

Nové Mesto nad Váhom
evidenčné číslo dodatku
D... 38/2017
k zmluve ov. číslo
2.15/2017

Ing. Kiskov
Ing. Bakoš
primár

DODATOK číslo 3

K ZMLUVE O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

č. 73NSP1000817

uzatvorenej 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, zákona č. 513/1991 Zb. Obchodný zákonník v znení neskorších predpisov a zákona č. 18/1996 Z. z. o cenách v znení neskorších predpisov (ďalej len „Zmluva“) medzi zmluvnými stranami:

Zdravotná poisťovňa:

DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s.

so sídlom Einsteinova 25, 851 01 Bratislava

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

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

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

(ďalej len „Poisťovňa“)

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti:

Obchodné meno / Priezvisko, meno a titul:	Nemocnica s poliklinikou Nové Mesto nad Váhom, n.o.
IČO / registračné číslo:	36119369
DIČ, IČ DPH:	2921702254
Sídlo / Miesto trvalého pobytu:	M.R. Štefánika 1, 915 01 Nové Mesto nad Váhom
Zápis v registri (iba v prípade takéhoto zápisu):	Krajský úrad v Trenčíne, číslo OVVS/NO - 14/2002 nezisková organizácia

(ďalej len „Poskytovateľ“)

I. ÚVODNÉ USTANOVENIE

- 1.1. Poisťovňa a Poskytovateľ sa v súlade s ustanoveniami Všeobecných zmluvných podmienok pre zdravotnú starostlivosť (ďalej len „VZP“) dohodli na zmene Zmluvy.

II. OBSAH DODATKU

- 2.1. Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli na úprave bodu 5.9. Zmluvy tak, že sa vypúšťa text:
„Poskytovateľ vykazuje Poisťovní materiál podľa písmena a. a b. aj pri poskytovaní ústavnej starostlivosti na DRG relevantnom oddelení podľa článku XI. Zmluvy, i keď je cena tohto materiálu zahrnutá v úhrade za Hospitalizačný prípad podľa článku XI. Zmluvy.“
- 2.2. Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli na zmene bodu 11.3 Zmluvy nasledovne:
„11.3. 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 Úradu <https://edrg.portaludzsk.sk>;
d. v Katalógu prípadových paušálov, zverejnenom na webovom sídle Úradu <https://edrg.portaludzsk.sk>;

e. v dokumente Hospitalizačný prípad a parametre definujúce prípadový paušál v systéme úhrady podľa SK-DRG, zverejnenom na webovom sídle Úradu <https://edrg.portaludzsk.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.

- 2.3. Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli v bode 11.4. písm. a) Zmluvy na zmene definície parametra UHRx-n;ref nasledovne:

„a. UHRx-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 UHRx-n;ref je určená v Prílohe č.12 Zmluvy, pričom zmluvné strany sa môžu dohodnúť na úprave jej hodnoty pre príslušné referenčné obdobie. Závazná pre zmluvné strany je vždy hodnota UHRx-n;ref uvedená v Prílohe č. 12 Zmluvy;

- 2.4. Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli na obdobie **od 1.12.2017 do 31.12.2017** na navýšení hodnoty parametra UHRx-n;ref, uvedenej v Prílohe č. 12, písmeno c) Zmluvy v referenčnom období 4-12;2015, pričom hodnota parametra UHRx-n;ref zohľadňuje aj zvýšenie úhrady v zmysle bodu 11.6. Zmluvy v znení Dodatku č. 2 zo dňa 28.09.2017 (ďalej len „Zvýšená úhrada“), a to nasledovne:

RO	UHR	EMZS	CM	PHP
4-12;2015	373 271	12 254	450	585

- 2.5. Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli na obdobie **od 1.1.2018 do 31.3.2018** na navýšení a zmene hodnoty parametrov v Prílohe č. 12, písmeno d) Zmluvy v referenčnom období 1-3;2016a nasl, pričom hodnota parametra UHRx-n;ref zohľadňuje aj Zvýšenú úhradu, a to nasledovne:

RO	UHR	EMZS	CM	PHP
1-3;2016 a nasl.	127 519	5 497	156	188

- 2.6. Poisťovňa a Poskytovateľ sa na obdobie **od 1.12.2017 do 31.3.2018** dohodli na zmene bodu 11.6. písm. a) Zmluvy nasledovne:

„a. Poskytovateľ je oprávnený fakturovať Poisťovni mesačnú úhradu za Hospitalizačné prípady podľa bodu 11.4. vo výške za príslušné obdobie pričom mesačná úhrada zohľadňuje aj Zvýšenú úhradu, a to nasledovne:

Od 1.12.2017 do 31.12.2017	43 560 €
Od 1.1.2018 do 31.3.2018	42 510 €

pričom táto úhrada podlieha dodatočnému prepočtu podľa písmena b.;

- 2.7. V bode 11.6. písm. f. Zmluvy, posledná veta, sa opravuje chyba v písaní tak, že slová „hodnotené obdobie x-12;2017“ sa nahrádza slovami „hodnotené obdobie x-12“.

2.8. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli na doplnení bodu 11.7. Zmluvy nasledovne:

„11.6. 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.“

Poskytovateľ sa zaväzuje vykazovať Poistovni aj materiál uvedený v zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov vydanom Ministerstvom zdravotníctva SR (ďalej len „Zoznam kategorizovaných ŠZM“), ako i materiál uvedený Zozname nekategorizovaných materiálov, ktorý tvorí Prílohu č. 6 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.“

2.9. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli na zmene znenia článku „XII. ÚHRADA VÝKONOV JEDNODŇOVEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI“ nahradením znenia nasledovne:

„XII ÚHRADA VÝKONOV JEDNODŇOVEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI“

12.1. 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 prislúchajúcom tým špecializačným odbornostiam podľa bodu 3.3. Zmluvy, ktoré sú uvedené v Prílohe č.1 Zmluvy.

12.2. Zdravotná starostlivosť spočívajúca vo výkonoch JZS podľa bodu 12.1. 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. XI. Zmluvy (tzn. ustanovenie čl. XI 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 11.4. a nasl. Zmluvy.

12.3. 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.

12.4. 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.

12.5. Poskytovateľ je povinný zasielať Poistovni 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 vykazaný, ak Poskytovateľ poskytuje výkony JZS v špecializačnom odbore, pre ktoré nemá zriadené DRG relevantné oddelenie, výkony JZS vykazuje na chirurgickom oddelení.

12.6. Poskytovateľ je povinný pomocou Programu hospiCOM zasielať Poistovni 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 nevykonával žiadnemu Pacientovi.

12.7. 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.

12.8. Poskytovateľ nesmie poskytnúť zdravotnú starostlivosť spočívajúcu vo výkone JZS, ak mu Poistovňa neudelila súhlas na poskytnutie plánovaného výkonu JZS Pacientovi pred jeho uskutočnením.

12.9. Za výkony JZS, ktoré Poskytovateľ vykonal bez súhlasu alebo v rozpore so súhlasom Poistovne podľa bodu 12.8. 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 5.6. Zmluvy, platnej v čase začiatku Hospitalizačného prípadu a Efektívnej relatívnej váhy daného Hospitalizačného prípadu.“

2.10. V bode 17.6. Zmluvy sa vypúšťa písmeno m).

2.11. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli na zmene Prílohy 8 (Cenník kapitácie) tak, ako je uvedené v prílohe Dodatku.

2.12. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli na zmene Prílohy 9 (Cenník výkonov) tak, ako je uvedené v prílohe Dodatku.

2.13. Ostatné ustanovenia Zmluvy nie sú týmto Dodatkom dotknuté.

III. ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA

3.1. Dodatok nadobúda účinnosť nasledujúcim dňom po jeho zverejnení na webovom sídle Poistovne. V prípade, že má zákonom uloženú povinnosť zverejniť Dodatok aj Poskytovateľ, Dodatok nadobúda účinnosť nasledujúcim dňom po zverejnení Dodatku oboma zmluvnými stranami; pre určenie účinnosti Dodatku je rozhodujúci okamih, kedy si povinnosť zverejniť Dodatok splní v poradí prvá zmluvná strana. Poistovňa a Poskytovateľ sa zaväzujú pristúpiť k uzavretiu Dodatku tak, aby nadobudol účinnosť **k 1.12.2017**.

3.2. Dodatok je vyhotovený v dvoch rovnopisoch, po jednom rovnopise pre každú Zmluvnú stranu.

3.3. Poistovňa aj Poskytovateľ vyhlasujú, že si Dodatok prečítali, jeho obsahu porozumeli a na znak toho, že obsah Dodatku zodpovedá ich skutočnej a slobodnej vôli, tento Dodatok podpísali.

Cenník kapitácie

Výška kapitácie

Označenie	hodnota v €
Kapitácia za jedného Kapitovaného poistenca	do dovŕšenia 1. roku života
	-
	od 1 roku veku do dovŕšenia 2. roku života
	-
	od 2 roku veku do dovŕšenia 7. roku života
	-
	od 7 roku veku do dovŕšenia 19. roku života
	-
	od 19 roku veku do dovŕšenia 27. roku života
	1,86
	od 27 roku veku do dovŕšenia 45. roku života
	1,95
	od 45 roku veku do dovŕšenia 51. roku života
	1,97
	od 51 roku veku do dovŕšenia 53. roku života
	2,14
	od 53 roku veku do dovŕšenia 57. roku života
	2,52
	od 57 roku veku do dovŕšenia 61. roku života
	2,70
	od 61 roku veku do dovŕšenia 64. roku života
	2,88
	od 64 roku veku do dovŕšenia 68. roku života
	3,05
	od 68 roku veku do dovŕšenia 72. roku života
	3,30
	od 72 roku veku do dovŕšenia 87. roku života
	3,63
	od 87 roku veku
	3,59
Kapitácia za jedného Kapitovaného poistenca pri špecializovanej ambulantnej starostlivosti v špecializačnom odbore „gynékológia a pôrodníctvo“	
-	

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

Zoznam zdravotných výkonov a iných nákladov, ktoré sa nie sú zahrnuté do kapitácie podľa bodu 6.4. Zmluvy
Zdravotné výkony vykonané pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia: 142, 143, 143a, 144, 145, 145a, 146, 146a, 146b, 146c, 148, 148a, 148b, 148c, 149, 149a, 149b, 149c, 149d, 149f(poskytnutý držiteľovi preukazu ZŤP), 159b, 950, 953, 3671, 160, 159a, 159x, 159z, 157, 102, 103, 105, 108, 167
Výkon očkovania: 252b
Výkony: 25, 26, 29, 30, 10, 4571a –C reaktívny proteín,

Parametre pre výpočet Dodatkovej kapitácie

všeobecný lekár pre dospelých

názov a určenie hodnoty parametrov

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

váhy a pásma pre jednotlivé parametre

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

Všeobecný lekár pre deti a dospelých
názov a určenie hodnoty parametrov

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

váhy a pásma pre jednotlivé parametre

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

gynekológia a pôrodnictvo

názov a určenie hodnoty parametrov

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

váhy a pásma pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h_n			V_n
	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	
Priemerný počet ošetrovaných poistencov za kalendárny mesiac	0 %	100 %	100 %	$v_1 = 30 \%$
Vyšetrenia SValZ	100 %	100 %	0 %	$v_2 = 30 \%$
Náklady na lieky	100%	100%	0%	$V_3 = 10 \%$
Preventívne prehliadky	0 %	100 %	100 %	$v_4 = 30 \%$

Základ pre výpočet Dodatkovej kapitácie

Špecializačný odbor	Základná hodnota v €	Zvýhodnená hodnota v €
Všeobecný lekár pre dospelých	0,265551	0,629489
Všeobecný lekár pre deti a dorast	0,331939	0,753270

Gynekológia a pôrodnictvo	hodnota v €
Základná hodnota	0,132776
Zvýhodnená hodnota pri splnení podmienky: Prístrojové vybavenie	0,139415
Zvýhodnená hodnota pri splnení: Podmienok pre vznik nároku na zvýhodnenú dodatkovú kapitáciu okrem podmienky Prístrojové vybavenie	0,312592
Zvýhodnená hodnota pri splnení: Podmienok pre vznik nároku na zvýhodnenú dodatkovú kapitáciu vrátane podmienky Prístrojové vybavenie	0,328220

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

Názov podmienky	Kritériá pre splnenie podmienky
E – recept	Zasielanie online preskripčných záznamov mesačne, najmenej 90% zo všetkých poskytovateľom vydaných lekárske predpisov a lekárske poukazov a aktívne využívanie elektronickej zdravotnej karty, liekovej knižky, alebo interakcií pacienta na vyžiadanie Poskytovateľa, ktoré sú zobrazované v softvéri Poskytovateľa
Zúčtovanie zdravotnej starostlivosti	Zasielanie a potvrdzovanie zúčtovacích dokladov elektronicke, a to prostredníctvom Elektronickej pobočky alebo zo softvéru Poskytovateľa. Povinnosť zaslať Poistovní zúčtovacie doklady podľa článku V. VZP tým nie je dotknutá. Pre doručenie zúčtovacieho dokladu prostredníctvom softvéru Poskytovateľa platí obdobne bod 12.4.VZP.
Žiadanky na laboratórne a zobrazovacie vyšetrenia	Zobrazovanie už existujúcich žiadaniek na laboratórne a zobrazovacie vyšetrenia a k nim príslušných výsledkov vyšetrení počas poskytovania ZS pre ošetrovaného pacienta.
Prístrojové vybavenie	Zazmluvnenie USG prístroja v zmysle bodu 3.8. Zmluvy v prípade zazmluvnenia špecializačnej odbornosti „Gynekológia a pôrodníctvo“
Návrhy na zdravotnú starostlivosť	Zasielanie návrhov na zdravotnú starostlivosť určených Zdravotnou poisťovňou v pravidlách elektronickej komunikácie prostredníctvom Elektronickej pobočky alebo zo softvéru Poskytovateľa.

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

Cenník výkonov

Jednotková cena bodu

Cena bodu hodnota v €	Základná cena	Zvýhodnená cena *
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačnom odbore fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia 027501	0,007303	-
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačnom odbore rádiológia 023503, 023505, 023507, 023508, 023509	0,007801	-
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačnom odbore klinická biochémia 024501	0,004780	-
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačnom odbore hematológia a transfuziológia 031501	0,005378	-
pri zdravotných výkonoch počítačovej tomografie vrátane aplikovania kontrastnej látky vykázané na pracovisku (P86027576504)	0,004514	-
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 základný rozsah v zmysle bodu 8.2. Zmluvy	0,0078	-
pri iných zdravotných výkonoch ako uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“, v ambulancii špecializačného odboru, pre ktorú nie je dohodnutý základný rozsah v zmysle bodu 8.2. Zmluvy	0,0193	-
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“, v ambulancii špecializačného odboru pre ktorú je dohodnutý základný rozsah v zmysle bodu 8.2. Zmluvy	0,007995	-
pri iných zdravotných výkonoch ako uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“, v ambulancii špecializačného odboru pre ktorú je dohodnutý základný rozsah v zmysle bodu 8.2. Zmluvy	0,022171	0,024504
pri zdravotnom výkone: 60 (420 bodov);	0,026432	-
pri zdravotných výkonoch: 62 (270 bodov); 63 (210 bodov)	0,022171	0,024504
pri zdravotnom výkone 15D (50 bodov) – 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 zdravotných výkonoch vykonaných v rámci ústavnej pohotovostnej služby (centrálneho príjmu)	0,033898	-
pri zdravotných výkonoch 5330, 5331, 5332	0,0055	-
Pri zdravotných výkonoch: 509a, 512, 513, 514a, 516, 518, 522, 523a, 530, 531, 532, 533a, 540, 541, 542 vykonaných	0,012173	-

v špecializačnom odbore fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia		
pri zdravotných výkonoch vykonaných pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia: 142, 143, 143a, 144, 145, 145a, 146, 146a, 146b, 146c, 148, 148a, 148b, 148c, 149, 149a, 149b, 149c, 149d, 149f(poskytnutý držiteľovi preukazu ZŤP), 159b, 950, 953, 160 (počet bodov 390), 159a,159x (počet bodov 180), 159z(počet bodov 180), 159c	0,048972	-
pri zdravotnom výkone: 3671 (určenie glykémie glukometrom pri kvantitatívnej alebo kvalitatívnej poruche vedomia)	0,018257	-
pri výkone očkovania: 252b, ktorý nie je zahrnutý v kapitácii	0,044	-
pri výkonoch: 25, 26, 29, 30, ktoré nie sú zahrnuté v kapitácii	0,0193	-
pri neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnutej inému ako Kapitovanému poistencovi	0,020072	-

Podmienky pre uplatnenie zvýhodnenej ceny bodu*

Názov podmienky	Kritériá pre splnenie podmienky
E – recept	Zasielanie online preskripčných záznamov mesačne, najmenej 90% zo všetkých poskytovateľom vydaných lekárske predpisov a lekárske poukazy a aktívne využívanie elektronickej zdravotnej karty, liekovej knižky, alebo interakcií pacienta na vyžiadanie Poskytovateľa, ktoré sú zobrazované v softvéri Poskytovateľa
Zúčtovanie zdravotnej starostlivosti	Zasielanie a potvrdzovanie zúčtovacích dokladov elektronicke, a to prostredníctvom Elektronickej pobočky alebo zo softvéru Poskytovateľa. Povinnosť zaslať Poistovni zúčtovacie doklady podľa článku V. VZP tým nie je dotknutá. Pre doručenie zúčtovacieho dokladu prostredníctvom softvéru Poskytovateľa platí obdobne bod 12.4. VZP.
Žiadanky na laboratórne a zobrazovacie vyšetrenia	Zobrazovanie už existujúcich žiadaniek na laboratórne a zobrazovacie vyšetrenia a k nim príslušných výsledkov vyšetrení počas poskytovania ZS pre ošetrovaného pacienta.
Návrhy na zdravotnú starostlivosť	Zasielanie návrhov na zdravotnú starostlivosť určených Zdravotnou poisťovňou v pravidlách elektronickej komunikácie prostredníctvom Elektronickej pobočky alebo zo softvéru Poskytovateľa.

- Poisťovňa je povinná zvýhodnenú cenu bodu oznámiť Poskytovateľovi vždy najneskôr pred začiatkom toho kalendárneho štvrťroka, v ktorom sa cena bodu použije.
- V prípade, ak nebudú splnené podmienky na vyplatenie Zvýhodnenej ceny bodu, bude Poskytovateľovi uhradená základná cena bodu.

Základný rozsah

Základný rozsah na kalendárny polrok pre špecializačný odbor podľa bodu 8.2. Zmluvy 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.	hodnota v bodoch
Vnútorné lekárstvo 001201, 001202, 001203, 001801	685 200
Pneumológia a ftiziológia 003201	690 000
Psychiatria, detská psychiatria 005201, 105201	219 600
Chirurgia 010201	508 800
Ortopédia 011201	498 600
Urológia 012201	610 200
Oftalmológia 015201	355 800
Fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia 027201, 027202	786 000

Hematológia a transfuziológia 031201	213 000
Klinická imunológia a alergológia 040201	69 000
Gastroenterológia 048201	1 115 400
Kardiológia 049201	495 000
Diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy 050201	249 600
Angiológia 056201	233 400
Hepatológia 216201	416 400

Minimálna jednotková cena

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

Jednotková cena výkonu

Cena výkonu	hodnota v €
4571a C – reaktívny proteín pre kapítovaných poistencov (P86027020202, P86027020201)	4,00
H5556A* - expektácia pacienta od 6 do 24 hod	180,00
60b - Základné vyšetrenie Úhrada zahŕňa potrebné odbery krvi, zhodnotenie laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení a zaradenie pacienta do rizikovej skupiny ASA. Úhrada nezahŕňa poskytnutie EKG vyšetrenia. Výkon možno vykazovať iba raz v rámci jednej operácie. Výkon sa vykonáva samostatne s diagnózou, pre ktorú je poistenec plánovaný na operáciu V prípade odoslania poistenca k špecialistovi (konziliárnemu lekárovi), ktorý vykoná predoperačné vyšetrenie, zdravotná poisťovňa poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súvislosti s predoperačným vyšetrením uhrádza v rámci kapitačnej platby za poistenca.	10,00
5702ZV - Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie Štandardné 12-zvodové zosnímanie ako súčasť predoperačného vyšetrenia. Nutná kombinácia s výkonom 60b	4,20
Výkon 10 - Rozbor a plánovanie cielených terapeutických postupov na ovplyvnenie chronických ochorení alebo ochorení viacerých orgánových systémov na účely racionálnej farmakoterapie, vrátane rád a dokumentácie. Výkon 10 vykazuje lekár prvýkrát pri prevzatí kapítovaného pacienta s chronických ochorení do komplexnej starostlivosti a poisťovňa ho akceptuje a uhrádza osobitne nad rámec kapitácie vo frekvencii jedenkrát za 6 mesiacov (maximálne 2x za rok). V prípade vyššej frekvencie návštev je ďalšia poskytnutá zdravotná starostlivosť uhrádzaná prostredníctvom kapitácie. (P86027020202, P86027020201)	6,00
44462 - glykovaný hemoglobín metódou HPLC	7,60

*Pod expektáciou pacienta na lôžku pracoviska urgentného príjmu sa rozumie poskytnutie zdravotnej starostlivosti, trvajúce najmenej 6 hodín a súčasne nie viac ako 24 hodín, ktoré je potrebné a bezprostredne súvisí s poskytovaním:

- diagnostických výkonov (laboratórne, zobrazovacie, klinické vyšetrovacie postupy);
- terapeutických výkonov (infúzna, inhalačná, detoxikačná, parenterálna liečba a pod.);
- podporných výkonov (polohovanie, symptomatická liečba)

u pacientov, kde pri primárnom vyšetrení nie je jednoznačná indikácia na poskytnutie ústavnej zdravotnej starostlivosti.

Cena zahŕňa komplexne poskytnutú ZS, vrátane konziliárnych vyšetrení, spotrebovaných liekov (vrátane A liekov) a zdravotných pomôcok. Realizované SVLZ výkony sú hrazené osobitne SVLZ pracovisku. V prípade, že sa diferenciálno-diagnostickou rozvahou potvrdí potreba pokračovania liečby pacienta formou ústavnej zdravotnej starostlivosti výkon expektácie sa nevykazuje.

* Vykazujúca odbornosť: 001, Typ Dávky 753a

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

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

Výkon: 159c, 689

Finančný objem

Finančný objem	hodnota v €
podľa bodu 8.3. písm. a. Zmluvy na poskytovanie všeobecnej ambulantnej starostlivosti	-
podľa bodu 8.3. písm. a. Zmluvy na poskytovanie špecializovanej ambulantnej starostlivosti v špecializačnom odbore „gynekológia a pôrodnictvo“	-
podľa bodu 8.3. písm. b. Zmluvy	-
podľa bodu 8.3. písm. c. Zmluvy -(fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia, rádiológia, klinická biochémia, hematológia a transfuziológi, počítačovej tomografie)	25 000,-

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

Náklady na lieky, ktoré sú v Zozname liekov označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ a „AS“ pre stanovené finančné objemy podľa bodu 8.3. písm. a. a 8.3. písm. b. Zmluvy

Výkon očkovania 252b, výkon 3671, výkon 4571a C – reaktívny proteín, výkon 10, 60b, 5702ZV, H5556A

Parametre pre výpočet hodnotiaceho koeficientu

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

názov a určenie hodnoty parametrov

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

váhy a pásma pre jednotlivé parametre (ako klinická logopédia, klinická psychológia, psychoterapia, liečebná pedagogika, špeciálna pedagogika)

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

Klinická logopédia, liečebná pedagogika, špeciálna pedagogika

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

váhy a pásma pre jednotlivé parametre

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

špecializačný odbor klinická psychológia, psychoterapia

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

váhy a pásma pre jednotlivé parametre

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