona č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (v znení zákona č. 718/2004 Z.z.). Zdravotná poisťovňa v spolupráci s Poskytovateľom a dodávateľom informačného systému Poskytovateľa za týmto účelom vyvinie maximálne úsilie vedúce k tomu, aby bola informácia o tom, či je poistenec uvedený v zozname dlžníkov sprístupnená priamo v informačnom systéme Poskytovateľa. Týmto však nie je dotknutá povinnosť Poskytovateľa uvedená v bode 4.1. VZP.

- 5.2. Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi za ústavnú starostlivosť poskytnutú Poistencom EÚ v zmysle článku IX. VZP a poistencom poisťovne HIGHMARK v zmysle článku X. VZP úhradu za podmienok stanovených v článku VIII. a IX. Zmluvy, pričom úhrada za Hospitalizačný prípad na DRG relevantných oddeleniach podľa článku IX. Zmluvy sa určí súčinom základnej sadzby, platnej v čase začiatku Hospitalizačného prípadu a efektívnej relatívnej váhy daného Hospitalizačného prípadu. Ustanovenia bodu 9.7. až 9.12. sa použijú primerane.
- 5.3. Na účely výpočtu úhrady za ústavnú starostlivosť podľa predchádzajúceho bodu sa zmluvné strany dohodli na pevnej sume základnej sadzby vo výške 1 706,00€ (slovom: tisíc sedemstošesť eur). Takto stanovená pevná suma základnej sadzby sa použije do 31.12.2021. Základná sadzba po 1.1.2022 sa použije určená Centrom pre klasifikačný systém DRG MZSR platná pre príslušný kalendárny rok. Pre účely informatívneho charakteru sa základná sadzba vyhodnotí vždy od začiatku každého nasledujúceho kalendárneho štvrťroka, pričom jej výška sa určí nasledovne:

$$ZS = \frac{(CelkUHR_{x-n;hod} + EMZS_{x-n;hod} + CNP_{x-n;hod}) - PP_{x-n;hod}}{CM_{x-n;hod}} ;$$

kde hodnoty uvedené vo vzorci majú rovnaký význam, aký im je pripísaný v bode 9.4. Zmluvy, okrem

- a) hodnoty n, ktorá sa použije ako označenie posledného kalendárneho mesiaca kalendárneho štvrťroka, ktorý dva kalendárne štvrťroky predchádza kalendárnemu štvrťroku, za ktorý sa určuje výška základnej sadzby
- b) hodnoty PP, ktorá predstavuje hodnotu pripočítateľných položiek vykázaných Poskytovateľom a akceptovaných Poisťovňou, ktorých úhrada je zahrnutá v CelkUHR.
- 5.4. Pokiaľ Poskytovateľ pri poskytovaní ambulantnej starostlivosti podal Poistencovi liek, ktorý je v Zozname kategorizovaných liekov (ďalej len „Zoznam liekov“) označený v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ 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 vykázať cenu lieku vo výške ceny, za ktorú ju nadobudol, maximálne však do výšky predajnej ceny distribútora s DPH. Zároveň je poskytovateľ povinný tieto lieky vykazovať v základných vykazovacích jednotkách spôsobom uvedeným vo VZP.
- 5.5. Pokiaľ Poskytovateľ v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, inej ako ústavnej starostlivosti poskytovanej na DRG relevantných oddeleniach podľa článku IX. Zmluvy, Poistencovi spotreboval materiál uvedený v zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov vydanom Ministerstvom zdravotníctva SR 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 v Prílohe č. 5 tejto Zmluvy (ďalej len „Zoznam kategorizovaných materiálov“), Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi samostatne cenu za tento materiál vo výške nadobúdacej ceny uhradenej Poskytovateľom za tento materiál, najviac však do výšky uvedenej v Zozname kategorizovaných materiálov. Rozdiel medzi nadobúdacou cenou uhradenou Poskytovateľom a cenou za materiál uvedenou v Zozname kategorizovaných materiálov je zahrnutá v úhrade za zdravotnú starostlivosť. Poskytovateľ vykazuje materiál podľa tohto bodu s použitím kódu uvedeného v Zozname kategorizovaných materiálov.
- 5.6. 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;
 - výkony spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek;
 - ústavnú starostlivosť;

e. lieky a zdravotnícke pomôcky.

- 5.9. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za zdravotnú starostlivosť poskytnutú Poistencom na na urgentnom príjme 2. typu (ďalej len „Urgentná starostlivosť“) úhradu za podmienok stanovených v Opatrení Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 07045/2003 z 30. decembra 2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov (ďalej len „Opatrenie“) a podľa Cenníka výkonov, ktorý tvorí Prílohu č. 6 Zmluvy. Poskytovateľ je povinný vykazovať poskytovanie zdravotnej starostlivosti na expektačnom lôžku s použitím kódu 1B03001. Poskytovateľ je povinný vykazovať Poistovni aj všetku zdravotnú a lekárenskú starostlivosť, poskytovanú na urgentnom príjme 2. typu bez ohľadu na spôsob jej úhrady.
- 5.10. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že základom pre výpočet ceny za poskytovanie zdravotnej starostlivosti za výkony Urgentnej starostlivosti, okrem zdravotných výkonov poskytovaných na expektačnom lôžku podľa Opatrenia, je súčin bodového ohodnotenia zdravotného výkonu a ceny za bod uvedený v Prílohe č. 6 Zmluvy.

VI. VÝŠKA ÚHRADY ZA ŠPECIALIZOVANÚ AMBULANTNÚ ZDRAVOTNÚ STAROSTLIVOSŤ (ŠAS) A ZDRAVOTNÚ STAROSTLIVOSŤ POSKYTOVANÚ V ZARIADENIACH SPOLOČNÝCH VYŠETROVACÍCH A LIEČEBNÝCH ZLOŽIEK (SVLZ)

- 6.1. Poistovňa a Poskytovateľ sa v súlade so zákonom č. 18/1996 Z.z. o cenách v znení neskorších predpisov dohodli, že Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti úhradu podľa pravidiel uvedených v článku III., V., VI. a VII. Zmluvy. Poskytovateľ berie na vedomie, že Zdravotná poisťovňa bude pri úhrade zdravotnej starostlivosti postupovať v súlade s ustanovením § 9 ods. 2 zákona č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (v znení zákona č. 718/2004 Z.z.). Zdravotná poisťovňa v spolupráci s Poskytovateľom a dodávateľom informačného systému Poskytovateľa za týmto účelom vyvinie maximálne úsilie vedúce k tomu, aby bola informácia o tom, či je poistenec uvedený v zozname dlžníkov sprístupnená priamo v informačnom systéme Poskytovateľa. Týmto však nie je dotknutá povinnosť Poskytovateľa uvedená v bode 4.1. VZP.
- 6.2. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za všetky zdravotné výkony, ktoré počas zúčtovacieho obdobia vykonal pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti Poistencom, úhradu za zdravotnú starostlivosť podľa tohto článku. Právo Poistovne vykonať kontrolu poskytovania zdravotnej starostlivosti a neuhradiť úhradu za zdravotné výkony, ktoré neboli vykázané správne, pravdivo a úplne, tým nie je dotknuté.
- 6.3. Úhrada za zdravotnú starostlivosť sa vypočíta ako násobok príslušnej jednotkovej ceny bodu uvedenej v prílohe č. 6 Zmluvy a vypočítanej podľa článku VII. 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“).
- 6.4. Pokiaľ hodnota zdravotných výkonov vyjadrená ich bodovou hodnotou, ktoré vykonal Poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti Poistencom počas šiestich zúčtovacích období v období kalendárneho polroka, dosiahne hodnotu uvedenú v Cenníku výkonov (ďalej len „Základný rozsah“), Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za tie zdravotné výkony, ktoré vykonal počas týchto zúčtovacích období po dosiahnutí Základného rozsahu, úhradu vypočítanú spôsobom podľa bodu 6.3. Zmluvy, avšak príslušná jednotková cena bodu sa vynásobí koeficientom Efektívnosti Poskytovateľa vypočítaným podľa článku VII. Zmluvy; pokiaľ by súčin príslušnej jednotkovej ceny bodu a koeficientu Efektívnosti Poskytovateľa 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 poistencom Poistovne, sa koeficient Efektívnosti Poskytovateľa rovná číslu „1“; v Cenníku výkonov môže byť uvedené, pri ktorých ďalších zdravotných výkonoch sa hodnotiaci koeficient rovná číslu „1“. Ustanovenie tohto bodu Zmluvy platí len v prípade, ak sa podľa bodu 7.11. Zmluvy u Poskytovateľa uplatňuje Základný rozsah. Poistovňa si vyhradzuje právo uplatniť Základný rozsah pre vybrané špecializačné odbornosti odo dňa účinnosti Zmluvy. Zoznam špecializačných odborností, pre ktoré sa uplatňuje Základný rozsah je uvedený v Cenníku výkonov.
- 6.5. Pokiaľ Poskytovateľ 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“. Ak Poskytovateľ podal Poistencovi len časť

balenia lieku, cena lieku podľa predchádzajúcej vety sa určí ako súčin ceny celého balenia lieku a podielu podaných kusov lieku a celkového počtu kusov lieku v balení.

6.6. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že Poskytovateľ poskytne Poistencom:

- a. špecializovanú ambulatnú starostlivosť spočívajúcu vo vykonávaní výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek a vo vynaložení nákladov na lieky označené v Zozname liekov v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ alebo „AS“, ak boli tieto náklady vynaložené v súvislosti s výkonmi podľa tohto písmena,

maximálne do finančných objemov uvedených v Cenníku výkonov (ďalej len „Finančný objem“), pokiaľ z pravidiel uvedených v bodoch 6.7. až 6.9. Zmluvy nevyplýva vyššia hodnota Finančného objemu. Finančný objem je dohodnutý na kalendárny mesiac. Do Finančného objemu sa nezahŕňa zdravotná starostlivosť poskytnutá iným osobám, ako sú poistenci Poistovne, a zdravotné výkony a iné náklady uvedené v Cenníku výkonov.

- 6.7. Pokiaľ Poskytovateľ poskytol Poistencom počas kalendárneho mesiaca zdravotnú starostlivosť v rozsahu nižšom ako Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac, potom platí, že Finančný objem na bezprostredne nasledujúci kalendárny mesiac sa zvyšuje o nedočerpaný Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac (t.j. zvyšuje sa o rozdiel medzi Finančným objemom na aktuálny kalendárny mesiac a hodnotou zdravotnej starostlivosti poskytnutej Poistencom v aktuálnom kalendárnom mesiaci).
- 6.8. Pokiaľ Poskytovateľ poskytol Poistencom počas kalendárneho mesiaca zdravotnú starostlivosť v rozsahu vyššom ako Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac, rozdiel medzi výškou úhrady za zdravotnú starostlivosť a Finančným objemom na aktuálny kalendárny mesiac (ďalej len „Prečerpanie objemu“) Poistovňa uhradí Poskytovateľovi v nasledujúcich kalendárnych mesiacoch, v ktorých Poskytovateľ Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 6.7. Zmluvy) nedočerpá.
- 6.9. Poskytovateľ berie na vedomie, že Poistovňa pri úhrade Prečerpania objemu postupuje tak, aby celková výška úhrady za zdravotnú starostlivosť v kalendárnom mesiaci nepresiahla Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 6.7. Zmluvy). Poskytovateľ ďalej berie na vedomie, že zvýšenie Finančného objemu o nedočerpaný Finančný objem podľa bodu 6.7. Zmluvy a úhrada Prečerpania objemu podľa bodu 6.8. Zmluvy sú možné len v rámci jedného kalendárneho roka, a to toho kalendárneho roka, v ktorom Poskytovateľ Finančný objem nedočerpá alebo prečerpá.
- 6.10. Zmluvné strany sa dohodli, že pod agregovanými výkonmi sa podľa tejto Zmluvy rozumie skupina viacerých výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek v špecializačných odboroch lekárska genetika, klinická mikrobiológia, patologická anatómia a klinická imunológia a alergiológiu vykazovaných pod spoločným kódom (ďalej len „agregované výkony“), ktoré sú uvedené v prílohe tejto Zmluvy, pričom Poskytovateľovi sa uhrádza cena za agregované výkony ako celok. Indikovanie agregovaných výkonov môže byť obmedzené na konkrétne špecializačné odbornosti a choroby tak, ako je zverejnené na webovom sídle Poistovne v sekcii „Lekár- časť zúčtovanie – Pravidlá vykazovania a indikovania agregovaných výkonov v genetike“. Pri vyznačených agregovaných výkonoch je poskytovateľ povinný priložiť k základnej dávke vykazanej zdravotnej starostlivosti aj žiadamku a prípadné iné podklady (najmä závery klinických, biochemických a iných vyšetrení) od indikujúceho lekára ktorý vyšetrenie indikoval. V prípadoch genetických vyšetrení zriedkavých chorôb sú k jednotlivým kódom výkonov priradené choroby, ktorých vyšetrenie sa vykonáva pod týmito kódmi. Každé prípadné rozšírenie škály chorôb a ich priradenie k jednotlivým kódom výkonov schvaľuje Poistovňa na návrh Poskytovateľa vopred.
- 6.11. Zmluvné strany sa dohodli, že pri rokovaní o úhrade výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek nad rámec dohodnutého Finančného objemu alebo o úprave výšky Finančného objemu v tej časti, v ktorej je prekročené Finančné objemu spôsobené vyššími nákladmi na prepočítaného poistenca v porovnaní s priemerom danej odbornosti vypočítanými pre účely parametra Náklady na pacienta, bude zohľadnené plnenie tohto parametra.
- 6.12. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi úhradu za poskytnutú zdravotnú starostlivosť, ktorá spočíva v odbere a odoslaní biologického materiálu na vyšetrenie
- 6.13. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi v súlade s ustanovením §86zc Zákona č. 581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov a podľa cenníka výkonov (i) úhradu za za 1 km jazdy, v prípade odboru biologického materiálu formou výjazdovej služby osobe, ktorá je indikovaná ošetrovateľom a ktorej následne Národné centrum zdravotníckych informácií vydalo jednoznačný identifikátor potvrdzujúci indikáciu zo zdravotných dôvodov, pričom výjazdovou službou sa rozumie výjazd za poistencom Poistovne, ktorý nie je schopný zo závažných zdravotných dôvodov využiť všetky dostupné prostriedky na transport k prevádzkovateľovi mobilného odberového miesta; (ii) úhradu za odber biologického materiálu, ak odberový set dodá regionálny úrad verejného zdravotníctva; (iii) úhradu za vyhodnotenie rýchleho diagnostického kazetového imunochromatografického testu.

- 6.14. Poskytovateľ je oprávnený odobrať vzorku Poistencovi a odoslať ju na laboratórne alebo diagnostické vyšetrenie, ktoré je uvedené v Pravidlách vykazovania a indikovania agregovaných výkonov v genetike (ďalej len „Pravidlá“) s príznakom „predchádzajúci súhlas“, až po tom čo mu Poistovňa udelí predchádzajúci písomný súhlas s jeho úhradou. Poskytovateľ pred odobratím vzorky vystaví žiadanku o vykonanie laboratórnych a diagnostických vyšetrení a odošle ju Poistovni. Súčasťou riadne vyplnenej žiadanky o vykonanie laboratórneho alebo diagnostického vyšetrenia sú predchádzajúce lekárske vyšetrenia (najmä závery klinických, biochemických a iných vyšetrení) určené v Pravidlách, prípadne ďalšie výsledky preukazujúce dodržanie správneho a efektívneho poskytovania zdravotnej starostlivosti a potrebu vyšetrenia v súlade so štandardnými postupmi na výkon prevencie, štandardnými diagnostickými postupmi a štandardnými terapeutickými postupmi pri zohľadnení individuálneho stavu Poistenca.
- 6.15. Poskytovateľ je oprávnený odoslať vzorku Poistenca zmluvnému poskytovateľovi prevádzkujúcemu zariadenie spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek na laboratórne a/alebo diagnostické vyšetrenie, ktoré je uvedené v Pravidlách, len s riadne vyplnenou žiadankou o vykonanie laboratórneho alebo diagnostického vyšetrenia, v ktorej budú uvedené konkrétne závery klinických, biochemických a iných vyšetrení výslovne určených Poistovňou v Pravidlách pre dané na laboratórne alebo diagnostické vyšetrenie.
- 6.16. V prípade, že je súčasťou Pravidiel laboratórne alebo diagnostické vyšetrenie uvedené bez príznaku podľa bodu 6.14. alebo bodu 6.15. tohto článku Zmluvy, Poskytovateľ zašle riadne vyplnenú žiadanku zmluvnému poskytovateľovi prevádzkujúcemu zariadenie spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek.
- 6.17. Zmluvné strany sa dohodli, že v prípade, ak Poskytovateľ chce požiadať o laboratórne a/alebo diagnostické vyšetrenie na zriedkavé genetické ochorenie, ktoré nie je uvedené v Pravidlách, je povinný postupovať podľa bodu 6.14. tohto článku.
- 6.18. Ak Poskytovateľ disponuje softvérovým vybavením, ktoré mu umožňuje zaslať žiadanku o vykonanie laboratórnych alebo diagnostických vyšetrení v elektronickej forme, zaväzuje sa Poskytovateľ zaslať ju Poistovni týmto spôsobom. Poistovňa udelí súhlas Poskytovateľovi s vyšetrením vzorky na laboratórne alebo diagnostické vyšetrenie, ak je pri ňom splnené kritérium účelnosti, efektívnosti a hospodárnosti vynakladania finančných prostriedkov z verejného zdravotného poistenia, a to do dvoch pracovných dní odo dňa doručenia riadne vyplnenej žiadanky so všetkými potrebnými prílohami. Poskytovateľ po udelení súhlasu zabezpečí vykonanie laboratórneho alebo diagnostického vyšetrenia poskytovateľovi prevádzkujúceho zariadenie spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, s ktorým má Poistovňa uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.
- 6.19. V prípade, že Poskytovateľ odošle vzorku na vykonanie laboratórneho alebo diagnostického vyšetrenia bez potrebného predchádzajúceho písomného súhlasu Poistovne alebo pri určených vyšetreniach nezašle zmluvnému poskytovateľovi prevádzkujúcemu zariadenie spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek riadne vyplnenú žiadanku so závermi klinických, biochemických a iných vyšetrení určenými Poistovňou, tento postup Poskytovateľa sa považuje za podstatné porušenie podľa bodu 8.5. Všeobecných zmluvných podmienok pre zdravotnú starostlivosť.

VII. HODNOTIACI KOEFICIENT

- 7.1. V prípade, ak je pre niektoré výkony stanovená v Cenníku výkonov základná a zvýhodnená cena bodu, je výsledná cena bodu závislá od plnenia parametrov Kvality, Efektívnosti a Inovácií a vypočíta sa spôsobom podľa tohto článku Zmluvy.
- 7.2. Poistovňa z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v tabuľkách označených ako „Parametre Kvality a Inovácií“ a „Parametre Efektívnosti“, ktoré sú súčasťou Cenníka výkonov.
- 7.3. Poistovňa použije pre zistenie a výpočet hodnoty každého parametra uvedeného v tabuľke „Parametre Kvality, Efektívnosti a Inovácií“ údaje za dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky, z ktorých posledný kalendárny štvrťrok bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva výpočet (ďalej len „Sledované obdobie“).
- 7.4. Poistovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov Kvality a Inovácií, ktorý je uvedený v tabuľke podľa bodu 7.3. Zmluvy tak, že zistí či Poskytovateľ v Sledovanom období dosiahol príslušnú hranicu stanovenú pre splnenie daného parametra.
- 7.5. Poistovňa vypočíta výsledné plnenie parametrov a určí Koefficient Kvality a Inovácií Poskytovateľa (ďalej aj „KKI“) podľa vzorca:
- $$KKI = h_1 \times v_1 + h_2 \times v_2 + h_3 \times v_3 + h_4 \times v_4 + h_5 \times v_5 + h_6 \times v_6,$$
- kde h_1 až h_6 sú hodnoty parametra zistené z tabuľky podľa bodu 7.3. Zmluvy,

a v_1 až v_6 sú váhy príslušného parametra zistené z tabuľky podľa bodu 7.3. Zmluvy,
 $KKI^* = h_1 \times v_1 + h_2 \times v_2 + h_3 \times v_3 + h_4 \times v_4 + h_5 \times v_5 + h_6 \times v_6 + h_7 \times v_7$
kde h_1 až h_7 sú hodnoty parametra zistené z tabuľky podľa bodu 7.3. Zmluvy,
a v_1 až v_7 sú váhy príslušného parametra zistené z tabuľky podľa bodu 7.3. Zmluvy.
**platí pre odbornosť 050 Diabetológia*

- 7.6. Poistovňa z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v tabuľke označenej ako „Parametre Efektívnosti“, ktorá je súčasťou Cenníka výkonov.
- 7.7. Poistovňa použije pre zistenie a výpočet hodnoty každého parametra uvedeného v tabuľke podľa bodu 7.6. Zmluvy údaje vždy pre príslušný špecializačný odbor podľa prílohy č. 1, a to za dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky, z ktorých posledný kalendárny štvrťrok bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva výpočet.
- 7.8. Poistovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov uvedený v tabuľke podľa bodu 7.6. Zmluvy týmto spôsobom:
- Poistovňa zistí každý z parametrov za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí poskytujú ambulantnú zdravotnú starostlivosť alebo výkony v zariadeniach SVLZ v rovnakom špecializačnom odbore ako Poskytovateľ;
 - Poistovňa zoradí hodnoty parametrov zistené za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti vzostupne;
 - Poistovňa neprihliada na hodnoty parametrov tých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí v poradí podľa písm. b. dosiahli 20 % najnižších hodnôt a 20 % najvyšších hodnôt;
 - Poistovňa z hodnôt parametrov zistených u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti s výnimkou tých, na ktorých hodnoty parametrov neprihliada podľa písm. c., vypočíta strednú hodnotu (priemer) a hodnotu štandardnej odchýlky.
- 7.9. Poistovňa vypočíta Koefficient Efektívnosti Poskytovateľa (ďalej aj „KE“) podľa vzorca:
- $$KE = h_1 \times v_1 + h_2 \times v_2,$$
- kde h_1 až h_2 je hodnota príslušného parametra zistená z tabuľky podľa bodu 7.6. 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 7.8. 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_2 je váha príslušného parametra zistená z tabuľky podľa bodu 7.6. Zmluvy.
- 7.10. Výška ceny bodu sa vypočíta podľa nasledujúceho vzorca
- $$CB = (ZvCB - ZCB) * (KKI + KE) + ZCB, \text{ kde}$$
- CB je výsledná cena bodu
ZCB je základná cena bodu
ZvCB je zvýhodnená cena bodu
- 7.11. Výsledná cena sa zaokrúhli matematicky na šesť desatinných miest. Takto zistená výsledná cena bodu patrí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti počas kalendárneho polroka nasledujúcom po výpočte podľa tohto článku Zmluvy. Poistovňa je povinná vypočítať a oznámiť Poskytovateľovi výslednú cenu bodu vždy najneskôr pred začiatkom toho kalendárneho polroka, za ktorý bude Poskytovateľovi bude výsledná cena výkonov patriť. V prípade, ak priemerný počet vykázaných bodov na jedného ošetrovaného Poistenca v príslušnom špecializačnom odbore počas sledovaného obdobia vzrastie o viac ako 10% v porovnaní s predchádzajúcim sledovaným obdobím, uplatní sa u Poskytovateľa špecializovanej ambulantnej starostlivosti Základný rozsah podľa bodu 6.4. Zmluvy. Takto určený Základný rozsah patrí Poskytovateľovi za poskytovanie špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti počas kalendárneho polroka nasledujúcom po výpočte podľa tohto článku Zmluvy.
- 7.12. Do skončenia toho kalendárneho polroka, v ktorom Zmluva nadobudla účinnosť v prvý deň kalendárneho polroka, sa ako Koefficient Kvality a Inovácií a Koefficient Efektívnosti (KKI+KE) pre jednotlivé špecializačné odbory podľa Prílohy č. 1 uplatnia údaje platné k 31.03.2021 v zmysle Zmluvy č. 71NVSC000114.
- 7.13. Zmluvné strany sa dohodli, že v prechodnom období **do 30.06.2021** sa pre jednotlivé odbornosti pracovísk SVLZ uvedené v Prílohe č. 1 bude uplatňovať hodnota ceny bodu pre príslušný špecializačný odbor uvedená v Cenníku.

VIII. ÚHRADA ZA ÚSTAVNÚ STAROSTLIVOSŤ NA DRG NERELEVANTNÝCH ODDELENIACH

- 8.1. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za Hospitalizáciu Poistenca na oddelení Poskytovateľa, ktoré je podľa metodického usmernenia Centra pre klasifikačný systém DRG (ďalej len „Centrum“) platného v čase prijatia Poistenca na Hospitalizáciu oddelením s DRG nerelevantnou odbornosťou (ďalej len „DRG nerelevantné oddelenie“) 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 č.7 Zmluvy (ďalej len „Cenník hospitalizácií“), a to v závislosti od toho, na akom oddelení Poskytovateľa sa poskytovala tejto osobe ústavná starostlivosť.
- 8.2. 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.
- 8.3. V prípade Hospitalizácie Poistenca na jednotke intenzívnej starostlivosti psychiatrickej, pokiaľ tejto zdravotnej starostlivosti predchádza Hospitalizácia na inom DRG nerelevantnom oddelení Poskytovateľa alebo po Hospitalizácii na jednotke intenzívnej starostlivosti psychiatrickej pokračuje Hospitalizácia na inom DRG nerelevantnom oddelení Poskytovateľa, patrí Poskytovateľovi úhrada za Hospitalizáciu na tomto inom DRG nerelevantnom oddelení Poskytovateľa uvedená v Cenníku hospitalizácií. Pokiaľ Hospitalizácii na jednotke intenzívnej starostlivosti psychiatrickej nepredchádzala Hospitalizácia na inom DRG nerelevantnom oddelení Poskytovateľa a po Hospitalizácii na jednotke intenzívnej starostlivosti psychiatrickej nepokračovala Hospitalizácia na inom DRG nerelevantnom oddelení Poskytovateľa, patrí Poskytovateľovi úhrada vo výške uvedenej v Cenníku hospitalizácií pre príslušnú jednotku intenzívnej starostlivosti psychiatrickú.
- 8.4. Hospitalizačný paušál zahŕňa úhradu za akúkoľvek zdravotnú starostlivosť, ktorú Poskytovateľ poskytol tejto osobe počas Hospitalizácie na DRG nerelevantnom oddelení, a všetky náklady, ktoré Poskytovateľ vynaložil pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti tejto osobe počas Hospitalizácie. Hospitalizačný paušál nezahŕňa náklady uvedené v bode 8.7. Zmluvy.
- 8.5. Opakovaná Hospitalizácia Poistenca na rovnakom DRG nerelevantnom oddelení u Poskytovateľa počas jedného súvislého poskytovania ústavnej starostlivosti tejto osobe sa považuje za jednu Hospitalizáciu na príslušnom DRG nerelevantnom oddelení a Poskytovateľovi patrí len jeden Hospitalizačný paušál za Hospitalizáciu na príslušnom DRG nerelevantnom oddelení.
- 8.6. Za Hospitalizáciu na DRG nerelevantnom oddelení, 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.
- 8.7. Hospitalizačný paušál nezahŕňa náklady na:
 - a. výkony poskytnuté pracoviskom spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek;
 - b. materiál uvedený v Zozname kategorizovaných materiálov zverejnenom na webovom sídle Poistovne a materiál uvedený v Prílohe č. 5 tejto Zmluvy;
 - c. zdravotné výkony, lieky a zdravotnícke pomôcky, pokiaľ to vyplýva z rozhodnutia Ministerstva zdravotníctva SR o regulácii cien výrobkov, služieb a výkonov v oblasti zdravotníctva;
 - d. materské mlieko a transfúzne lieky poskytnuté v súvislosti s Hospitalizáciou na DRG nerelevantnom oddelení;
 - e. tkanivá a bunky na účely transplantácie použité v súvislosti s Hospitalizáciou na DRG nerelevantnom oddelení.
- 8.8. Lôžkodenň zahŕňa úhradu za akúkoľvek zdravotnú starostlivosť, ktorú Poskytovateľ poskytol tejto osobe počas jedného dňa Hospitalizácie na DRG nerelevantnom oddelení, a všetky náklady, ktoré Poskytovateľ vynaložil pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti tejto osobe počas jedného dňa Hospitalizácie na DRG nerelevantnom oddelení.
- 8.9. Deň začatia Hospitalizácie a deň ukončenia Hospitalizácie na DRG nerelevantnom oddelení sa na účel výpočtu úhrady za Hospitalizáciu považujú za jeden deň Hospitalizácie na DRG nerelevantnom oddelení.
- 8.10. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že Poistovňa Poskytovateľovi uhradí ústavnú zdravotnú starostlivosť poskytnutú poistencom Poistovne na DRG nerelevantných oddeleniach maximálne do

finančných objemov uvedených v Cenníku hospitalizácie (ďalej len „Finančný objem“), pokiaľ z pravidiel uvedených v bodoch 8.11. až 8.13. 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.

- 8.11. Pokiaľ Poskytovateľ poskytol Poistencom počas kalendárneho mesiaca ústavnú zdravotnú starostlivosť na DRG nerelevantných oddeleniach v rozsahu nižšom ako Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac, potom platí, že Finančný objem na bezprostredne nasledujúci kalendárny mesiac sa zvyšuje o nedočerpaný Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac (t.j. zvyšuje sa o rozdiel medzi Finančným objemom na aktuálny kalendárny mesiac a hodnotou zdravotnej starostlivosti poskytnutej Poistencom v aktuálnom kalendárnom mesiaci).
- 8.12. Pokiaľ Poskytovateľ poskytol Poistencom počas kalendárneho mesiaca ústavnú zdravotnú starostlivosť na DRG nerelevantných oddeleniach 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. 11. Zmluvy) nedočerpá.
- 8.13. Poskytovateľ berie na vedomie, že Poisťovňa pri úhrade Prečerpania objemu postupuje tak, aby celková výška úhrady za zdravotnú starostlivosť podľa bodu 8.10. Zmluvy v kalendárnom mesiaci nepresiahla Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 8.11. Zmluvy). Poskytovateľ ďalej berie na vedomie, že zvýšenie Finančného objemu o nedočerpaný Finančný objem podľa bodu 8.11. Zmluvy a úhrada Prečerpania objemu podľa bodu 8.12. 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.
- 8.14. Za poskytnutie zdravotnej starostlivosti Poistencovi na DRG nerelevantnom oddelení, 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 VI. Zmluvy.

IX. ÚHRADA ZA ÚSTAVNÚ STAROSTLIVOSŤ NA DRG RELEVANTNÝCH ODDELENIACH

- 9.1. Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli na úhrade za ústavnú starostlivosť poskytnutú Poskytovateľom Poistencom na DRG relevantných oddeleniach formou úhrady podľa klasifikačného systému diagnosticko-terapeutických skupín (ďalej len „úhrada za Hospitalizačný prípad“) v súlade s pravidlami dohodnutými v tomto článku Zmluvy.
- 9.2. Na účely Zmluvy:
 - a. Hospitalizačný prípad je zdravotná starostlivosť poskytnutá Poistencovi počas Hospitalizácie u Poskytovateľa na DRG relevantných oddeleniach od dátumu jeho prijatia do zdravotníckeho zariadenia až do dátumu prepustenia zo zdravotníckeho zariadenia. Ak Poskytovateľ prevádzkuje viacero zdravotníckych zariadení ústavnej starostlivosti, považuje sa Hospitalizačný prípad za ukončený prepustením Pacienta zo zdravotníckeho zariadenia;
 - b. DRG relevantné oddelenie je oddelenie Poskytovateľa, ktoré je podľa metodického usmernenia Centra pre klasifikačný systém DRG platného v čase prijatia Pacienta na Hospitalizáciu oddelením s DRG relevantnou odbornosťou;
 - c. Pravidlá kódovania sú pravidlá kódovania chorôb a pravidlá kódovania zdravotných výkonov poskytovateľmi ústavnej zdravotnej starostlivosti, určenými vo výnose Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky zo 17. decembra 2015 č. 09467/2015, ktorým sa ustanovujú pravidlá kódovania chorôb a pravidlá kódovania zdravotných výkonov, ktoré sa Poskytovateľ zaväzuje dodržiavať;
 - d. Definičná príručka je dokument, ktorý zverejňuje Centrum na svojej webovej stránke, a ktorý obsahuje detailný popis klasifikačného systému diagnosticko-terapeutických skupín (ďalej len „klasifikačný systém“) s uvedením grafického znázornenia všetkých zaraďovacích algoritmov, ako aj k nim prislúchajúcim logických výrazov a tabuliek;
 - e. Katalóg prípadových paušálov je dokument, ktorý zverejňuje Centrum na svojej webovej stránke, a ktorý obsahuje zoznam jednotlivých diagnosticko-terapeutických skupín (ďalej len „DRG skupiny“), relatívne váhy a ďalšie údaje relevantné pre zúčtovanie podľa klasifikačného systému, napr. ošetrovacía doba a jej hraničné hodnoty pre jednotlivé DRG skupiny, zníženie a zvýšenie relatívnej váhy a prípadne ďalšie pripočítateľné položky;

- f. Základná sadzba je suma v absolútnej hodnote, ktorá je uhrádzaná podľa klasifikačného systému za jednotlivý hospitalizačný prípad s relatívnou váhou **1,0** pričom jej výška je určená pre príslušný kalendárny rok Centrom a zverejnená na jeho webovom sídle.
- g. Relatívna váha je hodnota, určená pri príslušnej DRG skupine v Katalógu prípadových paušálov a predstavuje empiricky určenú hodnotu, ktorá popisuje relatívnym vyjadrením priemerné náklady na prípad príslušnej DRG skupiny. Relatívne váhy sa stanovujú na základe údajov o nákladoch k jednotlivým Hospitalizačným prípadom poskytovateľov ústavnej starostlivosti. Relatívne váhy pre DRG skupiny, ktorých relatívna váha nie je určená v Katalógu prípadových paušálov sú uvedené v Prílohe č.8 tejto Zmluvy. Ak pre niektorú DRG skupinu nie je určená relatívna váha ani v Katalógu prípadových paušálov, ani v prílohe Zmluvy, zmluvné strany sa dohodnú na jej hodnote v priebehu trvania Zmluvy, ak vznikne takáto potreba;
- h. Pripočítateľná položka je pripočítateľná položka podľa platného Katalógu prípadových paušálov;
- i. Efektívna relatívna váha je hodnota, určená pri príslušnej DRG skupine v Katalógu prípadových paušálov, ktorá sa vypočíta z relatívnej váhy pri zohľadnení jej zvýšenia alebo zníženia pre Hospitalizácie mimo definovaný interval ošetrovacej doby;
- j. Grouper je softvérový nástroj (počítačový program), ktorý zabezpečuje zaradenie Hospitalizačného prípadu do konkrétnej DRG skupiny spôsobom popísaným v Definičnej príručke. Zmluvné strany sa dohodli, že na určenie efektívnej relatívnej váhy a zaraďovanie Hospitalizačných prípadov poskytnutých na základe tejto Zmluvy do príslušných DRG skupín sa použije Grouper zdravotnej poisťovne.

9.3. Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi úhradu za Hospitalizačný prípad vypočítanú podľa pravidiel určených:

- a. v Pravidlách kódovania;
- b. v Zozname zdravotných výkonov pre klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín;
- c. v Definičnej príručke, zverejnenej na webovom sídle Centra <https://www.cksdrg.sk>
- d. v Katalógu prípadových paušálov, zverejnenom na webovom sídle Centra <https://www.cksdrg.sk> ;
- e. v dokumente Hospitalizačný prípad a parametre definujúce prípadový paušál v systéme úhrad podľa SK-DRG, zverejnenom na webovom sídle Centra <https://www.cksdrg.sk> (ďalej len „DRG relevantné dokumenty“).

DRG relevantné dokumenty sa použijú pre určenie výšky úhrady za Hospitalizačné prípady v znení platnom k prvému dňu príslušného kalendárneho roka v nezmenenom znení počas celého kalendárneho roka.

Pre vylúčenie pochybností o obsahu DRG relevantných dokumentov, ktoré sa použijú pre určenie výšky úhrady za Hospitalizačné prípady, Poisťovňa zverejní DRG relevantné dokumenty na svojom webovej sídle vždy najneskôr v prvý deň príslušného kalendárneho roka.

V prípade zmeny legislatívy, ktorá by mala za následok nutnosť zmeny DRG relevantných dokumentov v priebehu kalendárneho roka sa zmluvné strany dohodnú na tom, aký vplyv má takáto zmena legislatívy na úpravu podmienok úhrady za Hospitalizačný prípad podľa tejto Zmluvy. V prípade zmeny DRG relevantných dokumentov počas trvania Hospitalizačného prípadu sa na úhradu za Hospitalizačný prípad použijú vždy dokumenty platné v čase začiatku Hospitalizačného prípadu.

9.4. Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že Poisťovňa sa zaväzuje uhradiť Poskytovateľovi za ústavnú zdravotnú starostlivosť poskytnutú poistencom Poisťovne na DRG relevantných oddeleniach celkovú úhradu za Hospitalizačné prípady (CelkUHR) podľa nasledovného vzorca:

$$\text{CelkUHR}_{x-n; \text{hod}} = \text{Koef} * (\text{UHR}_{x-n; \text{ref}} + \text{EMZS}_{x-n; \text{ref}}) - \text{EMZS}_{x-n; \text{hod}} - \text{CNP}_{x-n; \text{hod}}$$

kde

UHR_{x-n;ref} je celková výška úhrady za Hospitalizácie na DRG relevantných oddeleniach Poskytovateľa ukončené v referenčnom období, prepočítaná spôsobom výpočtu úhrady podľa klasifikačného systému. Konkrétna výška **UHR_{x-n;ref}** je určená v Prílohe č.9 Zmluvy, pričom zmluvné strany sa môžu dohodnúť na úprave jej hodnoty pre príslušné referenčné obdobie. Závazná pre zmluvné strany je vždy hodnota **UHR_{x-n;ref}** uvedená v Prílohe č. 9 Zmluvy;

EMZS_{x-n;ref} je celková výška úhrady za zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktorú Poisťovňa uhradila iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v referenčnom období, ktorá by však pri použití výpočtu úhrady za Hospitalizačný prípad bola podľa bodu 9.7. až 9.10. zahrnutá v úhrade za Hospitalizačné prípady

ukončené v referenčnom období. Konkrétna výška EMZS_{x-n;ref} v referenčnom období je určená v Prílohe č.9, písmeno c) Zmluvy;

EMZS_{x-n;hod} je celková výška úhrady za zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktorú Poistovňa uhradila iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a/alebo služieb v hodnotenom období, ktoré sú však podľa bodu 9.7. až 9.10. Zmluvy zahrnuté v úhrade za Hospitalizačné prípady ukončené v hodnotenom období;

CNP_{x-n;hod} je celková výška nákladov na centrálne nakupované produkty (najmä lieky a zdravotnícke pomôcky), ktoré Poistovňa centrálne nakúpila a ktoré Poskytovateľ poskytol Poistencom v rámci Hospitalizačných prípadov ukončených v hodnotenom období.

Referenčným obdobím je obdobie príslušných kalendárnych mesiacov x-n v kalendárnom roku, ktorý predchádza Hodnotenému obdobiu, okrem kalendárneho štvrtroka, ktorý bezprostredne predchádza kalendárnemu štvrtroku, v ktorom nadobudla účinnosť Zmluva, kde je referenčným obdobím obdobie, ktoré dva roky predchádza Hodnotenému obdobiu; pričom x a n sa použije rovnako ako v Hodnotenom období, za ktoré sa vypočítava CelkUHR;

Hodnoteným obdobím je obdobie príslušných kalendárnych mesiacov x-n v kalendárnom roku trvania Zmluvy, za ktoré sa vypočítava CelkUHR, kde ako x sa použije v prvom kalendárnom roku trvania Zmluvy označenie kalendárneho mesiaca, v ktorom nadobudla účinnosť Zmluva a v nasledujúcich kalendárnych rokoch trvania Zmluvy sa x=1 a ako n sa použije označenie posledného mesiaca príslušného kalendárneho štvrtroka trvania Zmluvy, za ktorý sa vypočítava CelkUHR podľa bodu 9.5. písm.b) Zmluvy.

- a. Koef je koeficient zohľadňujúci zmenu casemixu a počtu Hospitalizačných prípadov medzi referenčným a hodnoteným obdobím. Koeficient má v prvom kalendárnom roku trvania Zmluvy minimálnu hodnotu 0,98 a maximálnu hodnotu 1,02 a vypočíta sa spôsobom podľa Prílohy č.9 Zmluvy. Zmluvné strany sa najneskôr do konca kalendárneho roka dohodnú na výške minimálnej a maximálnej hodnoty koeficientu pre nasledujúci kalendárny rok. Ak sa zmluvné strany nedohodnú na minimálnej a maximálnej hodnote koeficientu pre nasledujúci kalendárny rok, použije sa v nasledujúcom kalendárnom roku rovnaká minimálna a maximálna hodnota koeficientu ako v predchádzajúcom kalendárnom roku.
- b. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli na určení konkrétnej hodnoty parametrov UHR_{x-n;ref}, EMZS_{x-n;ref}, CM_{x-n;ref} a PHP_{x-n;ref}, ktoré sú uvedené v tabuľke v Prílohe č.9, písmeno c) Zmluvy. Zmluvné strany sa pre vylúčenie pochybností dohodli, že číselné vyjadrenie parametra uvedené v tabuľke podľa Prílohy č.9 písmeno c) Zmluvy má vždy prednosť pred jeho slovným vyjadrením podľa písm. a. a b. tohto bodu Zmluvy.
- c. Zmluvné strany sa najneskôr do konca prvého kalendárneho štvrtroka dohodnú na konkrétnej hodnote parametrov UHR_{x-n;ref}, EMZS_{x-n;ref}, CM_{x-n;ref} a PHP_{x-n;ref}, ktoré sa použijú pri výpočte CelkUHR minimálne pre nasledujúci kvartál kalendárneho roka. Ak sa zmluvné strany nedohodnú na hodnote parametrov podľa tohto bodu Zmluvy pre nasledujúci kvartál kalendárneho roka, použije sa v nasledovnom kvartáli kalendárneho roka (a v každom ďalšom kvartáli kalendárneho roka, pre ktorý sa zmluvné strany nedohodnú na hodnote parametrov) hodnota parametrov určená v tabuľke v Prílohe č. 9, písmeno d) Zmluvy.
- d. Poistovňa sa zaväzuje uhradiť Poskytovateľovi mimoriadne finančne náročnú liečbu (ďalej len „MFNZS“) mimo CelkUHR. Za MFNZS považuje Poistovňa podanie lieku ako jedinej terapeutickú alternatívy, ktorá bola použitá v súlade so súhrnom charakteristických vlastností lieku (SPC) a súčasne s indikačnými a preskripčnými obmedzeniami podľa aktuálneho Zoznamu kategorizovaných liekov a liek má úradne určenú cenu. Poskytovateľ môže požiadať o úhradu MFNZS, ak náklady na podanie jedného lieku alebo skupiny liekov prevýšia sumu vypočítanú ako násobok dvojnásobku efektívnej relatívnej váhy konkrétneho hospitalizačného prípadu, v rámci ktorého bol liek podaný a základnej sadzby poskytovateľa platnej pre daný kalendárny rok. Poskytnutie MFNZS vykazuje oddelenie, ktoré liečbu indikovalo. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi MFNZS na základe žiadosti o úhradu, ktorú si môže uplatniť Poskytovateľ až po ukončení hospitalizácie. Za MFNZS Poistovňa považuje aj nasledovný kategorizovaný a nekategorizovaný ŠZM:

X04193	Implantát "rastúci" na výstuž a distrakciu chrčtice u detí MAGEC; maximálna cena 22. 220,- Eur
130157	Protéza rastúca MUTARS X-Pand
X01393	Individuálny externý modulárny fixátor; maximálna cena 13 300,- Eur

Xo4964	Implantát ušný Bonebrigde BCI 602 s rečovým procesorom Samba; maximálna cena 11 141,- Eur
--------	---

- MFNZS sa týka aj SZM použitého pri zaradení HP do DRG skupiny D01A - Bilaterálna implantácia kochley

Postup pri podaní žiadosti poskytovateľom a úhrade špeciálneho zdravotníckeho materiálu s kódom č. P94386 – „Protéza rastúca MUTARS X-Pand na mieru“, len v prípade prítomnosti inej klinickej situácie u konkrétneho pacienta ako je uvedené nižšie:

- pri nutnosti resekcie celého femuru v dôsledku primárneho alebo sekundárneho nádorového ochorenia alebo nádoru podobnej afekcie
- v prípade defektu kostného tkaniva femuru, ktorý svojim rozsahom neumožňuje použitie konvenčnej revíznej endoprotézy bedrového alebo kolenného kĺbu
- implantát sa používa u detských pacientov ako kompenzácia straty rastovej potencie femuru alebo u pacientov s vrodenou alebo získanou abreviáciou dolnej končatiny na úkor femuru pri skrátaní nad 4 cm a plánovanej korekcii dĺžky skrátenej končatiny.

V prípadoch zodpovedajúcich uvedenému indikačnému obmedzeniu sa vyžaduje pripočítateľná položka k niektorému z výkonov č. 5t06f.o alebo 5t59d:

5t06f.o	Osteosyntéza vnútorným predĺžovacím alebo posuvným systémom, nemotorizovaná
5t59d	Implantácia alebo výmena modulárnej endoprotézy pri kostnom defekte s kĺbnou, alebo kostnou čiastočnou náhradou alebo individuálne zhotoveným implantátom

Poskytovateľ vyžaduje MFNZS v samostatnej dávke a osobitnou faktúrou, a ktorý Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi za splnenia podmienok a v rozsahu určenom v súlade s ustanoveniami § 88 zákona č. 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a diietických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Špecifické prípady bude Poisťovňa posudzovať osobitne na unikátne rodné číslo poistenca a po ich schválení môže byť úhrada uskutočnená na základe individuálneho posúdenia.

Žiadosť o MFNZS je uvedená na webovom sídle www.dovera.sk v sekcii pre Poskytovateľov:

(<https://www.dovera.sk/lekar/tema-tlaciva-a-ziadosti/a85/vsetky-tlaciva-pre-poskytovatelov>)

9.5. Úhradu za Hospitalizačné prípady podľa bodu 9.4. Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi nasledovne:

- Poskytovateľ je oprávnený fakturovať Poisťovni mesačnú úhradu za Hospitalizačné prípady podľa bodu 9.4. vo výške za príslušné obdobie nasledovne:

Od 1.4.2021 do 30.04.2021	1 102 929,00 €
Od 01.05.2021	1 047 169,00 €

pričom táto úhrada podlieha dodatočnému prepočtu podľa písmena b.;

- Poisťovňa vždy po skončení kalendárneho štvrťroka vypočíta úhradu za Hospitalizačné prípady podľa bodu 9.4. Zmluvy, ukončené v príslušnom hodnotenom období x-3, x-6, x-9 a x-12 a zašle Poskytovateľovi oznámenie o výške úhrady za Hospitalizačné prípady podľa bodu 9.4. Zmluvy, vždy najneskôr do 2 mesiacov od ukončenia príslušného kalendárneho štvrťroka;
- Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi sumu, o ktorú je úhrada podľa písmena b. vyššia ako úhrada podľa písmena a. uhradená Poskytovateľovi v príslušnom hodnotenom období, a to vždy najneskôr do konca kalendárneho mesiaca, ktorý nasleduje po mesiaci, v ktorom Poisťovňa zaslala Poskytovateľovi oznámenie podľa písmena b.;
- V prípade, ak je úhrada podľa písmena a. uhradená Poskytovateľovi v príslušnom hodnotenom období vyššia ako úhrada vypočítaná podľa písmena b., Poisťovňa v kalendárnom mesiaci, ktorý dva mesiace nasleduje po skončení príslušného kalendárneho štvrťroka, zníži úhradu podľa písmena a. o sumu rozdielu medzi úhradou podľa písmena a. a podľa písmena b., o čom informuje Poskytovateľa v oznámení podľa písmena b.;

- e. Poistovňa odpočíta od úhrady podľa písmena b. aj pohľadávky Poistovne podľa bodu 9.11. Zmluvy;
 - f. Ak Poskytovateľ alebo iný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti alebo služieb vykáže zdravotnú starostlivosť (vrátane lekárenskej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti), ktorej úhrada mala byť zahrnutá v úhrade za Hospitalizačné prípady podľa bodu 9.4., ktoré Poistovňa už uhradila Poskytovateľovi podľa písmena b. tohto bodu Zmluvy za hodnotené obdobie x-12, Poistovňa vykoná prepočet výšky úhrady za príslušné Hospitalizačné prípady spôsobom podľa písmena b tohto bodu Zmluvy za hodnotené obdobie x-12 so zohľadnením takto vykázananej zdravotnej starostlivosti a zašle o tom oznámenie Poskytovateľovi.
- 9.6. Poskytovateľ sa zaväzuje vykazovať zdravotnú starostlivosť podľa tohto článku Zmluvy v príslušnom Zúčtovacom období podľa VZP a zaväzuje sa, že vyvinie všetko úsilie, ktoré je možné od neho požadovať, aby v príslušnom Zúčtovacom období vykázal a fakturoval Poistovni všetku poskytnutú zdravotnú starostlivosť.
- V prípade, ak Poskytovateľ požaduje úhradu pripočítateľnej položky, zaväzuje sa vykazovať Poistovni v položke 50, v type dávky 274b jednoznačný kód podľa stĺpca „kód PP pre vykazovanie do ZP“ zo zoznamu pripočítateľných položiek uverejneného na webovom sídle Poistovne.
- Poskytovateľ sa zaväzuje vykazovať Poistovni aj materiál uvedený v zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov vydanom Ministerstvom zdravotníctva SR (ďalej len „Zoznam kategorizovaných ŠZM“), ktorý tvorí Prílohu č. 5 tejto Zmluvy, ktorý spotreboval pri poskytovaní ústavnej starostlivosti na DRG relevantnom oddelení podľa tohto článku Zmluvy, pričom materiál vykazuje s informáciou o výške nadobúdacej ceny uhradenej Poskytovateľom, najviac však vo výške uvedenej v Zozname kategorizovaných ŠZM, i keď je cena tohto materiálu zahrnutá v úhrade za Hospitalizačný prípad podľa tohto článku Zmluvy.
- 9.7. Ak ďalej nie je dojednané inak, úhrada podľa bodu 9.4. zahŕňa úhradu za všetku zdravotnú a lekárenskú starostlivosť alebo služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti:
- a. poskytnutú Poistencovi Poskytovateľom alebo akýmkoľvek iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti alebo služieb počas trvania Hospitalizačného prípadu;
 - b. poskytnutú Poistencovi Poskytovateľom alebo iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti alebo služieb v deň prijatia do zdravotníckeho zariadenia, ako aj v deň prepustenia zo zdravotníckeho zariadenia ak súvisí s Hospitalizačným prípadom, okrem liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín predpísaných v deň prepustenia zo zdravotníckeho zariadenia v ambulancii Poskytovateľa, ak z medicínskeho hľadiska tieto lieky, zdravotnícke pomôcky, dietetické potraviny nemali byť podané Poistencovi ešte počas trvania Hospitalizačného prípadu;
 - c. poskytnutú Poistencovi kedykoľvek po prepustení zo zdravotníckeho zariadenia Poskytovateľom alebo iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti alebo služieb, ak bola indikovaná počas trvania Hospitalizačného prípadu;
 - d. poskytnutú Poistencovi akýmkoľvek iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti alebo služieb počas Hospitalizácie v Hospici a/alebo v Domove ošetrovateľskej starostlivosti, ktorej predchádzala Hospitalizácia na DRG relevantnom oddelení a/alebo ktorá pokračovala Hospitalizáciou na DRG relevantnom oddelení v jednom zdravotníckom zariadení, ak súvisí s Hospitalizačným prípadom;
- ako aj všetky náklady, ktoré Poskytovateľ vynaložil pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti Poistencovi počas Hospitalizačného prípadu.
- 9.8. Úhrada za Hospitalizačný prípad nezahŕňa úhradu za zdravotnú starostlivosť poskytnutú ambulanciou záchrannej zdravotnej služby.
- 9.9. Zmluvné strany sa dohodli, že úhrada za Hospitalizačný prípad zahŕňa aj náklady uvedené v bode 8.7. Zmluvy, ako aj iné pripočítateľné položky určené Centrom pre klasifikačný systém, keďže ich zohľadňuje výška dohodnutej úhrady za Hospitalizačný prípad. Poskytovateľ vykazuje tieto náklady ako pripočítateľnú položku v dátovom rozhraní určenom pre ústavnú starostlivosť spolu s kódom pripočítateľnej položky, určeným Poistovňou v stĺpci „kód PP pre vykazovanie do ZP“ v zozname pripočítateľných položiek uverejnenom na webovom sídle Poistovne (ďalej len „Zoznam pripočítateľných položiek“).
- 9.10. Zmluvné strany sa dohodli, že úhrada za všetku ambulantnú zdravotnú starostlivosť (vrátane zdravotnej starostlivosti poskytovanej zariadením spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek) a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, indikované na žiadanke a/alebo odporúčaní podľa bodu 4.14. Poskytovateľom alebo iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti počas Hospitalizačného prípadu, vrátane prvého a posledného dňa Hospitalizačného prípadu, bez uvedeného ID Hospitalizačného prípadu, budú automaticky započítané do úhrady za Hospitalizačný

prípade. V prípade, ak na žiadanke a/alebo odporúčaní nebude uvedený dátum indikácie, Poistovnía neúplne vykázanú zdravotnú starostlivosť odmietne a požiada Poskytovateľa o jeho doplnenie.

- 9.11. Zdravotná poisťovňa je oprávnená žiadať od Poskytovateľa refundáciu nákladov na úhradu zdravotnej a lekárenskej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktoré Poistovnía uhradila nad rámec Hospitalizačného prípadu Poskytovateľovi alebo inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti alebo služieb napriek tomu, že podľa ustanovení tohto článku Zmluvy mali byť zahrnuté v úhrade za Hospitalizačný prípad. Zmluvné strany sa dohodli na započítaní pohľadávky Poistovne podľa predchádzajúcej vety s pohľadávkou Poskytovateľa na úhradu zdravotnej starostlivosti.
- 9.12. Na účely určenia výšky refundácie podľa bodu 9.11. sa zmluvné strany dohodli, že Poskytovateľ uhradí Poistovní náklady na zdravotnú a lekárenskú starostlivosť a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktoré Poistovnía uhradila nad rámec Hospitalizačného prípadu inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti alebo služieb v nasledovnej výške:
- lieky vo výške úhrady Poistovne inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti alebo služieb, maximálne však vo výške maximálnej úhrady Poistovne podľa Zoznamu kategorizovaných liekov platnom v čase poskytnutia lieku Poistencovi;
 - zdravotnícke pomôcky vo výške úhrady Poistovne inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti alebo služieb, maximálne však vo výške maximálnej úhrady Poistovne podľa Zoznamu kategorizovaných zdravotníckych pomôcok platnom v čase poskytnutia zdravotníckej pomôcky Poistencovi;
 - dietetické potraviny vo výške úhrady Poistovne inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti alebo služieb, maximálne však vo výške maximálnej úhrady Poistovne podľa Zoznamu kategorizovaných dietetických potravín platnom v čase poskytnutia dietetickej potraviny Poistencovi;
 - kategorizovaný špeciálny zdravotnícky materiál vo výške úhrady Poistovne inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti alebo služieb, maximálne však vo výške určenej v Zozname kategorizovaných materiálov zverejnenom na webovom sídle Poistovne podľa bodu 5.5. Zmluvy, aktuálnom v čase poskytnutia tohto materiálu Poistencovi;
 - výkony ambulantnej zdravotnej starostlivosti (vrátane výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek a agregovaných výkonov) vo výške ceny bodu alebo výkonu, zmluvne dohodnutej s iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti alebo služieb.
- 9.13. Ak Poskytovateľ predpokladá trvanie Hospitalizačného prípadu Pacienta dlhšie ako 2 mesiace, informuje o tejto skutočnosti Poistovní najneskôr do 2 mesiacov od začiatku Hospitalizačného prípadu a dohodne s ňou individuálny spôsob úhrady za Hospitalizáciu.
- 9.14. Za Hospitalizáciu na DRG relevantnom oddelení, 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 % z úhrady za Hospitalizačný prípad. Úhrada za Hospitalizačný prípad na účely výpočtu úhrady podľa predchádzajúcej vety sa určí súčinom základnej sadzby určenej podľa bodu 5.3. Zmluvy, platnej v čase začiatku Hospitalizačného prípadu a Efektívnej relatívnej váhy daného Hospitalizačného prípadu.
- 9.15. Poistovnía uhradí Poskytovateľovi nad rámec úhrady za Hospitalizačný prípad podľa bodu 5.2. Zmluvy pripočítateľné položky poskytnuté Poskytovateľom v rámci daného Hospitalizačného prípadu, definované v Zozname pripočítateľných položiek nasledovne:
- úhradu za pripočítateľné položky typu A vo výške pevnej ceny určenej v Zozname pripočítateľných položiek. V prípade podania lieku s účinnou látkou, ktorú poisťovňa obstarala centrálnym nákupom, do úhradového mechanizmu vstupuje cena, za ktorú poisťovňa účinnú látku obstarala;
 - úhradu za pripočítateľné položky typu B vo výške dohodnutej medzi Poistovníou a Poskytovateľom, ak sa na úhrade a výške úhrady týchto pripočítateľných položiek nad rámec úhrady za Hospitalizačný prípad Poistovnía a Poskytovateľ dohodli;
 - úhradu za pripočítateľné položky typu D vo výške pevnej ceny určenej v Zozname pripočítateľných položiek;
 - úhradu za pripočítateľné položky typu E na základe nadobúdacieho dokladu k individuálne zhotovenému CAD-implantátu predloženému poskytovateľom ústavnej zdravotnej starostlivosti.
- 9.16. Poistovnía predkladá Poskytovateľovi, spolu s oznámením o výške úhrady za Hospitalizačné prípady podľa bodu 9.5.b aj súhrn uznanej a zúčtovanej súvisiacej extramurálnej a intramurálnej zdravotnej starostlivosti ku všetkým hospitalizačným prípadom podľa Metodického usmernenia Úradu č. 1/2020 v platnom znení a to vždy po skončení kalendárneho štvrťroka, najneskôr do 2 mesiacov od ukončenia príslušného kalendárneho štvrťroka.

X. ÚHRADA VÝKONOV JEDNODŇOVEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

- 10.1. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za zdravotnú starostlivosť, poskytnutú zariadením na poskytovanie jednodňovej zdravotnej starostlivosti, spočívajúcu vo výkonoch jednodňovej zdravotnej starostlivosti v zmysle Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva SR o výkonoch jednodňovej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „výkony JZS“) úhradu za podmienok ustanovených v tomto článku Zmluvy. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli na rozsahu výkonov JZS prislúchajúcim tým špecializačným odbornostiam podľa bodu 1.2. Zmluvy, ktoré sú uvedené v Prílohe č.1 Zmluvy.
- 10.2. Zdravotná starostlivosť spočívajúca vo výkonoch JZS podľa bodu 10.1. Zmluvy poskytnutá Poistencovi na DRG relevantnom oddelení Poskytovateľa a/alebo v zariadení na poskytovanie jednodňovej zdravotnej starostlivosti sa považuje za Hospitalizačný prípad, ktorý Poistovňa uhradí Poskytovateľovi spôsobom podľa čl. IX. Zmluvy (tzn. ustanovenie čl. IX. Zmluvy sa na úhradu Hospitalizačného prípadu, spočívajúcom vo výkone JZS použijú primerane), pričom úhrada za výkony JZS je zahrnutá v celkovej úhrade za Hospitalizačné prípady podľa bodu 9.4. a nasl. Zmluvy.
- 10.3. Zdravotná starostlivosť spočívajúca vo výkonoch JZS podľa predchádzajúcich bodov sa vykazuje na príslušnom DRG relevantnom oddelení. Ak Poskytovateľ poskytuje výkony JZS v špecializačnom odbore, pre ktoré nemá zriadené DRG relevantné oddelenie, výkony JZS vykazuje na chirurgickom oddelení.
- 10.4. Poskytovateľ vykazuje výkon JZS ako Hospitalizačný prípad s výkonom uvedeným v Zozname zdravotných výkonov pre klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín, trvajúci menej ako 24 hodín, pričom pri výkone JZS sa vykazuje iba hlavná diagnóza a neuvádza sa vedľajšia diagnóza.
- 10.5. Poskytovateľ je povinný zasielať Poistovní údaje potrebné na vedenie zoznamu poistencov čakajúcich na zdravotnú starostlivosť spočívajúcu v poskytnutí výkonov JZS (ďalej len „Zoznam výkonov JZS“), a to najmä:
- a) meno, priezvisko a rodné číslo Pacienta;
 - b) kód choroby podľa MKCH-10, v súvislosti s ktorou Poskytovateľ navrhuje poskytnutie výkonu JZS;
 - c) kód Poskytovateľa a kód oddelenia Poskytovateľa, na ktorom má byť výkon JZS Poistencovi vykázaný, ak Poskytovateľ poskytuje výkony JZS v špecializačnom odbore, pre ktoré nemá zriadené DRG relevantné oddelenie, výkony JZS vykazuje na chirurgickom oddelení.
- 10.6. Poskytovateľ je povinný pomocou Programu hospiCOM zasielať Poistovní najmenej jedenkrát počas pracovného dňa údaje potrebné na vedenie Zoznamu výkonov JZS v štruktúre (dátovom rozhraní) určenej Poistovňou a zverejnenej na internetovej stránke Poistovne; to neplatí, ak Poskytovateľ počas pracovného dňa nemá naplánovaný výkon JZS alebo výkon JZS nevykonal žiadnemu Pacientovi.
- 10.7. Poskytovateľ je povinný v zdravotnej dokumentácii Pacienta vyznačiť dátum a hodinu začatia poskytovania výkonu JZS a dátum a hodinu ukončenia poskytovania zdravotnej starostlivosti súvisiacej s vykonaním výkonu JZS poskytnutej po jeho vykonaní. Poskytovateľ je ďalej povinný oznámiť Poistovní prostredníctvom Programu hospiCOM trvanie poskytovania zdravotnej starostlivosti súvisiacej s výkonom JZS.
- 10.8. Poskytovateľ nesmie poskytnúť zdravotnú starostlivosť spočívajúcu vo výkone JZS, ak mu Poistovňa neudelila súhlas na poskytnutie plánovaného výkonu JZS Pacientovi pred jeho uskutočnením.
- 10.9. Za výkony JZS, ktoré Poskytovateľ vykonal bez súhlasu alebo v rozpore so súhlasom Poistovne podľa bodu 10.8. Zmluvy, patrí Poskytovateľovi úhrada vo výške 10% z úhrady za Hospitalizačný prípad. Úhrada za Hospitalizačný prípad na účely výpočtu úhrady podľa predchádzajúcej vety sa určí súčinom základnej sadzby určenej podľa bodu 5.3. Zmluvy, platnej v čase začiatku Hospitalizačného prípadu a Efektívnej relatívnej váhy daného Hospitalizačného prípadu.

XI. ÚČINNOSŤ ZMLUVY

- 11.1. 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.
- 11.2. Poistovňa a Poskytovateľ sa zaväzujú pristúpiť k uzavretiu Zmluvy tak, aby nadobudla účinnosť **k 1.4.2021.**
- 11.3. Zmluva sa uzatvára **na dobu určitú**, a to na **12 mesiacov** odo dňa účinnosti Zmluvy.
- 11.4. Zmluvné strany sa dohodli, že po uzavretí tejto Zmluvy aj naďalej platí už udelený súhlas na poskytnutie podobných vyšetrení podľa bodu 3.4. Zmluvy.

- 11.5. Poistovnía a Poskytovateľ sa dohodli, že dňom účinnosti Zmluvy zanikajú všetky zmluvy, na základe ktorých Poskytovateľ poskytoval zdravotnú starostlivosť poistencom Poistovne v rovnakom vecnom rozsahu zdravotnej starostlivosti, aký sa dohodol v Zmluve, ak nie je dohodnuté v tejto Zmluve inak (bod 11.4. Zmluvy a 11.6. Zmluvy).
- 11.6. Zmluvné strany sa dohodli, že Hospitalizácie na DRG relevantnom oddelení, ktoré sa začali pred dňom nadobudnutia účinnosti tejto Zmluvy budú Poistovníou uhradené spôsobom a vo výške dohodnutej medzi zmluvnými stranami v Zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti č. **71NVSC000114** zo dňa 17. decembra 2013 (ďalej len „Predchádzajúca zmluva“) v znení účinnom **k 31.3.2021**.

XII. ELEKTRONICKÁ KOMUNIKÁCIA

- 12.1. Poistovnía a Poskytovateľ sa v súlade s ust. § 7 ods. 20 Zákona o zdravotných poisťovniach dohodli, že Poskytovateľ prostredníctvom svojho softvéru poskytne Poistovní kompletné spracovaný elektronický záznam obsahujúci údaje uvedené na lekárskom predpise resp. poukaze čo najskôr po predpísaní Lieku Poistencovi. Elektronický záznam podľa predchádzajúcej vety Poskytovateľ poskytuje za účelom výkonu analytickej, poradenskej a kontrolnej činnosti Poistovne a vedenia účtu Poistenca.
- 12.2. Ak Poskytovateľ disponuje softvérovým vybavením, ktoré umožňuje zaslanie údajov uvedených na žiadosti o laboratórne a zobrazovacie vyšetrenia (ďalej len „žiadanka“) v elektronickej podobe, zaväzuje sa Poskytovateľ zaslať Poistovní elektronický záznam obsahujúci údaje uvedené na žiadanke v rozsahu stanovenom Metodickým usmernením č. 5/2015 o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou čo najskôr po obdržaní alebo po vyhotovení žiadanky. Poistovnía vyhlasuje, že bude v plnej miere akceptovať elektronickú formu zaslaných údajov a nebude od Poskytovateľa vyžadovať žiadanky v listinnej podobe podľa článku VII. bod 7.15 VZP, nevyhotovenie žiadanky v listinnej forme nie je možné považovať za porušenie článku IV. bod 4.2. VZP.
- 12.3. Poskytovateľ si je vedomý povinnosti poskytovať výpisy zo zdravotnej dokumentácie vyplývajúcej mu Zákona o zdravotnej starostlivosti a v prípade, že disponuje softvérovým vybavením, ktoré umožňuje elektronické zasielanie výpisov zo zdravotnej dokumentácie, sa Poskytovateľ zaväzuje poskytovať žiadanky a výsledky vyšetrení spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek oprávneným osobám prednostne elektronicky.
- 12.4. Ak Poskytovateľ disponuje softvérovým vybavením, ktoré umožňuje zaslanie dočasného elektronického záznamu o poskytnutej zdravotnej starostlivosti Poistovní elektronicke, zaväzuje sa Poskytovateľ zaslať dočasný elektronický záznam o poskytnutej zdravotnej starostlivosti v rozsahu stanovenom Metodickým usmernením čo najskôr po poskytnutí zdravotnej starostlivosti. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností a vzhľadom na informatívny charakter dočasného elektronického záznamu zmluvné strany konštatujú, že zaslaním dočasného elektronického záznamu nie je dotknutá povinnosť Poskytovateľa vykazať poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súlade a postupom podľa VZP a zároveň, že zaslaním dočasného elektronického záznamu nevzniká Zmluvným stranám akýkoľvek nárok, právo alebo povinnosť vo vzťahu k vykázaniu a zúčtovaniu zdravotnej starostlivosti.
- 12.5. Poistovnía v spolupráci s Poskytovateľom a dodávateľom informačného systému Poskytovateľa vyvinie maximálne úsilie vedúce k tomu, aby bola informácia o tom, či bola žiadanka vyhotovená poskytovateľom, ktorý má s Poistovníou uzatvorenú platnú a účinnú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, o poistnom vzťahu Poistenca voči Poistovní a o tom, či je Poistenec uvedený v zozname dlžníkov, sprístupnená priamo v informačnom systéme Poskytovateľa.
- 12.6. Poistovnía a Poskytovateľ sa dohodli, že ak to softvérové vybavenie Poskytovateľa umožní, Poistovnía sprístupní Poskytovateľovi pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti informáciu o tom, či existuje akákoľvek prekážka, ktorá by bránila úhrade zdravotnej starostlivosti zo strany Poistovne. Pre vylúčenie pochybností Zmluvné strany konštatujú, že poskytnutím informácie podľa predchádzajúcej vety nie je dotknuté právo Poistovne vykonať kontrolu podľa § 9 a nasl. Zákona o zdravotných poisťovniach a podľa článku VII. VZP.
- 12.7. Ak Poskytovateľ disponuje softvérovým vybavením, ktoré umožňuje priamu elektronickú komunikáciu s elektronickou pobočkou a zároveň Poistovnía určí typy dokumentov, ktoré je možné doručovať prostredníctvom tohto prepojenia, zaväzujú sa zmluvné strany pre doručenie dokumentu využiť túto formu. Typy dokumentov, ktoré je možné zasielať Poistovní prostredníctvom priameho prepojenia softvérového vybavenia Poskytovateľa s elektronickou pobočkou, určí Poistovnía v pravidlách elektronickej komunikácie. Zmluvné strany sa dohodli, že elektronická verzia doručeného dokumentu v plnej miere nahrádza jeho listinnú formu. Pre doručenie dokumentu prostredníctvom softvérového vybavenia Poskytovateľa platí obdobne bod 12.4. VZP.

- 12.8. Ak Poskytovateľ disponuje softvérovým vybavením, ktoré umožňuje priamu elektronickú komunikáciu s elektronickou pobočkou a zároveň Poistovnía určí typy zúčtovacích dokladov, ktoré je možné doručovať prostredníctvom tohto prepojenia, zaväzujú sa zmluvné strany pre doručenie zúčtovacieho dokladu využiť túto formu. Typy zúčtovacích dokladov, ktoré je možné zasielať Poistovní prostredníctvom priameho prepojenia softvérového vybavenia Poskytovateľa s elektronickou pobočkou určí Poistovnía v pravidlách elektronickej komunikácie. Poskytovateľ sa zaväzuje zasielať zúčtovacie doklady podľa tohto bodu priebežne, bez zbytočného odkladu po poskytnutí zdravotnej starostlivosti. Povinnosť zaslať Poistovní zúčtovacie doklady podľa článku V. VZP tým nie je dotknutá. Pre doručenie zúčtovacieho dokladu prostredníctvom softvérového vybavenia Poskytovateľa platí obdobne bod 12.4. VZP.
- 12.9. Ak Poskytovateľ disponuje softvérovým vybavením, ktoré mu umožňuje oznamovanie údajov podľa § 79a ods. 1 písm. d) o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti v elektronickej forme, zaväzuje sa Poskytovateľ oznamovať tieto údaje Poistovní k poslednému dňu v kalendárnom mesiaci prednostne elektronicke.
- 12.10. Poskytovateľ a Poistovnía sa v súlade s § 7 ods. 20 Zákona o zdravotných poisťovniach dohodli, že Poskytovateľ je za účelom správneho poskytnutia zdravotnej starostlivosti oprávnený si od Poistovne vyžiadať v nevyhnutnom rozsahu údaje o poskytnutej zdravotnej starostlivosti poistencovi Poistovne, vrátane údajov uvedených v žiadankách na vyšetrenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, v elektronických žiadankách na vyšetrenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, v preskripčných záznamoch, v dispenzačných záznamoch, lekárske predpisoch, lekárske poukazoch v rozsahu ustanovenom osobitným predpisom, ktoré Poistovnía eviduje vo svojom informačnom systéme vo vzťahu ku konkrétnemu poistencovi Poistovne, alebo si tieto údaje overiť v Poistovní. Poskytovateľ a Poistovnía zároveň berú na vedomie, že vyžiadanie, ako aj vyžiadané údaje sa poskytujú elektronicke z informačného systému Poistovne a z informačného systému Poskytovateľa, v ktorých sú spracovávané.
- 12.11. Poskytovateľ a Poistovnía sa v súlade s § 7 ods. 20 Zákona o zdravotných poisťovniach dohodli, že Poskytovateľ je za účelom správneho poskytnutia zdravotnej starostlivosti oprávnený si od Poistovne vyžiadať v nevyhnutnom rozsahu údaje o poskytnutej zdravotnej starostlivosti poistencovi Poistovne, vrátane údajov uvedených v žiadankách na vyšetrenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, v elektronických žiadankách na vyšetrenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, v preskripčných záznamoch, v dispenzačných záznamoch, lekárske predpisoch, lekárske poukazoch v rozsahu ustanovenom osobitným predpisom, ktoré Poistovnía eviduje vo svojom informačnom systéme vo vzťahu ku konkrétnemu poistencovi Poistovne, alebo si tieto údaje overiť v Poistovní. Poskytovateľ a Poistovnía zároveň berú na vedomie, že vyžiadanie, ako aj vyžiadané údaje sa poskytujú elektronicke z informačného systému Poistovne a z informačného systému Poskytovateľa, v ktorých sú spracovávané.
- 12.12. V prípade, ak sa akýkoľvek údaj uvedený v elektronickej zázname podľa bodu 12.1. až 12.4. a 12.7. až 12.9. ukáže ako nepravdivý, neúplný, nepresný alebo nesprávny, Poskytovateľ sa zaväzuje bez zbytočného odkladu takýto údaj uviesť do súladu so skutočným stavom prostredníctvom svojho softvéru.

XIII. PRIJÍMANIE ÚHRADY DLŽNÉHO POISTNÉHO

- 13.1. Poskytovateľ a Poistovnía sa dohodli, že v prípade, ak Poistenec, ktorý je dlžníkom v zmysle ust. § 9 ods. 2 Zákona zdravotnom poistení prejaví záujem o úhradu dlžného poistného môže sa Poskytovateľ s Poistencom dohodnúť na prijatí úhrady od Poistenca a to za podmienok uvedených v tomto článku.
- 13.2. Dohoda Poskytovateľa a Poistenca podľa bodu 13.1. tohto článku je možná iba v prípade, ak i) Poistenec bude ochotný uhradiť dlžné poistné v celej výške, t.j. vo výške v akej bude ku dňu prijatia platby Poistovníou sprístupnená v informačnom systéme Poskytovateľa a zároveň ii) Poistenec udelí Poskytovateľovi písomný súhlas podľa ust. § 11 zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, na spracúvanie osobných údajov, ktoré Poskytovateľ poskytne Poistovní a Poistovnía Poskytovateľovi za účelom spracovania úhrady Poistenca a odstránení Poistenca zo zoznamu dlžníkov.
- 13.3. Poistovnía za týmto účelom splnomocňuje Poskytovateľa v zmysle ust. § 31 a nasl. zákona č. 40/1964 Zb. Občianskeho zákonníka na prijatie úhrady dlžného poistného od Poistenca, ktorý je dlžníkom podľa ust. § 9 ods. 2 Zákona o zdravotnom poistení, v mene a na účet Poistovne. Poskytovateľ je oprávnený úhradu dlžného poistného zadržať u seba a to až do momentu najbližšieho zúčtovania poskytnutej zdravotnej starostlivosti a vykázať Poistovní celkovú sumu prijatých úhrad dlžného poisteného za Zúčtovacie obdobie prostredníctvom svojho informačného systému.
- 13.4. Zmluvné strany sa dohodli, že pri úhrade poskytnutej zdravotnej starostlivosti sa započíta pohľadávka Poistovne za vykázané úhrady dlžného poistného prijaté Poskytovateľom s pohľadávkou Poskytovateľa za poskytnutú zdravotnú starostlivosť počas Zúčtovacieho obdobia. V prípade, ak bude voči Poskytovateľovi uplatnená zmluvná pokuta podľa článku VIII. VZP, vykoná sa započítanie tak, že najskôr sa voči pohľadávke Poskytovateľa započíta pohľadávka Poistovne titulom uplatnenej zmluvnej pokuty.

13.5. Poistovní sa zaväzuje nahraďiť Poskytovateľovi náklady vynaložené v súvislosti s prijatím úhrady podľa tohto článku. Zmluvné strany sa dohodli na paušálnej náhrade, ktorá predstavuje 1% zo sumy každej úhrady, najmenej však **3,- €**. Zmluvné strany sa dohodli, že paušálna náhrada bude započítaná s pohľadávkou Poistovne za vykázané úhrady dlžného poistného prijaté Poskytovateľom. Započítanie podľa tohto bodu sa vykoná pred započítaním podľa bodu 13.4. Zmluvy.

XIV. NIEKTORÉ USTANOVENIA O REVÍZNEJ ČINNOSTI

14.1. Ak Poistovní kontrolou úhrady za Hospitalizačný prípad zistí, že Poskytovateľ porušil Pravidlá kódovania a Poistovní uhradila za Hospitalizačný prípad vyššiu úhradu, ako na ktorú má Poskytovateľ nárok podľa článku IX. Zmluvy,

- a. po vykonaní kontroly na vzorke Hospitalizačných prípadov určenej hlavnej diagnostickej kategórie, kde vzorka obsahuje minimálne 5 % všetkých Hospitalizačných prípadov a minimálne však 10 Hospitalizačných prípadov vykázaných v kontrolovanom období v danej hlavnej diagnostickej kategórii, je Poistovní oprávnená znížiť úhradu za všetky Hospitalizačné prípady vykázané v kontrolovanom období o sumu priemerného rozdielu medzi výškou úhrady za Hospitalizačný prípad vypočítanou podľa údajov vykázaných Poskytovateľom a správnu výškou úhrady zistenou na kontrolovej vzorke Hospitalizačných prípadov, ktoré Poskytovateľ mal vykazať pri dodržaní Pravidiel kódovania, za všetky Hospitalizačné prípady vykázané v kontrolovanom období v danej hlavnej diagnostickej kategórii;
- b. Poistovní je oprávnená uplatniť u Poskytovateľa nárok na náhradu nákladov za každý uhradený Hospitalizačný prípad, ktorý bol chybné vykázaný, a to vo výške rozdielu medzi úhradou za Hospitalizačný prípad, vypočítanou podľa údajov vykázaných Poskytovateľom a správnu výškou úhrady, na ktorú by mal Poskytovateľ nárok pri dodržaní Pravidiel kódovania (ďalej len „Rozdiel“) a zároveň zmluvnú pokutu vo výške jednonásobku Rozdielu, a to za každý kontrolovaný Hospitalizačný prípad.

Úhrada za Hospitalizačný prípad na účely výpočtu výšky sankcie podľa písmena a. a b. sa určí súčinnom základnej sadzby určenej podľa bodu 5.3. Zmluvy, platnej v čase začiatku Hospitalizačného prípadu a Efektívnej relatívnej váhy daného Hospitalizačného prípadu.

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 Poistovní 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.

XV. CELKOVÁ MESAČNÁ ÚHRADA

- 15.1. Poistovní a Poskytovateľ sa dohodli, že Poistovní sa zaväzuje u Poskytovateľa uhradiť zdravotnú starostlivosť poskytnutú poistencom Poistovne podľa Článku VI. bod 6.6. písm. a) maximálne do výšky Celkovej mesačnej úhrady. Celková mesačná úhrada je dohodnutá na kalendárny mesiac. Výška celkovej mesačnej úhrady je medzi Poskytovateľom a Poistovníou dohodnutá v sume: **51 610,- Eur** (slovom: päťdesiatjedtisícšesťstodesať Eur).
- 15.2. V prípade, ak Poskytovateľ poskytne poistencom Poistovne zdravotnú starostlivosť podľa Článku VI. bod 6.6. písm. a) v rozsahu vyššom ako je Celková mesačná úhrada podľa predchádzajúceho bodu tohto článku Zmluvy, znižuje sa cena úhrady za túto zdravotnú starostlivosť tak, že výsledná suma sa rovná Celkovej mesačnej úhrade podľa predchádzajúceho bodu tohto článku Zmluvy.
- 15.3. V prípade, ak Poskytovateľ poskytne poistencom Poistovne zdravotnú starostlivosť podľa Článku VI. bod 6.6. písm. a) v rozsahu nižšom ako je Celková mesačná úhrada podľa bodu 15.1. tohto článku Zmluvy, zvyšuje sa cena úhrady za túto zdravotnú starostlivosť tak, že výsledná suma sa rovná Celkovej mesačnej úhrade podľa bodu 15.1. tohto článku Zmluvy.
- 15.4. Poskytovateľ sa zaväzuje, že počas platnosti a účinnosti Zmluvy nedôjde k navýšeniu čakacích dôb na poskytnutie ústavnej zdravotnej starostlivosti pre poistencov Poistovne, a zároveň sa zaväzuje zabezpečiť zdravotnú starostlivosť pre poistencov Poistovne tak, aby bola zachovaná regionálna štruktúra a rozloženie poskytovania zdravotnej starostlivosti.
- 15.5. V prípade, ak Poskytovateľ poruší svoj záväzok podľa bodu 15.4. tohto článku Zmluvy zaväzuje sa pristúpiť na výzvu Poistovne k rokovaniu o uzavretí dodatku k Zmluve, ktorým sa upraví Celková mesačná úhrada podľa bodu 15.1. tohto článku Zmluvy.

- 15.6. V prípade, ak dôjde u Poskytovateľa k zásadnej zmene rozsahu alebo štruktúry poskytovanej zdravotnej starostlivosti, Poisťovňa sa zaväzuje prísť na výzvu Poskytovateľa k rokovaniu o uzavretí dodatku k Zmluve, ktorým sa upraví Celková mesačná úhrada podľa bodu 15.1. tohto článku Zmluvy.
- 15.7. Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že v Prílohe č. 6, sa v období do 31.03.2022 Finančný objem podľa písmena 6.6. písm. a), ktorý je uvedený v príslušnej tabuľke neuplatňuje.

XVI. ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA

- 16.1. Na Poskytovateľa sa nevzťahujú tie ustanovenia Zmluvy o povinnostiach pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti a o úprave úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť, ktoré upravujú poskytovanie a úhradu zdravotnej starostlivosti v tých špecializačných odboroch, na ktoré sa nevzťahuje povolenie na poskytovanie zdravotnej starostlivosti uvedené v bode 1.2. Zmluvy.
- 16.2. V prípade, ak dôjde u Poskytovateľa k zásadnej zmene rozsahu alebo štruktúry poskytovanej zdravotnej starostlivosti, zaväzuje sa informovať o tom Poisťovňu a prísť na rokovanie o uzavretí dodatku k Zmluve, ktorým sa upraví úhrada za poskytovanú zdravotnú starostlivosť podľa Zmluvy.
- 16.3. Poisťovňa a Poskytovateľ sa zaväzujú vyvinúť maximálne možné úsilie, ktoré od nich možno spravodlivo požadovať, za účelom zabezpečenia poskytovania zdravotnej starostlivosti pre poistencov Poisťovne na čo najvyššej úrovni čo do rozsahu, štruktúry a kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti.
- 16.4. Poskytovateľ je oprávnený odmietnuť poistencovi Poisťovne poskytnutie ústavnej starostlivosti iba v prípade ak:
- a. materiálno-technické alebo personálne vybavenie Poskytovateľa neumožňuje poskytnúť poistencovi Poisťovne potrebnú zdravotnú starostlivosť vzhľadom na vývoj jeho zdravotného stavu,
 - b. Poskytovateľ nedisponuje dostatočnou kapacitou pre poskytnutie ústavnej starostlivosti (nedostatok lôžok),
 - c. ak zdravotný stav poistenca Poisťovne nevyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín.
- 16.5. Zmluva je vyhotovená v dvoch rovnopisoch, po jednom rovnopise pre každú zmluvnú stranu.
- 16.6. Neoddeliteľnou súčasťou tejto Zmluvy je:
- a. príloha č. 1, ktorá obsahuje zoznam špecializačných odborov podľa bodu 1.2. Zmluvy;
 - b. príloha č. 2, ktorá obsahuje kritériá na uzatvorenie zmluvy podľa bodu 2.1. Zmluvy;
 - c. príloha č. 3, ktorá obsahuje zoznam zdravotníckej techniky a zoznam zdravotných výkonov podľa bodu 3.4. Zmluvy;
 - d. príloha č. 4, ktorá obsahuje zoznam špecializovaných nemocníc a liečební a vzor žiadosti o ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti podľa bodu 3.77. Zmluvy;
 - e. príloha č. 5, obsahuje Zoznam kategorizovaného a nekategorizovaného materiálu bodu 5.5. Zmluvy;
 - f. príloha č. 6 (Cenník výkonov), ktorá obsahuje výšku jednotkovej ceny bodu podľa bodu 6.3. Zmluvy a zoznam zdravotných výkonov podľa bodu 6.3. Zmluvy, výšku úhrady za výkony dialýzy v dialyzačnom centre podľa bodu 6.13. Zmluvy; tabuľky s parametrami Kvality, Efektívnosti a Inovácií;
 - g. príloha č. 7, (Cenník hospitalizácií), ktorá obsahuje úhrady podľa bodu 8.1. Zmluvy, sumy podľa bodu 8.2. Zmluvy, paušálny príplatok podľa bodu 8.3. Zmluvy, výšky úhrady podľa bodu 8.8. Zmluvy a Finančný objem podľa bodu 8.10. Zmluvy;
 - h. príloha č. 8, ktorá obsahuje zoznam relatívnych váh pre DRG skupiny, ktorých relatívna váha nie je určená v Katalógu prípadových paušálov;
 - i. príloha č. 9, ktorá obsahuje Výpočet koeficientu a určenie parametrov podľa bodu 9.4. Zmluvy;
 - j. príloha č. 10 (Cenník agregovaných výkonov), ktorá obsahuje zoznam výkonov podľa bodu 6.10, výšku úhrady, spôsob ich vykazovania.
 - k. príloha č. 11 (Zoznam pripočítateľných položiek typu B), ktorá určuje Zoznam pripočítateľných položiek typu B a maximálnu cenu podľa bodu 9.15. Zmluvy
- 16.7. Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že v období platnosti zmluvy do 31.03.2022 sa body 9.4.; 9.5. písm. b) Zmluvy a Príloha č. 9 Zmluvy uplatňujú výhradne pre účely vygenerovania dát pre vytvorenie Dávky 274s a nie na účely zúčtovania úhrad podľa bodov 9.5. písm. a) a článku XV.

- 16.8. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že v prípade zásadného poklesu disponibilných zdrojov v sektore verejného zdravotného poistenia pristúpia zmluvné strany bezodkladne k rokovaniu o úprave zmluvných a cenových podmienok.
- 16.9. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli na užšej vzájomnej komunikácii – dohadovacom konaní v zmysle zápisov zo spoločných rokovaní konaných v roku 2021.
- 16.10. Poistovňa sa podľa zákona č. 315/2016 Z. z. o registri partnerov verejného sektora a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o RPVS“) zapisuje do registra partnerov verejného sektora (ďalej len „register“). Poskytovateľ, ktorý prijíma na základe Zmluvy finančné prostriedky alebo plnenie od Poistovne, ktoré jednorazovo presiahnu sumu 100 000,00 EUR alebo v kalendárnom roku v úhrne presiahnu sumu 250 000,00 EUR je povinný byť najmenej počas doby platnosti Zmluvy registrovaný v registri a plniť všetky povinnosti, ktoré Poskytovateľovi zo zákona o RPVS vyplývajú. Poskytovateľ berie na vedomie oprávnenia, ktoré Poistovni priznáva § 15 a 23 zákona o RPVS v prípade nesplnenia povinností Poskytovateľom, ktorými sú právo odstúpiť od Zmluvy a skutočnosť, že Poistovňa sa nedostane do omeškania s plnením pri neuhradení úhrady Poskytovateľovi podľa VZP. Poistovňa o skutočnosti neuhradenia úhrady podľa predchádzajúcej vety Poskytovateľa informuje v lehote splatnosti faktúry dohodnutej vo VZP.
- 16.11. Neoddeliteľnou súčasťou rovnopisu tejto Zmluvy určeného pre Poskytovateľa sú VZP účinné od 1. apríla 2012. V prípade, ak Poskytovateľ s Poistovňou uzavrel pre účinnosťou Zmluvy zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, VZP sú mu známe a sú zverejnené na webovom sídle Poistovne www.dovera.sk/lekar/zmluvy.
- 16.12. 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.
- 16.13. 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.
- 16.14. 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.

V Bratislave, dňa

V Bratislave, dňa

DÓVERA zdravotná poisťovňa, a. s.
Mgr. Adrián Marton, MPH
regionálny riaditeľ nákupu ZS

Národný ústav detských chorôb
Ing. et Ing. Peter Magát
riaditeľ

Zoznam špecializačných odborov

(podľa bodu 1.2 Zmluvy)

Špecializačný odbor	Druh poskytovanej Zdravotnej starostlivosti			
	ambulancie	pracovisko SVLZ	ústavná zdravotná starostlivosť	JZS
007 Pediatria	áno	---	áno	---
011 ortopédia	áno	----	áno	--
014 Otorinolaryngológia	----	----	---	áno
023 Radiológia	---	áno	---	---
024 Klinická biochémia	---	áno	---	---
027 Fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	áno	áno	---	---
031 Hematológia a transfuziológia	áno	áno	---	---
037 Neurochirurgia	áno	----	áno	---
040 klinická imunológia a alergológia	--	áno	---	--
044 Foniatria	áno	---	---	---
050 Diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy	áno	---	áno	---
051 Neonatológia	áno	---	áno	---
062 Lekárska genetika	áno	áno	---	---
104 Pediatrická neurológia	áno	---	áno	---
105 Detská psychiatria	áno	---	áno	---
107 Detská chirurgia	áno	---	áno	---
109 Pediatrická urológia	áno	---	áno	---
114 Pediatrická otorinolaryngológia	áno	---	áno	----
116 Detská dermatovenerológia	áno	---	áno	---
140 Pediatrická imunológia a alergológia	áno	---	---	---
141 Klinická logopédia	áno	---	---	---
143 Liečebná pedagogika	áno	---	---	---
144 Klinická psychológia	áno	---	---	---
145 Pediatrická reumatológia	áno	---	---	---
153 Pediatrická endokrinológia	áno	---	---	---
154 Pediatrická gastroenterológia, hepatológia a výživa	áno	---	---	---
156 Pediatrická pneumológia a ftizeológia	áno	--	áno	--
163 Pediatrická nefrológia	áno	---	---	---
207 Transplantačné	--	---	áno	---

323 Pediatriká anesteziológia	áno	--	áno	--
329 Pediatriká hematológia a onkológia	áno	--	áno	--
336 Pediatriká oftalmológia	áno	--	áno	--
647 201 Mobilné odberové miesto	áno	--	--	--
977 801 urgentný príjem II. typu pre deti a dorast	áno	--	--	--

Obmedzenia pre poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti:

Špecializačný odbor	Typ obmedzenia
-	-

Kritériá na uzatvorenie zmluvy s Poskytovateľom
podľa bodu 2.1. Zmluvy

Názov kritéria Popis kritéria	Váha kritéria (%)
<p>Personálne vybavenie zdravotníckeho zariadenia</p> <p>Splnenie podmienok podľa: - všeobecne záväzných právnych predpisov stanovujúcich personálne vybavenie - koncepcie medicínskych odborov - platné povolenie na činnosť zdravotníckeho zariadenia v zmysle § 7 ods. 2 zákona č. 578/2004 Z. z.</p>	25
<p>Materiálno-technické vybavenie zdravotníckeho zariadenia</p> <p>Materiálno-technické vybavenie pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti je najmenej na úrovni stanovenej všeobecne záväznými právnymi predpismi.</p>	25
<p>Parametre efektivity a kvality</p> <p>Jednotnými ukazovateľmi sú: dostupnosť, CMI (Case Mix Index), spokojnosť poistencov, komplexnosť poskytovanej starostlivosti, služby pre pacientov, dodatočné náklady, spádovosť, operovanosť, rehospitalizácie, prevzatia z iného zdravotníckeho zariadenia, preloženia do iného zdravotníckeho zariadenia, plánované / akútne hospitalizácie, úmrtnosť, priemerná dĺžka hospitalizácie, točivosť</p>	40
<p>Využívanie elektronických služieb (inovácií) Využívanie služieb: eRecept, eZúčtovanie, eLAB, návrhy online</p>	10

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.

Zoznam zdravotníckej techniky a zdravotných výkonov
podľa bodu 3.3. Zmluvy

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

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

Názov prístroja	Kódy zdravotných výkonov
Počítačový tomograf	5200, 5201, 5202, 5203, 05204, 5204a-e, 5205, 5206, 5206a -b, 5207, 5208, 5207a, 5209, 5210, 5211, 5212, 5212a
Magnetická rezonancia	5600, 5605, 5605a, 5610, 5611, 5611a-c, 5612, 5612a-e, 5613
Mamograf	--
Pozitrónový emisný tomograf	--
PCR analyzátor	4990, 4991, 4992, 4993
Osteodenzitometer celotelový	5330, 5331, 5332

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

Zoznam špecializovaných nemocníc a liečební

Názov	Mesto	Adresa
Národné rehabilitačné centrum	Kováčová	Slnečná 1

ŽIADOSŤ o ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti
v špecializovaných nemocniciach a liečebniach

Názov a sídlo liečebného zariadenia.....

Meno poisťovne:.....tel.

Rodné číslo:.....BydliskoPSČ.....

Medicínske odôvodnenie návrhu:

Anamnéza:

.....

.....

Objektívne vyšetrenie:.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

Epikríza:.....

.....

.....

.....

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

.....

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

.....

.....

.....

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

Predpokladané obdobie liečby:

.....

Prílohy (uviesť poradové číslo a názov prílohy)

Dňa:

.....

.....

riaditeľ zdrav. zariadenia

primár oddelenia

navrhujúci lekár

pečiatka a kód navrhujúceho lekára

I. Zoznam kategorizovaného materiálu podľa bodu 5.5. Zmluvy

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

kód ZM	Názov ZM
-	--

II. Zoznam nekategorizovaného materiálu podľa bodu 5.5. Zmluvy

Kód ZP	Revízny lekár	Názov ZP (ŠZM)	Maximálna cena
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-

Cenník výkonov

Cena bodu hodnota v €	Základná cena	Zvýhodnená cena*
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačných odboroch lekárska genetika (062 501) do 30.06.2021	0,005311	0,005311
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačných odboroch lekárska genetika (062 501) od 01.07.2021	0,0053	0,005975
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačných odboroch klinická biochémia (024 501) do 30.06.2021	0,004780	0,004780
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačných odboroch klinická biochémia (024 501) od 01.07.2021	0,004780	0,005975
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačných odboroch hematológia a transfuziológia (031 501) do 30.06.2021	0,005378	0,005378
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačných odboroch hematológia a transfuziológia (031 501) od 01.07.2021	0,005311	0,005975
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačných odboroch klinická imunológia a alergológia (040 501) do 30.06.2021	0,005311	0,005311
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačných odboroch klinická imunológia a alergológia (040 501) od 01.07.2021	0,005311	0,005975
pri zdravotných ostatných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačnom odbore rádiológia (P43059023501 a P43059023503)	0,007801	
pri zdravotných výkonoch magnetickej rezonancie vrátane aplikovania kontrastnej látky vykázané na pracovisku (P43059023504)	0,004232	-
pri zdravotných výkonoch počítačovej tomografie vrátane aplikovania kontrastnej látky vykázané na pracovisku (P43059023502)	0,004514	-
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačnom odbore fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia (027501)	0,008617	-

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 (027501)	0,015446	
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“, v ambulancii špecializačného odboru, pre ktorú nie je dohodnutý finančný objem v zmysle bodu 6.6. Zmluvy	0,008195	-
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 finančný objem v zmysle bodu 6.6. Zmluvy	0,023180	0,029293
pri zdravotnom výkone: 60 (420bodov) v iných špecializačných odboroch ako: 001, 004, 060	0,026432	-
pri zdravotnom výkone: 60 (500bodov) v špecializačných odboroch: 001, 004, 060	0,026432	-
pri zdravotných výkonoch: 62 (270 bodov); 63 (210 bodov) v iných špecializačných odboroch ako: 001, 004, 060	0,023180	0,029293
Pri zdravotných výkonoch: 62 (310 bodov), 63 (250 bodov) v špecializačných odboroch: 001, 004, 060	0,023180	0,029293
pri zdravotnom výkone 15D (50bodov) – Zhodnotenie RTG dokumentácie, ak nie je vykonané pracoviskom RTG, vrátane popisu v zdravotnej dokumentácii, pre odbornosti: 003, 010, 011, 013, 014, 045, 114, 156, 145, 107,108	0,0193	-
pri zdravotnom výkone 159c vykonanom lekárom so špecializáciou v špecializačnom odbore urológia	0,048972	-
pri zdravotných výkonoch vykonaných v rámci Urgentného príjmu (kód P43059977801; mimo výkonov vykonaných na povinnom technickom vybavení : CT, EKG, USG, mobilný RTG)	0,023180	
pri zdravotných výkonoch vykonaných v rámci Urgentného príjmu vykonaných na CT vrátane aplikovania kontrastnej látky	0,004514	
pri zdravotných výkonoch vykonaných v rámci Urgentného príjmu vykonaných na EKG, USG, mobilnom RTG	0,007801	
pri zdravotnom výkone 741 (3 292 bodov) v špecializačnom odbore pediatriká gastroenterológia, hepatológia a výživa	0,023180	0,029293
pri zdravotných výkonoch: 5793, 5794, 5795 v špecializačnom odbore neurológia	0,012610	
Pri zdravotných výkonoch 819D (800 bodov) v špecializačnom odbore neurológia	0,023180	0,029293
Pri zdravotných výkonoch: 65 (200 bodov), 66 (320 bodov), 67 (200 bodov), v špecializačnom odbore: 001, 004, 060, 007, 017, 104, 105, 107, 108, 109, 114, 116, 140, 145, 153, 154, 155, 156, 163, 323, 329, 331, 335, 336, 341	0,023180	0,029293
Pri zdravotných výkonoch: 841 (1820 bodov), 847 (520 bodov), v špecializačnom odbore: 105	0,023180	0,029293
Pri zdravotných výkonoch: 3335 (90 bodov), 3337 (450 bodov), 3322 (130 bodov), 3323 (900), pre odbornosť 141	0,023180	0,029293
Pri zdravotných výkonoch: 867 (1200 bodov), 869 (1200 bodov), pre odbornosť 144	0,023180	0,029293
COVM: 1km jazdy formou výjazdovej služby kilometer jazdy poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, ktorý je držiteľom povolenia na prevádzkovanie mobilného odberového miesta, ktorý vykonáva odber biologického materiálu formou výjazdovej služby osobe, ktorej národné centrum vydalo jednoznačný identifikátor potvrdzujúci indikáciu zo zdravotných dôvodov	0,903	-

<p>1B06025 Pohovor pri plánovaní zásadnej zmeny liečby - prechod na liečbu inzulínovou pumpou (1200 bodov)</p> <p>Výkon zahŕňa nasledovné činnosti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vysvetlenie vhodnosti takejto liečby, jej benefitov a možných rizík, • základná edukácia o inzulínovej pumpke v spolupráci s odbornou spôsobilým pracovníkom - názorná ukážka obsluhy pumpy. <p>Podmienky úhrady výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • predchádzajúce schválenie inzulínovej pumpy zdravotnou poisťovňou, • príprava na liečbu inzulínovou pumpou, vysvetlenie vhodnosti takejto liečby, • stanovenie bazálneho a bolusového inzulínu, edukácia o zmenách dávok inzulínu a nácvik technickej obsluhy • dĺžka trvania výkonu je minimálne 180 minút. <p>Zdravotná poisťovňa neuhradí výkon v prípade pacientov s niektorým z nasledovných zdravotných stavov alebo niektorou z uvedených diagnóz:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pacient je dialyzovaný, • pacient má diagnostikovanú ketoacidózu, • pacient má závažnú poruchu zraku, • pacient má závažné psychiatrické ochorenie, • pacient už bol nastavený na liečbu inzulínovou pumpou v rámci ústavnej zdravotnej starostlivosti, • E10.21 a súčasne N18.5, • E10.11 • H53 – H54. <p>Maximálna frekvencia vykazovania výkonu: 1-krát za život poistenca. Vykonávanie výkonu: výkon vykonáva lekár so špecializáciou pediatrika endokrinológia a diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy</p>	<p>0,023180</p>	<p>0,029293</p>
<p>1A03007 - Kontrolné diabetologické vyšetrenie pri liečbe inzulínovou pumpou (1200 bodov)</p> <p>Výkon zahŕňa nasledovné činnosti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • obsluha a využívanie technických možností pumpy, • úprava dávok inzulínu, • identifikácia chýb na základe analýzy údajov z pamäti pumpy • fyzikálne vyšetrenie pacienta (ak bolo vykonané) <p>Maximálna frekvencia vykazovania výkonu: najviac 4 x za 12 mesiacov. Vykonávanie výkonu: výkon vykonáva lekár so špecializáciou pediatrika endokrinológia a diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy</p>	<p>0,023180</p>	<p>0,029293</p>
<p>1A02009 kontinuálny monitoring glykémii (1000 bodov)</p> <p>Výkon zahŕňa nasledovné činnosti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontinuálne monitorovanie koncentrácie glukózy v intersticiálnej tekutine so zavedením glukózového senzoru • Prenesenie nameraných údajov a ich vyhodnotenie pre optimalizáciu liečby • Vykázanie výkonu je podmienené dôkladným zápisom, evidenciou elektronického záznamu kontinuálneho monitoringu a odôvodnením v zdravotnej dokumentácii <p>Maximálna frekvencia vykazovania výkonu: najviac 4 x za 12 mesiacov. Vykonávanie výkonu: výkon vykonáva lekár so špecializáciou pediatrika endokrinológia a diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy</p>	<p>0,023180</p>	<p>0,029293</p>

Jednotková cena výkonu

Cena výkonu		hodnota v €
299x	Odber biologického materiálu na vyšetrenie COVID -19	3,00
16x	Vyhodnotenie rýchleho kazetového testu na dôkaz IgM/IgG na ochorenie COVID-19.	2,20
44462	Glykovaný hemoglobín metódou HPLC	7,60
4571a	C- reaktívny proteín pre kapítovaných poistencov do dovŕšenia 19. roku života	3,00
9526	Základné skúšky pri DMP v moči	3,82
9527	Špeciálne skúšky pri DMP v moči	5,31
9528	Aminokyseliny v plazme pri DMP	36,83
9529	Aminokyseliny v plazme – STATIM pri DMP	53,98
9530	Aminokyseliny v moči pri DMP	36,83
9531	Aminokyseliny v likvore pri DMP	36,83
9532	Tiosírany kvánt, v moči pri DMP	4,23
9533	Organické kyseliny v moči pri DMP	53,30
9534	Organické kyseliny v moči – STATIM pri DMP	70,45
9535	Sukcinylaceton v moči pri DMP	7,42
9536	Sukcinylaceton v moči – STATIM pri DMP	28,05
9537	Kyselina oxalová v moči pri DMP	12,38
9538	Biotinidáza kvánt, v sére pri DMP	5,20
9539	Karnitín voľný v sére pri DMP	17,17
9540	Karnitín voľný v sére - STATIM pri DMP	146,70
9541	Galaktóza semikvant. v suchej kvapke krvi pri DMP	11,41
9542	Galaktóza semikvant. v SKKi- STATIM pri DMP	26,85
9543	Sacharidy kvantitatívne v SKKi pri DMP	34,23
9544	Sacharidy v moči pri DMP	70,74
9545	Kyselina sialová v moči kvalitatívne, kvantitatívne pri DMP	24,13
9546	Glykozaminoglykany v moči kvalitatívne, kvantitatívne pri DMP	22,36
9547	Glykogén v erytrocytoch pri DMP	17,64
9548	UV- spektrometria lipidov v sére pri DMP	7,37
9549	Kyselina orotová v moči pri DMP	7,19
9560	Kyselina orotová v moči – STATIM pri DMP	20,22
9561	Izoelektrická fokusácia transferínu v sére pri DMP	22,92

Výkony Telemedicíny

Výkon	Cena bodu v Eur
<p>1b - Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky (190 bodov)</p> <p>Popis výkonu (ďalej len „výkon“): Konzultácia s pacientom prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cielenú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly, vo vzťahu k jednému orgánovému systému • popis subjektívnych ťažkostí, • diagnostický záver, • poučenie o diéte a životospráve, • v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplynuli z konzultácie ohľadom zdravotného stavu • prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára • poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie <p>Vykazovanie výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta; • zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii; • súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj z online prostredia (časový údaj o realizácii telefonického rozhovoru, emailu a sms správy), popis zdravotného výkonu dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára; • výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi; • výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta; • vykazuje sa samostatne, najviac 1x za deň; <p>Vykonávanie výkonu: výkon vykonáva lekár, klinický psychológ</p>	<p>0,027</p>
<p>11a - Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor) (250 bodov)</p> <p>Popis výkonu (ďalej len „výkon“): Konzultácia s pacientom prostredníctvom doložiteľnej elektronickej komunikácie (webová aplikácia, videohovor) v online prostredí, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie, realizáciu fotografií pacienta / vyšetrovaného orgánu pre prídanie do zdravotnej dokumentácie a obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cielenú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom • zhodnotenie výsledkov, • vypísanie receptov, prípadne vypísanie žiadaniek na ďalšie vyšetrenie, • poučenie pacienta, • diagnostický záver • určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára. <p>Vykazovanie zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • výkon sa vykazuje ako komplexná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia • súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj z online prostredia, • popis zdravotného výkonu • diagnostický záver, ak je potrebné dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly • prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára. • výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi • ak je po konzultácii potrebná aj kontrola v ambulancii, vykazujú sa len výkony, ktoré sa vykonali ambulantne a výkon sa nevykazuje • výkon sa vykazuje samostatne, najviac 1x deň <p>Vykonávanie výkonu: výkon vykonáva lekár</p>	<p>0,027</p>

<p>70 - Opätovné lekárske vystavenie receptov a (alebo) poukazov (50 bodov)</p> <p>Popis výkonu(ďalej len „výkon“):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronickou formou pre lieky/ zdravotné pomôcky, ktoré pacient užíva dlhšie ako 3 mesiace a nebola realizovaná zmena dávkovania lieku • Vykazovanie výkonu: • výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta • súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj z online prostredia • údaj, kedy bol recept vypísaný • údaj o predpise lieku/ zdravotnej pomôcky pacientovi prostredníctvom elektronických služieb • výkon sa vzťahuje na jedného pacienta bez ohľadu na počet liekov/ zdravotnej pomôcky, ktoré boli pacientovi predpísané • výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi <p>Vykazuje sa samostatne, najviac 1x za deň, bez ohľadu na počet vystavených receptov a/alebo poukazov.</p> <p>Vykonávanie zdravotného výkonu: výkon vykonáva lekár</p>	<p>0,027</p>
<p>1c – Krízová konzultácia psychiatrom a psychológom prostredníctvom elektronickej komunikácie (1200 bodov)</p> <p>Popis zdravotného výkonu (ďalej len „výkon“):</p> <p>Konzultácia s pacientom telefonicky alebo prostredníctvom elektronickej pošty alebo webovej aplikácie alebo videohovoru obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cielenú anamnézu, • popis subjektívnych ťažkostí, • krízovú psychoterapeutickú intervenciu ako okamžité opatrenie pri akútnej psychickej dekompenzácii (napríklad pokus o samovraždu) • diagnostický záver, • poučenie o psychohygiene, • v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu • prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára • poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie <p>Vykazovanie výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez osobnej prítomnosti pacienta • zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii • súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj z online prostredia, popis zdravotného výkonu v trvaní najmenej 45 minút, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára • výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi. • výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta. • výkon sa vykazuje samostatne, najviac 1x za deň • opakované vykávanie v jednom liečebnom prípade vyžaduje osobitné zdôvodnenie v zdravotnej dokumentácii <p>Vykonávanie výkonu : výkon vykonáva lekár so špecializáciou psychiatria, detská psychiatria, gerontopsychiatria a klinický psychológ</p>	<p>0,027</p>

Základný rozsah

Základný rozsah na kalendárny polrok pre špecializačný odbor podľa bodu 7.11. Zmluvy	hodnota v bodoch
(011)- ortopédia	1 049 300
(027) - fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	2 145 000
(031) - hematológia a transfuziológia	315 800
(037) - neurochirurgia	132 000
(044) - foniatria	168 400
(051) - neonatológia	33 000
(104) - pediatrická neurológia	1 320 000
(105) - detská psychiatria	974 800
(107) - detská chirurgia	1 598 000
(109) - pediatrická urológia	594 000
(114) - pediatrická otorinolaryngológia	1 173 500

(116) - detská dermatovenerológia	792 000
(140) - pediatrická imunológia a alergiológia	434 300
(141) - klinická logopédia	275 500
(143) - liečebná pedagogika	180 200
(144) - klinická psychológia	231 000
(145) - pediatrická reumatológia	118 400
(153) - pediatrická endokrinológia a diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy	725 300
(154) - pediatrická gastroenterológia, hepatológia a výživa	550 100
(156) - pediatrická pneumológia a ftizeológia	528 000
(163) - pediatrická nefrológia	289 100
(323) - pediatrická anestéziológia	1 031 700
(329) - pediatrická hematológia a onkológia	651 200
(336) - pediatrická oftalmológia	1 650 000
(007) - pediatria	651 200
(050) - diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy	533 300
(062) - lekárska genetika	132 000

Základný rozsah

Základný rozsah na kalendárny polrok pre špecializačný odbor odo dňa účinnosti Zmluvy	hodnota v bodoch
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

Minimálna jednotková cena podľa bodu 6.4. Zmluvy	hodnota v €
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“	0,003319
pri iných zdravotných výkonoch ako uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“	0,003319

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 pôrodníctvo, ktorý vykonáva preventívnu gynekologickú prehliadku plne uhrádzanú z verejného zdravotného poistenia

Výkon: 159c, 689, výkony Telemedicíny

Zoznam zdravotných výkonov a iných nákladov, ktoré sa nezahŕňajú do finančného objemu podľa bodu 6.6. Zmluvy

Náklady na lieky, ktoré sú v Zozname liekov označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ lebo „AS“ pre stanovené finančné objemy podľa bodu 6.6. písm. a) Zmluvy

Výkon COVM, 299x, 16x, 1B06025, 1A02009, 1A03007

Parametre Kvality a Inovácií pre špecializovanú ambulantnú starostlivosť

	Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
KVALITA	Subjektívna spokojnosť	I ₁ = najmenej 6 dotazníkov vyplnených poistencami ošetrovanými u Poskytovateľa
	Bezpečná medikácia	I ₂ = najmenej jedno zobrazenie elektronickej liekovej knižky počas najmenej 90% ordinačných dní
INOVÁCIE	eRecept	I ₃ = najmenej 75% Liekov predpísaných Poskytovateľom elektronicke
	eZúčtovanie	I ₄ = najmenej 75% zúčtovacích dokladov zasielaných a potvrdených elektronicke, a to prostredníctvom Elektronickej pobočky alebo zo softvéru Poskytovateľa
	eLab	I ₅ = najmenej 75% elektronickej žiadostí o vykonanie laboratórných a zobrazovacích vyšetrení odoslaných po zobrazení existujúcich žiadostí o vykonanie laboratórných a zobrazovacích vyšetrení
	NávrhyOnline	I ₆ = najmenej 10% návrhov na poskytnutie zdravotnej starostlivosti odoslaných elektronicke

váhy pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h _n		V _n
	Neplní	plní	
Subjektívna spokojnosť	0 %	100 %	v ₁ = 10 %
Bezpečná medikácia	0 %	100 %	v ₂ = 15 %
eRecept	0 %	100 %	v ₃ = 10 %
eZúčtovanie	0 %	100 %	v ₄ = 10 %
eLab	0 %	100 %	v ₅ = 15 %
NávrhyOnline	0 %	100 %	v ₆ = 10 %

Parametre Efektívnosti pre špecializovanú ambulantnú starostlivosť

	Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
EFEKTÍVNOSŤ	Kontakt	I ₁ = počet ošetrení/počet unikátnych prepočítaných rodných čísiel (s výnimkou vybraných klinických výkonov a vstupných vyšetrení)
	Náklady na pacienta	I ₂ = náklady na vlastné a indukované (ŠAS aj SValZ) vyšetrenia vrátane pripočítateľných položiek, okrem výkonov vykonaných v súvislosti s preventívnou prehliadkou, a náklady na predpísané a odporúčané lieky, zdravotnícke pomôcky, dietetické potraviny, okrem očkovacích látok, rizikové váženie podľa veku a pohlavia (s výnimkou 2% najdrahších)

váhy a pásma pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h _n			V _n
	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	
Kontakt	100 %	100 %	0 %	v ₁ = 10 %
Náklady na pacienta	100 %	100 %	0 %	v ₂ = 20 %

Parametre Kvality a Inovácií pre špecializovanú ambulantnú starostlivosť* (diabetológia)

	Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
KVALITA	Subjektívna spokojnosť	I ₁ = najmenej 6 dotazníkov vyplnených poistencami ošetrovanými u Poskytovateľa
	Bezpečná medikácia	I ₂ = najmenej jedno zobrazenie elektronickej liekovej knižky počas najmenej 90% ordinačných dní
	Štandard liečby HbA _{1c}	I ₃ = najmenej 90% pacientov v kmene, ktorí majú za rok od poslednej návštevy u diabetológa aspoň 1x odmeranú hladinu HbA _{1c}
INOVÁCIE	eRecept	I ₄ = najmenej 75% Liekov predpísaných Poskytovateľom elektronicke
	eZúčtovanie	I ₅ = najmenej 75% zúčtovacích dokladov zasielaných a potvrdených elektronicke, a to prostredníctvom Elektronickej pobočky alebo zo softvéru Poskytovateľa
	eLab	I ₆ = najmenej 75% elektronickej žiadostí o vykonanie laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení odoslaných po zobrazení existujúcich žiadostí o vykonanie laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení
	NávrhyOnline	I ₇ = najmenej 10% návrhov na poskytnutie zdravotnej starostlivosti odoslaných elektronicke

*váhy pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h _n		V _n
	Neplní	plní	
Subjektívna spokojnosť	0 %	100 %	v ₁ = 10 %
Bezpečná medikácia	0 %	100 %	v ₂ = 5 %
Štandard liečby HbA _{1c}	0 %	100 %	v ₃ = 10 %
eRecept	0 %	100 %	v ₄ = 10 %
eZúčtovanie	0 %	100 %	v ₅ = 10 %
eLab	0 %	100 %	v ₆ = 15 %
NávrhyOnline	0 %	100 %	v ₇ = 10 %

Parametre Efektívnosti pre špecializovanú ambulantnú starostlivosť

	Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
EFEKTÍVNOSŤ	Kontakt	I_1 = počet ošetroení/počet unikátnych prepočítaných rodných čísiel (s výnimkou vybraných klinických výkonov a vstupných vyšetrení)
	Náklady na pacienta	I_2 = náklady na vlastné a indukované (ŠAS aj SVALZ) vyšetrenia vrátane pripočítateľných položiek, okrem výkonov vykonaných v súvislosti s preventívnou prehliadkou, a náklady na predpísané a odporúčané lieky, zdravotnícke pomôcky, dietetické potraviny, okrem očkovacích látok, rizikové váženie podľa veku a pohlavia (s výnimkou 2% najdrahších)

váhy a pásma pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h_n			v_n
	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	
Kontakt	100 %	100 %	0 %	$v_1 = 10 \%$
Náklady na pacienta	100 %	100 %	0 %	$v_2 = 20 \%$

Parametre Kvality a Inovácií pre špecializovanú ambulantnú starostlivosť (klinická psychológia, psychoterapia)

	Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
KVALITA	-	-
INOVÁCIE	eZúčtovanie	I ₁ = najmenej 75% zúčtovacích dokladov zasielaných a potvrdených elektronicke, a to prostredníctvom Elektronickej pobočky alebo zo softvéru Poskytovateľa

váhy pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h _n		V _n
	neplní	Plní	
eZúčtovanie	0 %	100 %	v ₁ = 20 %

Parametre Efektívnosti

Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
Počet bodov na poistenca pri psychoterapii	I ₁ = počet bodov vlastných zdravotných výkonov vykonaných bez objednania poskytovateľom špecializovanej ambulancie a objednaných pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti poistencom pri psychoterapii/ počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť
Počet bodov na poistenca pri psychodiagnostike	I ₂ = počet bodov vlastných zdravotných výkonov vykonaných bez objednania poskytovateľom špecializovanej ambulancie a objednaných pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti poistencom pri psychodiagnostike/ počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť
Počet vyšetrení na jedného poistenca pri psychoterapii	I ₃ = počet vyšetrení psychoterapie/ počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť pri psychoterapii
Počet vyšetrení na jedného poistenca pri psychodiagnostike	I ₄ = počet vyšetrení psychodiagnostiky/ počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť pri psychodiagnostike

váhy a pásma pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h _n			V _n
	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	
Počet bodov na poistenca pri psychoterapii	75 %	100 %	0 %	v ₁ = 25 %
Počet bodov na poistenca pri psychodiagnostike	75 %	100 %	0 %	v ₂ = 15 %
Počet vyšetrení na jedného poistenca pri psychoterapii	100 %	100 %	0 %	v ₃ = 25 %
Počet vyšetrení na jedného poistenca pri psychodiagnostike	100 %	100 %	0 %	v ₄ = 15 %

Parametre Kvality a Inovácií pre špecializovanú ambulantnú starostlivosť (klinická logopédia, liečebná pedagogika, špeciálna pedagogika)

	Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
KVALITA	-	-
INOVÁCIE	eZúčtovanie	I ₁ = najmenej 75% zúčtovacích dokladov zasielaných a potvrdených elektronicke, a to prostredníctvom Elektronickej pobočky alebo zo softvéru Poskytovateľa

váhy pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h _n		V _n
	neplní	Plní	
eZúčtovanie	0 %	100 %	v ₁ = 20 %

Parametre Efektívnosti pre špecializovanú ambulantnú starostlivosť

Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
Počet bodov na poistenca za ambulantné výkony	I ₁ = 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 vyšetrení na jedného poistenca	I ₂ = počet vyšetrení / počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť

váhy a pásma pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h _n			V _n
	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	
Počet bodov na poistenca	100 %	100 %	0 %	v ₁ = 40 %
Počet vyšetrení na jedného poistenca	100 %	100 %	0 %	v ₂ = 40 %

Parametre Kvality a Inovácií pre odbornosti spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek *

	Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
KVALITA	Akreditácia podľa ISO 15189:2012	I ₁ = akreditácia ISO pre jednotlivú špecializačnú odbornosť uvedenú v prílohe č. 1
	Externý systém kvality (EQC)	I ₂ = Poskytovateľ má do EQC v špecializačných odbornostiach klinická biochémia, klinická biochémia, klinická imunoalergológia, klinická mikrobiológia, laboratórna medicína a klinická farmakológia prihlásených 60% výkonov Poskytovateľ má do EQC v špecializačných odbornostiach patologická anatómia a lekárska genetika prihlásených 70% výkonov
INOVÁCIE	elab – prepojenie indikovanej ZS s vykázanou ZS v informačnom systéme Poisťovne	I ₃ = najmenej 75% prepojenej indikovanej ZS s vykázanou ZS
	elab – elektronizácia žiadaniek	I ₄ = najmenej 95% elektronických žiadaniek

*váhy pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h_n		v_n
	Neplní	plní	
Akreditácia podľa ISO 15189:2012	0 %	100 %	v ₁ = 20 %
Externý systém kvality (EQC)	0 %	100%	v ₂ = 10 %
elab – prepojenie indikovanej ZS s vykázanou ZS v informačnom systéme Poisťovne	0 %	100 %	v ₃ = 25 %
elab – elektronizácia žiadaniek	0 %	100 %	v ₄ = 15 %

Parametre Efektívnosti pre odbornosti spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek*

	Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
EFEKTÍVNOSŤ	Spektrum	I ₅ = počet výkonov vykázaných viac ako 10-tim pacientom
	Náklady na pacienta	I ₆ =Priemerné náklady prepočítaného pacienta na SVALZ vyšetrenie so zohľadnením chorobnosti pacientov a skladby odosielajúcich lekárov Počet bodov vykázaných za výkony ZS /Počet pacientov prepočítaných podľa parametrov chorobnosti a skladby lekárov indikujúcich vyšetrenia

*váhy a pásma pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h_n			v_n
	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	
Spektrum	0 %	50 %	100 %	v ₅ = 10 %
Náklady na pacienta	100 %	100 %	0 %	v ₆ = 20 %

Cenník hospitalizácií pre DRG nerelevantné oddelenia

Oddelenie	KÓD oddelenia	základný hospitalizačný paušál	Úprava HP podľa dĺžky trvania hospitalizácií v dňoch				CENA lôžkodňa
			1 - 10	11 - 20	21 - 40	41 a viac	
Detská psychiatria	105 101	1 422,00	--	--	--	--	--
Detská psychiatria - Dlhodobá liečba poruchy príjmu potravy pre poistencov detského a adolescentného veku*	105 102	--	--	--	--	--	102,50

***Pozn:**

Podmienkou úhrady dlhodobej liečby poruchy príjmu potravy pre poistencov detského a adolescentného veku je kontraindikácia ambulantnej liečby u poistencov s hmotnostným percentilom pod 10% normy. Dlhodobá liečba nadväzuje na liečbu na akútnom psychiatrickom lôžku, po zvládnutí akútneho, život ohrozujúceho stavu, v dĺžke minimálne 7 dní.

Podmienkou úhrady je nevyhnutnosť pokračujúcej dlhodobej ústavnej liečby minimálne 21 dní. Maximálna dĺžka úhrady u indikovaných poistencov je 60 dní. Cena za ošetrovací deň zahŕňa všetky náklady na komplexnú poskytnutú ZS poistenca, vrátane konziliárnych vyšetrení, spotrebovaných liekov (vrátane A liekov), ŠZM a pod.

Finančný objem

Finančný objem na kalendárny mesiac podľa bodu 8.10. Zmluvy	24 389,00 €
---	-------------

Zoznam relatívnych váh DRG skupín bez určenia v Katalógu prípadových paušálov

Kód DRG	Názov	Relatívna váha*	Zníženie relatívnej váhy na deň pri OD kratšej ako dolná hranica	Zvýšenie relatívnej váhy na deň pri OD dlhšej ako horná hranica
B61B	Určité akútne ochorenia a poranenia miechy bez komplexného výkonu alebo viac ako 13 ošetrovacích dní alebo žiadne preloženie	1,9168	0,0875	0,035
B76A	Záchvaty, viac ako jeden ošetrovací deň, s komplexnou diagnózou a liečbou	0,8776	-	0,0358
E76A	Tuberkulóza, viac ako 14 ošetrovacích dní	2,682	0,1616	0,0323
D01A		1,7635	-	-
Všetky ostatné DRG skupiny bez určenej relatívnej váhy v platnom Katalógu prípadových paušálov		1,2782	-	-

Výpočet koeficientu a určenie parametrov podľa bodu 9.4. Zmluvy

- a) Koeficient (Kof) zohľadňujúci zmenu casemixu a počtu Hospitalizačných prípadov medzi referenčným a hodnoteným obdobím sa vypočíta nasledovne:

$$Kof = \left(\frac{Kof_{max} - Kof_{min}}{\pi} \right) \times \tan^{-1} \left[25 \times \left(Kof_{CD} - \left(\frac{Kof_{max} + Kof_{min}}{2} \right) \right) \right] + \left(\frac{Kof_{max} + Kof_{min}}{2} \right)$$

Označenie parametra	Názov parametra	Popis parametra
Kof	Koeficient	Kof = zohľadňuje zmenu casemixu a počtu Hospitalizačných prípadov medzi referenčným a hodnoteným obdobím
Kof _{max}	Maximálna hodnota Koeficientu	Kof _{max} = maximálna hodnota koeficientu pre úhradu za Hospitalizačné prípady pre rok 2020, ktorá je dohodnutá vo výške 1,02
Kof _{min}	Minimálna hodnota Koeficientu	Kof _{min} = minimálna hodnota koeficientu pre úhradu za Hospitalizačné prípady pre rok 2020, ktorá je dohodnutá vo výške 0,98
Kof _{CD}	Koeficient Cobb-Douglasovej produkčnej funkcie	Kof _{CD} = koeficient, ktorý zohľadňuje zmenu casemixu a počtu Hospitalizačných prípadov medzi referenčným a hodnoteným obdobím pomocou Cobb-Douglasovej produkčnej funkcie

- b) Koeficient Cobb-Douglasovej produkčnej funkcie sa vypočíta nasledovne:

$$Kof_{CD} = \min\{Kof_{CM}; (Kof_{CM})^{0.5} \times (Kof_{PHP} + 0,04)^{0.5}\}$$

$$Kof_{CM} = \frac{CM_{x-n,hod}}{CM_{x-n,ref}} \quad Kof_{PHP} = \frac{PHP_{x-n,hod}}{PHP_{x-n,ref}}$$

Označenie parametra	Názov parametra	Popis parametra
Min	Funkcia min	min = funkcia, ktorá vyberie z oboru hodnôt najnižšiu hodnotu
Kof _{CM}	Koeficient vývoja casemixu	Kof _{CM} = koeficient vývoja casemixu medzi referenčným a hodnoteným obdobím
Kof _{PHP}	Koeficient vývoja počtu Hospitalizačných prípadov	Kof _{PHP} = koeficient vývoja počtu Hospitalizačných prípadov medzi referenčným a hodnoteným obdobím
CM _{x-n,ref}	Suma efektívnych relatívnych váh v referenčnom období	CM _{x-n,ref} = suma efektívnych relatívnych váh Hospitalizačných prípadov ukončených v referenčnom období
CM _{x-n,hod}	Suma efektívnych relatívnych váh v hodnotenom období	CM _{x-n,hod} = suma efektívnych relatívnych váh Hospitalizačných prípadov ukončených v hodnotenom období
PHP _{x-n,ref}	Počet Hospitalizačných prípadov v referenčnom období	PHP _{x-n,ref} = počet Hospitalizačných prípadov ukončených v referenčnom období
PHP _{x-n,hod}	Počet Hospitalizačných prípadov v hodnotenom období	PHP _{x-n,hod} = počet Hospitalizačných prípadov v hodnotenom období
x-n,ref	Referenčné obdobie (RO)	RO = referenčným obdobím sú príslušné kalendárne mesiace x-n referenčného obdobia
x-n,hod	Hodnoteného obdobia (HO)	HO = hodnoteným obdobím sú príslušné kalendárne mesiace x-n hodnoteného obdobia

c) Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli na určení konkrétnej hodnoty parametra UHR_{x-n;ref}, EMZS_{x-n;ref}, CM_{x-n;ref} a PHP_{x-n;ref} v referenčnom období 2020 nasledovne:

RO	UHR	EMZS	CM	PHP
4-6;2020	3 197 268	99 953	1 564	1 064
4-9;2020	6 338 775	199 906	3 128	2 128
4-12;2020	9 480 283	299 859	4 692	3 192

d) Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli na určení konkrétnej hodnoty parametra UHR_{x-n;ref}, EMZS_{x-n;ref}, CM_{x-n;ref} a PHP_{x-n;ref} v referenčnom období 2021 a nasledujúcom takto:

RO	UHR	EMZS	CM	PHP
1-3;2021 a nasl.	3 141 508	99 953	1 564	1 064
1-6;2021 a nasl.	6 283 016	199 906	3 128	2 128
1-9;2021 a nasl.	9 424 523	299 859	4 692	3 192
1-12;2021 a nasl.	12 566 031	399 812	6 256	4 256

Zmluvné strany sa pre vylúčenie pochybností dohodli, že číselné vyjadrenie parametra uvedené v tabuľke vyššie má vždy prednosť pred jeho slovným vyjadrením podľa bodu 9.4. písmeno a. a b. Zmluvy.“

c) Ilustrácia konkrétnych výsledkov koeficientu vzhľadom na zmenu casemixu a počtu Hospitalizačných prípadov medzi referenčným a hodnoteným obdobím je uvedená v nasledovnej tabuľke:

Koef_CM	0,980	0,985	0,990	0,995	1,000	1,005	1,010	1,015	1,020	1,025	1,030	1,035	1,040	1,045	1,050	1,055	1,060	1,065	1,070	1,075	1,080	1,085	1,090	1,095	1,100	1,105	1,110	1,115	1,120	1,125	1,130	1,135	1,140	
0,910	0,991	0,991	0,992	0,992	0,993	0,993	0,994	0,995	0,995	0,996	0,997	0,997	0,998	0,999	1,000	1,000	1,001	1,001	1,002	1,003	1,003	1,004	1,005	1,005	1,006	1,006	1,007	1,008	1,008	1,009	1,009	1,010	1,010	1,011
0,915	0,991	0,992	0,992	0,993	0,993	0,994	0,995	0,995	0,996	0,997	0,997	0,998	0,999	1,000	1,000	1,001	1,002	1,003	1,003	1,004	1,005	1,005	1,006	1,006	1,007	1,007	1,008	1,008	1,009	1,009	1,010	1,010	1,011	1,011
0,920	0,992	0,992	0,993	0,993	0,994	0,995	0,995	0,996	0,997	0,997	0,998	0,999	1,000	1,001	1,001	1,002	1,003	1,004	1,005	1,005	1,006	1,007	1,007	1,008	1,008	1,009	1,009	1,010	1,010	1,011	1,011	1,012	1,012	
0,925	0,992	0,993	0,993	0,994	0,995	0,995	0,996	0,997	0,998	0,998	0,999	1,000	1,001	1,001	1,002	1,003	1,004	1,004	1,005	1,006	1,006	1,007	1,007	1,008	1,008	1,009	1,009	1,010	1,010	1,011	1,011	1,012	1,012	
0,930	0,993	0,993	0,994	0,995	0,995	0,996	0,997	0,998	0,998	0,999	1,000	1,001	1,001	1,002	1,003	1,004	1,004	1,005	1,006	1,006	1,007	1,007	1,008	1,008	1,009	1,009	1,010	1,010	1,011	1,011	1,012	1,012	1,013	1,013
0,935	0,993	0,994	0,995	0,995	0,996	0,997	0,998	0,998	0,999	1,000	1,001	1,001	1,002	1,003	1,004	1,004	1,005	1,006	1,006	1,007	1,007	1,008	1,008	1,009	1,009	1,010	1,010	1,011	1,011	1,012	1,012	1,013	1,013	1,014
0,940	0,994	0,995	0,995	0,996	0,997	0,998	0,998	0,999	1,000	1,001	1,001	1,002	1,003	1,004	1,004	1,005	1,006	1,006	1,007	1,007	1,008	1,008	1,009	1,009	1,010	1,010	1,011	1,011	1,012	1,012	1,013	1,013	1,014	1,014
0,945	0,994	0,995	0,996	0,997	0,998	0,998	0,999	1,000	1,001	1,002	1,002	1,003	1,004	1,004	1,005	1,006	1,006	1,007	1,007	1,008	1,008	1,009	1,009	1,010	1,010	1,011	1,011	1,012	1,012	1,013	1,013	1,014	1,014	1,015
0,950	0,994	0,995	0,997	0,998	0,998	0,999	1,000	1,001	1,002	1,002	1,003	1,004	1,004	1,005	1,006	1,006	1,007	1,008	1,008	1,009	1,009	1,010	1,010	1,011	1,011	1,012	1,012	1,013	1,013	1,014	1,014	1,015	1,015	1,016
0,955	0,994	0,995	0,997	0,998	0,999	1,000	1,001	1,002	1,002	1,003	1,004	1,005	1,005	1,006	1,006	1,007	1,008	1,008	1,009	1,009	1,010	1,010	1,011	1,011	1,012	1,012	1,013	1,013	1,014	1,014	1,015	1,015	1,016	1,016
0,960	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,001	1,002	1,002	1,003	1,004	1,005	1,005	1,006	1,006	1,007	1,008	1,008	1,009	1,009	1,010	1,010	1,011	1,011	1,012	1,012	1,013	1,013	1,014	1,014	1,015	1,015	1,016	1,016	1,017
0,965	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,002	1,003	1,004	1,005	1,005	1,006	1,006	1,007	1,008	1,008	1,009	1,009	1,010	1,010	1,011	1,011	1,012	1,012	1,013	1,013	1,014	1,014	1,015	1,015	1,016	1,016	1,017	1,017
0,970	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,004	1,005	1,005	1,006	1,006	1,007	1,008	1,008	1,009	1,009	1,010	1,010	1,011	1,011	1,012	1,012	1,013	1,013	1,014	1,014	1,015	1,015	1,016	1,016	1,017	1,017	1,018
0,975	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,005	1,006	1,007	1,007	1,008	1,008	1,009	1,009	1,010	1,010	1,011	1,011	1,012	1,012	1,013	1,013	1,014	1,014	1,015	1,015	1,016	1,016	1,017	1,017	1,018	1,018
0,980	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,007	1,008	1,008	1,009	1,009	1,010	1,010	1,011	1,011	1,012	1,012	1,013	1,013	1,014	1,014	1,015	1,015	1,016	1,016	1,017	1,017	1,018	1,018	1,019
0,985	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,008	1,009	1,009	1,010	1,010	1,011	1,011	1,012	1,012	1,013	1,013	1,014	1,014	1,015	1,015	1,016	1,016	1,017	1,017	1,018	1,018	1,019	1,019
0,990	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,009	1,010	1,010	1,011	1,011	1,012	1,012	1,013	1,013	1,014	1,014	1,015	1,015	1,016	1,016	1,017	1,017	1,018	1,018	1,019	1,019	1,020
0,995	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,010	1,011	1,011	1,012	1,012	1,013	1,013	1,014	1,014	1,015	1,015	1,016	1,016	1,017	1,017	1,018	1,018	1,019	1,019	1,020	1,020
1,000	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,010	1,011	1,011	1,012	1,012	1,013	1,013	1,014	1,014	1,015	1,015	1,016	1,016	1,017	1,017	1,018	1,018	1,019	1,019	1,020	1,020
1,005	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,012	1,013	1,013	1,014	1,014	1,015	1,015	1,016	1,016	1,017	1,017	1,018	1,018	1,019	1,019	1,020	1,020	1,021
1,010	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,012	1,013	1,013	1,014	1,014	1,015	1,015	1,016	1,016	1,017	1,017	1,018	1,018	1,019	1,019	1,020	1,020	1,021
1,015	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,012	1,013	1,013	1,014	1,014	1,015	1,015	1,016	1,016	1,017	1,017	1,018	1,018	1,019	1,019	1,020	1,020	1,021
1,020	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,012	1,013	1,013	1,014	1,014	1,015	1,015	1,016	1,016	1,017	1,017	1,018	1,018	1,019	1,019	1,020	1,020	1,021
1,025	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,012	1,013	1,013	1,014	1,014	1,015	1,015	1,016	1,016	1,017	1,017	1,018	1,018	1,019	1,019	1,020	1,020	1,021
1,030	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,012	1,013	1,013	1,014	1,014	1,015	1,015	1,016	1,016	1,017	1,017	1,018	1,018	1,019	1,019	1,020	1,020	1,021
1,035	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,012	1,013	1,013	1,014	1,014	1,015	1,015	1,016	1,016	1,017	1,017	1,018	1,018	1,019	1,019	1,020	1,020	1,021
1,040	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,012	1,013	1,013	1,014	1,014	1,015	1,015	1,016	1,016	1,017	1,017	1,018	1,018	1,019	1,019	1,020	1,020	1,021
1,045	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,012	1,013	1,013	1,014	1,014	1,015	1,015	1,016	1,016	1,017	1,017	1,018	1,018	1,019	1,019	1,020	1,020	1,021
1,050	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,012	1,013	1,013	1,014	1,014	1,015	1,015	1,016	1,016	1,017	1,017	1,018	1,018	1,019	1,019	1,020	1,020	1,021
1,055	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,012	1,013	1,013	1,014	1,014	1,015	1,015	1,016	1,016	1,017	1,017	1,018	1,018	1,019	1,019	1,020	1,020	1,021
1,060	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,012	1,013	1,013	1,014</														

Cenník agregovaných výkonov

Kód výkonu	Názov výkonu	Určené pre diagnózy	Indikujúce odbornosti	Cena v Eur
7214	Postnatálne vyšetrenie karyotypu z dlhodobej tkanivovej kultivácie prúžkovaním chromozómov	bez väzby na diagnózu	062	150
7215	Postnatálne vyšetrenie karyotypu z kultivácie lymfocytov prúžkovaním chromozómov	bez väzby na diagnózu	062	115
7216	Rozšírené vyšetrenie myelodysplastického syndrómu, za každú ďalšiu sondu (doplnok k výkonu 7233A)	D46*	031, 329, 342	107,91
7216A	AML prvovýšetrenie, CG + FISH (najmenej 5 sond bez riedenia) + MG	C92.0*, C92.3*, C92.4*, C92.5*, C93.0*, C94.0*, C95.0*	031, 329, 342, 019	881
7216B	AML relaps, CG + FISH (najmenej 5 sond bez riedenia) + MG	C92.0*, C92.3*, C92.4*, C92.5*, C93.0*, C94.0*, C95.0*	031, 329, 342, 019	881
7216C	AML kontrolné vyšetrenie, FISH + MG, v prípade potreby aj CG	C92.0*, C92.3*, C92.4*, C92.5*, C93.0*, C94.0*, C95.0*	031, 329, 342, 019	350
7218A	CML prvovýšetrenie, CG + FISH + MG	C92.1*, C92.2*, C93.1*, C93.2, C93.3*	031, 329, 342, 019	500
7218B	CML relaps, CG + FISH + MG	C92.1*, C92.2*, C93.1*, C93.2, C93.3*	031, 329, 342, 019	500
7218C	CML kontrolné vyšetrenie, CG alebo FISH	C92.1*, C92.2*, C93.1*, C93.2, C93.3*	031, 329, 342, 019	250
7218D	CML kontrolné vyšetrenie, MG	C92.1*, C92.2*, C93.1*, C93.2, C93.3*	031, 329, 342, 019	250
7218E	CML detekcia mutačného statusu bcr/abl	C92.1*, C92.2*, C93.1*, C93.2, C93.3*	031, 329, 342, 019	300
7220A	Základné vyšetrenie cystickej fibrózy (gén CFTR), vyšetrenie mutácie F508del pri E84 (postnatálne vyšetrenie)	E84*	062	49,05

7220B	Rozšírené vyšetrenie cystickej fibrózy (gén CFTR), vyšetrenie 50 najčastejších bodových mutácií pri E84 (postnatálne vyšetrenie)	E84*	062	343,35
7220C	Kompletné vyšetrenie cystickej fibrózy (gén CFTR), sekvenácia celého génu pri E84 (postnatálne vyšetrenie)	E84*	062	1 079,10
7221A	ALL prvovýšetrenie, CG + FISH + MG vrátane MLPA IKAROS	C.81*, C.83*, C84*, C85*, C91* (okrem C91.1)	031, 329, 342,019	881
7221B	ALL relaps, CG + FISH + MG	C.81*, C.83*, C84*, C85*, C91* (okrem C91.1)	031, 329, 342,019	881
7221C	ALL kontrolné vyšetrenie	C.81*, C.83*, C84*, C85*, C91* (okrem C91.1)	031, 329, 342,019	350
7223A	CLL prvovýšetrenie, CG + FISH + MG	C91.1*	031, 329, 342,019	500
7223B	CLL relaps, CG + FISH + MG	C91.1*	031, 329, 342,019	500
7223C	CLL kontrolné vyšetrenie	C91.1*	031, 329, 342,019	250
7223D	CLL detekcia mutačného statusu IGHV (u pacientov pred transplantáciou)	C91.1*	031, 329, 342,019	450
7227A	Prenatálne vyšetrenie karyotypu plodu z dlhodobej tkanivovej kultivácie prúžkovaním chromozómov	O35*, Z36*, O02.1, O28*	062,009	150
7227B	Prenatálna genetická diagnostika aneuploídií molekulárno-genetickými alebo cytogenetickými metódami (chromozómy 13,18,21,X,Y)	O35*, Z36*, O02.1, O28*	062,009	200
7228A	Základné vyšetrenie mnohonásobného myelómu za	C90.0*, C88*, D47.2	062, 031, 329, 342, 029, 019,	220
	použitia dvoch sond		350	
7228B	Rozšírené vyšetrenie mnohonásobného myelómu, použitie každej ďalšej sondy ako doplnok k výkonu 7228A	C90.0*, C88*, D47.2	062, 031, 329, 342, 029, 019, 350	110
7229	Vyšetrenie iných zápalov ženských panvových orgánov (mimo chlamýdií a HPV)	A56*, A63*, N72*, N74.8, N76.8, N87*	009,012,018,002	40
7230A	Vyšetrenie karyotypu z periférnej krvi u jedného z partnerov pri infertilite	N46*, N97*, N96*	062	115

7230B	Vyšetrenie delécií v AZF oblasti Y - chromozómu (oblasti a/b/c) pri mužskej neplodnosti pri oligo-azoospermii	N46*	062	150
7230C	Vyšetrenie mužskej neplodnosti pri azoospermii, sekvenovanie génu CFTR	N46*	062	1 079,00
7230D	Vyšetrenie SRY, alebo 1 mikrodelécie, alebo podrobnej diferenciacie dokázanej chromozómovej aberácie metódou FISH, alebo 1 sonda z aneustetu	E34*, E35*, E66*, F70* až F99*, N46*, N51*, Q52* až Q56*, Q64*, Q87*, Q89*, Q90* až Q99*, O35*, Z36*	062	130
7231A	Vyšetrenie na zriedkavé choroby A	zodpovedajúci kód zriedkavej choroby	062	200
	A1AT-deficiencia			
	CMT1a-PMP22 mlpa			
	Di-George sy			
	FRAX			
	Friedreich ataxia, FRDA			
	Myastenický sy-CHRNE-rómska mutácia:c.1267delG			
	Oculodentodigital syndróm-GJA1			
	Robinow sy-ROR2, znama mutácia c.355C>T			
	SCA1,2,3,6			
SMA				
SOX9-známa mutácia				
TACI				
7231B	Vyšetrenie na zriedkavé choroby B	zodpovedajúci kód zriedkavej choroby	062	800
	aCGH			
	aCGH, dif. Dg. FRAX			
	Akútna intermitentná porfýria-HMBS			
	Cowden sy-PTEN			
	Crouzon sy-FGFR2			

	Dysostosis cleidochanialis-RUNX2			
	Hereditárna pankreatitída-PRSS1, SPINK1			
	Hereditárny angioedém-C1 inhibítor			
	Marfan sy-TGFBR2			
	McCune-Albright sy-GNAS			
	Popliteal Pterygium syndróm-IRF6 gén			
7231C	Vyšetrenie na zriedkavé choroby C	zodpovedajúci kód zriedkavej choroby	062	1 250,00
	Angelman sy-UBE3A			
	Congenitálna adrenogenitálna hyperplázia-CYP21A2			
	Familiárna stredomorská horúčka- MEFV, MVK			
	FRAX, aCGH			
	GLUT1 deficiencia			
	Silver-Russel sy			
7231D	Vyšetrenie na zriedkavé choroby D	zodpovedajúci kód zriedkavej choroby	062	1 750,00
	FOXP2			
	zodpovedajúci kód zriedkavej choroby			
	Neurofibromatóza typ 2-NF2			
7231E	Vyšetrenie na zriedkavé choroby E	zodpovedajúci kód zriedkavej choroby	062	2 250,00
	ANDFLE-CHRNA4, CHRNB2,CHRNA2			
	atypický HUS			
	Cadasil sy-NOTCH3			
	Cohenov sy-COH1			

	Famil. adematózna polypóza- APC			
	Juvenilná myoklonická epilepsia-LGI1, CLCN2, GABRA1			
	Marfan sy-FBN1			
	Marfan sy-FBN1, TGFBR2			
	Neurofibromatóza typ 1-NF1			
	Osteogenesis imperfecta- COL1A1, COL1A2			
	Progresívna externá oftalmoplégia-POLG			
	Stickler sy-COL2A1			
	Tuberózna skleróza-TSC1, TSC2			
	Usher sy-MYO7A			
	vitD dependentná rachitída typ 1-PHEX			
	Xeroderma pigmentosum			
7233A	Vyšetrenie myelodysplastického syndrómu, CG + FISH s použitím 3 sond	D46*	031, 329, 342	400
7234	Vyšetrenie Gilbertovho syndrómu, detekcia polymorfizmov v UGT1A1 géne	E80*	062, 048, 154, 216, 007, 008, 001, 031, 019, 319, 043, 229, 322, 219, 350	60
7236A	Vyšetrenie na myeloprolif. ochorenia - esenciálna trombocytóza, polycytémia vera, osteomyelofibróza, MG	D45*, D47.0,D47.1, D47.3,D47.4, D47.5, D75*	019, 031, 329, 342	280

7236B	Vyšetrenie na myeloprolif. ochorenia - esenciálna trombocytóza, polycytémia vera, osteomyelofibróza, MG + CG	D45*, D47.0,D47.1, D47.3,D47.4, D47.5, D75*	019, 031, 329, 342	350
7237A	Základné vyšetrenie Wilsonovej choroby (gén ATP7B), mutácia H1069Q	E83.0	062, 048, 007, 008, 001, 154, 216, 031, 004, 104, 005	30
7237B	Rozšírené vyšetrenie Wilsonovej choroby (gén ATP7B), štyri najčastejšie mutácie 3402delC, W779X, R778G, 1340del 4	E83.0	062, 048, 007, 008, 001, 154, 216, 031, 004, 104, 005	60
7237C	Kompletné vyšetrenie Wilsonovej choroby (gén ATP7B), 21 exónov	E83.0	062, 048, 007, 008, 001, 154, 216, 031, 004, 104, 005	1 400,00
7238	Základné vyšetrenie hemochromatózy, polymorfizmy C282Y, H63D, S65C v géne HFE	E83.1	062, 048, 154, 216, 007, 008, 001, 031	120
7238A	Rozšírené vyšetrenie hemochromatózy, 15 mutácií v génoch HFE, FPN1, TFR2	E83.1	062, 048, 154, 216, 007, 008, 001, 031	150
7239A	Vyšetrenie trombofilných mutácií - základný set (faktor V a II)	bez väzby na diagnózu	062, 031, 329, 342, 001, 004, 010, 009, 017, 008	58,86
7239B	Vyšetrenie trombofilných mutácií - MTHFR polymorfizmy C677T a A1298C, po predošlom vyšetrení hladiny homocysteínu	bez väzby na diagnózu	062, 031, 329, 342, 001, 004, 010, 009, 017, 008	19,62
7239C	Vyšetrenie trombofilných mutácií - každá ďalšia mutácia	bez väzby na diagnózu	062, 031, 329, 342	20
9999A	Vstupné vyšetrenie chimerizmu po transplantácii krvotvorných buniek, vstupná typizácia, porovnanie DNA darcu a príjemcu	D45*, D46*, D47*, D75*, C81*, C83*, C84*, C85*, C91* (okrem C91.1), C92*, C92.10, C92.11, C93* C94*, C95*	019, 031, 329, 342	1 250,00
9999B	Kontrolné vyšetrenie chimerizmu po transplantácii krvotvorných buniek, MG	D45*, D46*, D47*, D75*, C81*, C83*, C84*, C85*, C91* (okrem C91.1), C92*, C92.10, C92.11, C93* C94*, C95*	019, 031, 329, 342	450
9999C	Expresia génov pre topoizomerazy	C50*, C18 – C20*, C56*, C40* - 41*, C81* - 96*	019, 062	310
9999E	DPYD (3 exóny)	C16* - C26*, C50*	019, 062	140

9999H	MLH1, MSH2, MSH6 (1 exón)	C18* - C20*, C54*, C56*	019, 062	280
9999J	MSH6 (18 fragmentov)	C18* - C20*, C54*, C56*	019, 062	3 200,00
9999K	MLPA, MLH1, MSH2	C18* - C20*, C54*, C56*	019, 062	130
9999L	CDH1 (16 fragmentov)	C16*, C50*	019, 062	2 900,00

Kód výkonu	Názov výkonu	Dg	Početnosť / frekvenci a vyšetrenia	Použitá metóda, alternatívna metóda	Používané prístrojové vybavenie, alternatívne prístroje	Cena v €
9903	Noonanovej a jemu podobné syndrómy PTPN11 (4-15 exónov)	Q 87.1	1xza život	izolácia DNA a archivácia, PCR s 1 párom primerov, sekvenovanie	cykléry, centrifúga, termostat, hlbokomraziaci box, genetický analyzátor	1 028
9903a	Noonanovej a jemu podobné syndrómy SOS1 (3 exóny)	Q 87.1	1xza život	izolácia DNA a archivácia, PCR s 1 párom primerov, sekvenovanie	cykléry, elektroforetická aparátúra, centrifúga, termostat, hlbokomraziaci box, genetický analyzátor	423
9903b	Noonanovej a jemu podobné syndrómy RAF (4 exóny)	Q 87.1	1xza život	izolácia DNA a archivácia, PCR s 1 párom primerov, sekvenovanie	cykléry, elektroforetická aparátúra, centrifúga, termostat, hlbokomraziaci box, genetický analyzátor	621
9903c	Noonanovej a jemu podobné syndrómy (BRAF 7 exónov)	Q 87.1	1xza život	izolácia DNA a archivácia, PCR s 1 párom primerov, sekvenovanie	cykléry, elektroforetická aparátúra, centrifúga, termostat, hlbokomraziaci box, genetický analyzátor	760
9903d	Noonanovej a jemu podobné syndrómy (KRAS 4 exónov)	Q 87.1	1xza život	izolácia DNA a archivácia, PCR s 1 párom primerov, sekvenovanie	cykléry, elektroforetická aparátúra, centrifúga, termostat, hlbokomraziaci box, genetický analyzátor	120
9903e	Noonanovej a jemu podobné syndrómy NRAS(4 exóny)	Q 87.1	1xza život	izolácia DNA a archivácia, PCR s 1 párom primerov, sekvenovanie	cykléry, elektroforetická aparátúra, centrifúga, termostat, hlbokomraziaci box, genetický analyzátor	440
9903f	Noonanovej a jemu podobné syndrómy MEK1 (3 exóny)	Q 87.1	1xza život	izolácia DNA a archivácia, PCR s 1 párom primerov, sekvenovanie	cykléry, elektroforetická aparátúra, centrifúga, termostat, hlbokomraziaci box, genetický analyzátor	333
9903g	Noonanovej a jemu podobné syndrómy MEK2 (3 exóny)	Q 87.1	1xza život	izolácia DNA a archivácia, PCR s 1 párom primerov, sekvenovanie	cykléry, elektroforetická aparátúra, centrifúga, termostat, hlbokomraziaci box, genetický analyzátor	333

9903h	Noonanovej a jemu podobné syndrómy CBL (3 exóny)	Q 87.1	1xza život	izolácia DNA a archivácia, PCR s 1 párom primerov, sekvenovanie	cykléry, elektroforetická aparátúra, centrifúga, termostat, hlbokomraziaci box, genetický analyzátor	333
9903i	Noonanovej a jemu podobné syndrómy HRAS (4 exóny)	Q 87.1	1xza život	izolácia DNA a archivácia, PCR s 1 párom primerov, sekvenovanie	cykléry, elektroforetická aparátúra, centrifúga, termostat, hlbokomraziaci box, genetický analyzátor	440
9903j	Noonanovej a jemu podobné syndrómy SHOC2 (1 exón)	Q 87.1	1xza život	izolácia DNA a archivácia, PCR s 1 párom primerov, sekvenovanie	cykléry, elektroforetická aparátúra, centrifúga, termostat, hlbokomraziaci box, genetický analyzátor	120
9904	Legiusov syndróm SPRED1 (7 exónov)	Q 87.1	1xza život	izolácia DNA a archivácia, PCR s 1 párom primerov, sekvenovanie	cykléry, elektroforetická aparátúra, centrifúga, termostat, hlbokomraziaci box, genetický analyzátor	760
9910	Gilbertov syndróm UGT1A1 (5 exónov)	E 80.4	1xza život	izolácia DNA a archivácia, PCR s 1 párom primerov, sekvenovanie	centrifúga, termostat, spektrofotometer, cykléry, mraziaci box, genetický analyzátor	60
9919	Autozómovo dominantná polycystická choroba obličiek PKD1 (46 exónov)	Q61.2	1xza život	izolácia DNA a archivácia, PCR s 1 párom primerov, sekvenovanie	cykléry, elektroforetická aparátúra, centrifúga, termostat, hlbokomraziaci box, genetický analyzátor	2 500
9919a	Autozómovo dominantná polycystická choroba obličiek PKD2 (15 exónov)	Q61.2	1xza život	izolácia DNA a archivácia, PCR s 1 párom primerov, sekvenovanie	cykléry, elektroforetická aparátúra, centrifúga, termostat, hlbokomraziaci box, genetický analyzátor	1 028
9925	Bartterov syndróm CLCNKB (20 exónov)	E26.8	1xza život	izolácia DNA a archivácia, PCR s 1 párom primerov, sekvenovanie	cykléry, elektroforetická aparátúra, centrifúga, termostat, hlbokomraziaci box, genetický analyzátor	1 700
9931	Vstupné vyšetrenie chimérizmu po transplantácii krvotvorných buniek	bez väzby na diagnózu	1xza život	izolácia DNA a archivácia, PCR s floorescenčne značenými primermi, fragmentačná analýza s použitím sekvenátora	cykléry, centrifúga, spektrofotometer, mraziaci box, genetický analyzátor, real-Real-time PCR	1 250
9932	Kontrolné vyšetrenie chimérizmu po transplantácii krvotvorných buniek	bez väzby na diagnózu	1xza život	izolácia DNA a archivácia, PCR s floorescenčne značenými primermi, fragmentačná analýza s použitím sekvenátora	cykléry, centrifúga, spektrofotometer, mraziaci box, genetický analyzátor, Real -time PCR	450
99331	Vyšetrenie príbuzných na nosičstvo mutácie (deti aj dospelý) mutovaná oblasť génu	bez väzby na diagnózu	1xza život	sekvenovanie	cykléry, centrifúga, termostat, laminárny box, hlbokomraziaci box, genetický analyzátor	150

9911A	Diabetes insipidus AVP (3 exóny)	E23.2	1xza život	izolácia DNA a archivácia, PCR s 1 párom primerov, sekvenovanie	cykléry, elektroforetická aparátúra, centrifúga, termostat, hlbokomraziaci box, genetický analyzátor	333
-------	----------------------------------	-------	------------	---	--	------------

Stredný panel génov

Kód výkonu	Názov výkonu	Dg	Početnosť / frekvenci a vyšetrenia	Výkony schvaľované vopred	Kritériá pre úhradu z VZP	Cena v €
5D82026	Stredný panel génov - rozsah 16-4000 génov - platí pre zriedkavé ochorenia, ktoré nie sú súčasťou zoznamu agregovaných výkonov	D70.0; H35.5; Q65 – Q79; N04; K50-K52; J80.0; E88.9; Q87.1; R62.0	1xza život	Predchádzajúci súhlas	Cena určená po zaradení pod Dg.; indikujúca a realizujúca odbornosť: 062	Maximálna cena 2500€
5D82039	Polycystické choroby obličiek, Stredný panel génov (PKD1 (46ex); PKD2 (15ex); PKHD1(86ex). Stredný panel génov.	E34.8, Q61*, Q87.8	1xza život	Predchádzajúci súhlas	Doložiť, usg nález a genealógia; indikujúca a realizujúca odbornosť: 062	1800€

POZN: * platí aj pre všetky príslušné štvormiestne položky podľa MKCH 10, ak nie je uvedené inak

Zoznam pripočítateľných položiek typu B

Kód PP DRG*	Názov PP DRG	Kód ZZV-DRG	Kódy produktov	Maximálna cena
PPS-56-ad	CAD-implantáty (rekonštrukčné výkony v oblasti tváre a lebky)	5a214.21	E	8 499,15
PPS-56-ae	CAD-implantáty (rekonštrukčné výkony v oblasti tváre a lebky)	5a214.22	E	8 499,15
PPS-62-aa	Endoprotéza modulárna	5t59d	B	28 790,00

Pozn.:* 7-miestny kód pre vykazovanie Poistovní podľa platného Zoznamu pripočítateľných položiek na webovom sídle Poistovne

