

# ZMLUVA O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

č. 78NSP1000218

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 **Košice**, kód : **2400**

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

(ďalej len „Poisťovňa“)

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti:

Obchodné meno / Priezvisko, meno a titul:	<b>Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice</b>
Kód poskytovateľa zdravotnej starostlivosti:	<b>P77017</b>
IČO / registračné číslo:	00606707
DIČ, IČ DPH:	2021141969
Sídlo / Miesto trvalého pobytu:	Rastislavova 43, 040 01 Košice
Miesto prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia:	Rastislavova 43, 040 01 Košice Trieda SNP 1, 040 11 Košice
Zápis v registri (iba v prípade takéhoto zápisu):	Ministerstvo zdravotníctva SR zriaďovacia listina číslo 1842/1990-A/I-2
Bankové spojenie:	SKO681800000007000280550
Mená a funkcie konajúcich osôb:	MUDr. Milan Maďar, MPH, generálny riaditeľ Ing. Roman Švarc, ekonomický riaditeľ
Označenie orgánu, ktorý vydal povolenie:	MZ 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; 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 XI. 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; lekárskeho miestom sa rozumie výkon činnosti lekára s príslušnou odbornou spôsobilosťou v rozsahu 40 hodín fondu pracovného času týždenne. Zmeny v zozname lekárov Poskytovateľ oznamuje Poistovní podľa bodu 14.2. písm. c. VZP.

## II. KRITÉRIÁ NA UZATVORENIE ZMLUVY

- 2.1. Poistovní v súlade s bodom 2.1. VZP uverejnila kritériá na uzatváranie zmlúv s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti vzťahujúce sa na personálne a 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:

Všeobecná nemocnica, ktoré sa na účely tejto zmluvy a úhrady podľa článku XI. Zmluvy považujú za jedno zdravotnícke zariadenie, identifikátor zdravotníckeho zariadenia:  
**00606707-00;**

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

Za súčasť zdravotníckeho zariadenia sa na účely určenia výšky úhrady za Hospitalizačný prípad podľa bodu 11.7. 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, ktorý vykonáva preventívnu prehliadku Poistenca uhrádzanú z verejného zdravotného poistenia, je povinný dodržať tieto podmienky:
  - a. Poskytovateľ je povinný sám vykonať všetky vyšetrenia, ktoré vyplývajú z náplne preventívnej prehliadky vyplývajúcej zo všeobecne záväzných právnych predpisov. Poskytovateľ je oprávnený odoslať Poistenca na ďalšie poskytnutie zdravotnej starostlivosti vyplývajúcej z náplne preventívnej prehliadky k inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti len vtedy, pokiaľ Poskytovateľ nie je vybavený zdravotníckou technikou, ktorá je potrebná na vykonanie vyšetrenia; v tomto prípade Poskytovateľ požiada poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorému odošle Poistenca na ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti, aby vykonal len požadované vyšetrenie pomocou zdravotníckej techniky a neposkytoval Poistencovi ďalšiu zdravotnú starostlivosť;
  - b. pokiaľ Poskytovateľ žiada poskytovateľa prevádzkujúceho zariadenie spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek o vykonanie laboratórnych alebo diagnostických vyšetrení nad rámec náplne preventívnej prehliadky, je povinný vyhotoviť samostatnú žiadamku na vyšetrenia podľa náplne preventívnej prehliadky a samostatnú žiadamku na vyšetrenia požadované nad rámec náplne preventívnej prehliadky;
  - c. vykonanie preventívnej prehliadky preukáže Poskytovateľ, ktorý poskytuje všeobecnú ambulantnú starostlivosť alebo špecializovanú ambulantnú starostlivosť v špecializačnom odbore „gynekológia a pôrodnictvo“, vyplnením formulára podľa vzoru uvedeného v Prílohe č. 3 Zmluvy; formulár podpíše Poskytovateľ aj Poistenc alebo zákonný zástupca Poistenca a Poskytovateľ ho po podpísaní založí do zdravotnej dokumentácie Poistenca. Poskytovateľ, ktorý poskytuje špecializovanú ambulantnú starostlivosť v špecializačnom odbore „stomatológia“, zašle Poistovní oznámenie o vykonaní preventívnej prehliadky, a to v lehote 10 kalendárnych dní po skončení účtovacieho obdobia, v ktorom vykonal preventívnu prehliadku.
- 3.4. Poskytovateľ je oprávnený pri poskytovaní ambulantnej starostlivosti vrátane vykonávania výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek používať zdravotnícku techniku, ktorá netvorí povinné

materiálno-technické vybavenie Poskytovateľa podľa všeobecne záväzných právnych predpisov alebo materiálno-technické vybavenie podľa kritérií na uzatvorenie zmluvy (článok II. Zmluvy), ak je uvedená v Prílohe č. 4 k Zmluve, alebo ak s jej použitím vyslovila Poistovňa predchádzajúci písomný súhlas; Poskytovateľ môže vykázať Poistovní len vykonanie tých zdravotných výkonov, ktoré sú uvedené v Prílohe č. 4 k Zmluve alebo v súhlase Poistovne s použitím zdravotníckej techniky.

- 3.5. Zdravotné výkony, ktoré sú v Katalógu zdravotných výkonov označené ako „podobné vyšetrenia“ alebo iným slovným spojením rovnakého významu (ďalej len „Podobné vyšetrenia“), môže Poskytovateľ vykazovať len s predchádzajúcim písomným súhlasom Poistovne. Poskytovateľ v žiadosti o udelenie predchádzajúceho súhlasu podľa predchádzajúcej vety uvedie, aké Podobné vyšetrenia v rámci jednotlivých skupín zdravotných výkonov podľa Katalógu zdravotných výkonov mieni vykonávať a vykazovať. Poistovňa v súhlase podľa prvej vety tohto bodu uvedie, ktoré zdravotné výkony môže Poskytovateľ vykazovať v rámci jednotlivých skupín zdravotných výkonov ako Podobné vyšetrenia; Poistovňa môže súhlas časovo ohraničiť.
- 3.6. 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.
- 3.7. Poskytovateľ môže Poistencovi predpísať individuálne zhotovovanú ortopedicko-protetickú zdravotnícku pomôcku len vtedy, pokiaľ použitie sériovo vyrábanej zdravotníckej pomôcky je pre Poistenca zrejme nevhodné. Poskytovateľ je povinný na lekárskom poukaze na zdravotnícku pomôcku uviesť všetky údaje vyplývajúce zo všeobecne záväzných právnych predpisov a ako kód zdravotníckej pomôcky uvedie číselný kód uvedený v Zozname zdravotníckych pomôcok plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia. Poskytovateľ pripojí k lekárskeму poukazu podľa tohto bodu aj odborný nález, v ktorom z medicínskeho hľadiska odôvodní nevhodnosť použitia sériovo vyrábanej zdravotníckej pomôcky a nevyhnutnosť predpísania zdravotníckej pomôcky uvedenej v bode 3.6. 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.
- 3.8. 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. 5 Zmluvy.
- 3.9. Poskytovateľ nesmie vykázať 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 ambulatnej zdravotnej starostlivosti primerane.
- 3.10. Poskytovateľ je povinný pri nákupe liekov, zdravotníckych pomôcok aj akéhokoľvek materiálu, ktorých použitie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vyžaduje 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 prevyšuje obvyklú cenu.
- 3.11. 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.

- 3.12. Poskytovateľ môže Poistencom poskytnúť zdravotnú starostlivosť spočívajúcu vo výkonoch hyperbarickej oxygenoterapie a stereorádiokirurgie len s predchádzajúcim súhlasom Poistovne. Predchádzajúci súhlas Poistovne sa nevyžaduje, ak sa výkon hyperbarickej oxygenoterapie vykoná v rámci poskytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Poskytovateľ pozitronovej emisnej tomografie zasiela spolu s vyúčtovaním za príslušné účtovné obdobie aj kópie návrhov / žiadaniek na poskytnutie vyšetrenia.

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

- 4.1. Poskytovateľ poskytne osobe uvedenej v bode 1.1. Zmluvy (ďalej v tomto článku len „Pacient“) ústavnú starostlivosť, ak zdravotný stav Pacienta vyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín (ďalej len „Hospitalizácia“).
- 4.2. Poskytovateľ je povinný zasielať Poistovni údaje potrebné na vedenie zoznamu poistencov čakajúcich na poskytovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „Zoznam“), a to najmä:
- meno, priezvisko a rodné číslo Pacienta;
  - kód choroby podľa MKCH-10, v súvislosti s ktorou Poskytovateľ navrhuje Hospitalizáciu Pacienta;
  - 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 Poistovni 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 Poistovni 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 Poistovni 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 Poistovni prostredníctvom Programu hospiCOM začatie aj ukončenie Hospitalizácie Pacienta.
- 4.7. Poskytovateľ nesmie prijať Pacienta na Hospitalizáciu na poskytovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti, ak mu Poistovňa neudelila súhlas na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti Pacientovi alebo skôr, než v deň určený Poistovňou v súhlase. Poskytovateľ môže prijať Pacienta na Hospitalizáciu na poskytovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti počas dňa, ktorý Poistovňa určí v súhlase, alebo kedykoľvek po tomto dni; ak takýto deň Poistovňa v súhlase neurčila, tak najskôr v deň udelenia súhlasu.
- 4.8. Poskytovateľ môže prijať na geriatrické oddelenie len Pacienta, ktorý v čase začatia Hospitalizácie dovŕšil 65. rok veku.
- 4.9. Poskytovateľ môže Pacienta, ktorému poskytuje ústavnú starostlivosť, preložiť na iné oddelenie u Poskytovateľa len v prípade, ak jeho zdravotný stav nevyhnutne vyžaduje Hospitalizáciu na inom oddelení u Poskytovateľa.
- 4.10. 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 jednodňovej zdravotnej starostlivosti) k inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti len v nevyhnutných prípadoch, ak personálne a materiálno-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.
- 4.11. Poskytovateľ je povinný zabezpečiť, aby podanie vzorky lieku (§ 31 Zákona o liekoch) Pacientovi bolo zaznamenané v zdravotnej dokumentácii Pacienta.

- 4.12. Po ukončení Hospitalizácie je Poskytovateľ povinný vyhotoviť prepúšťaciu správu, ktorá musí obsahovať aj:
- zoznam liekov, ktoré Poskytovateľ podal Pacientovi počas Hospitalizácie;
  - 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;
  - mená a kódy lekárov, ktorí odporúčali predpísanie liekov podľa písm. b., rešpektujúc indikačné a preskripčné obmedzenia.
- Poskytovateľ založí jedno vyhotovenie prepúšťacej správy podľa tohto bodu do zdravotnej dokumentácie Pacienta.
- 4.13. Poskytovateľ je povinný spolu s vykázaním zdravotnej starostlivosti za príslušné zúčtovacie obdobie oznámiť Poistovní mená, priezviská a rodné čísla Pacientov, u ktorých sa počas Hospitalizácie v zúčtovacom období vyskytli nozokomiálne infekcie.
- 4.14. Poskytovateľ 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 vykázajú zdravotnú starostlivosť odmietne a vráti Poskytovateľovi na doplnenie.
- 4.15. Poskytovateľ je povinný počas trvania Hospitalizačného prípadu podľa bodu 11.2. písmeno a. Zmluvy (vrátane Hospitalizácie na DRG nerelevantnom oddelení, ktorej predchádzala Hospitalizácia na DRG relevantnom oddelení podľa bodu 11.2. písmeno b. Zmluvy a/alebo ktorá pokračovala Hospitalizáciou na DRG relevantnom oddelení podľa bodu 11.2. písmeno b. Zmluvy) uvádzať pri indikovaní zdravotnej starostlivosti na všetkých žiadankách a odporúčaní 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.
- 4.16. Porušenie niektorej z povinností Poskytovateľa podľa bodov 4.2. až 4.6. a bodu 4.14. a 4.15. Zmluvy sa považuje za porušenie povinnosti podľa bodu 8.2. VZP.

## V. ÚHRADA ZA ZDRAVOTNÚ STAROSTLIVOSŤ

- 5.1. Poistovňa a Poskytovateľ sa v súlade so zákonom č. 18/1996 Z.z. o cenách v znení neskorších predpisov dohodli, že Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti úhradu podľa pravidiel uvedených v tomto článku. Poskytovateľ berie na vedomie, že Zdravotná poisťovňa bude pri úhrade zdravotnej starostlivosti postupovať v súlade s ustanovením § 9 ods. 2 zákona č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (v znení zákona č. 718/2004 Z.z.). Zdravotná poisťovňa v spolupráci s Poskytovateľom a dodávateľom informačného systému Poskytovateľa za týmto účelom vyvinie maximálne úsilie vedúce k tomu, aby bola informácia o tom, či je poistenec uvedený v zozname dlžníkov sprístupnená priamo v informačnom systéme Poskytovateľa. Týmto však nie je dotknutá povinnosť Poskytovateľa uvedená v bode 4.1. VZP.
- 5.2. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za poskytnutú všeobecnú ambulantnú starostlivosť a špecializovanú ambulantnú starostlivosť v špecializačnom odbore „gynekológia a pôrodníctvo“ paušálnu mesačnú úhradu za podmienok stanovených v článku VI. Zmluvy a dodatkovú paušálnu mesačnú úhradu za podmienok stanovených v článku VII. Zmluvy.
- 5.3. Za ambulantnú starostlivosť neuvedenú v bode 5.2. Zmluvy a za ambulantnú starostlivosť, ktorá nie je zahrnutá v paušálnej mesačnej úhrade podľa článku VI. Zmluvy, patrí Poskytovateľovi úhrada stanovená v článku VIII. Zmluvy alebo v článku XII. Zmluvy.
- 5.4. Za ambulantnú starostlivosť poskytnutú Poistencom EÚ v zmysle článku IX. VZP a poistencom poisťovne HIGHMARK v zmysle článku X. VZP patrí Poskytovateľovi úhrada stanovená v článku VIII. Zmluvy v rovnakej výške ako za zdravotnú starostlivosť poskytnutú poistencom Poistovne, pokiaľ z článku VIII. Zmluvy nevyplýva odlišná úhrada.
- 5.5. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za 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 X. a XI. Zmluvy, pričom úhrada za Hospitalizačný prípad na DRG relevantných oddeleniach podľa článku XI. Zmluvy sa určí súčinom základnej sadzby, platnej v čase začiatku Hospitalizačného prípadu a efektívnej relatívnej váhy daného Hospitalizačného prípadu. Ustanovenia bodu 11.7. až 11.12. sa použijú primerane.

- 5.6. Na účely výpočtu úhrady za ústavnú starostlivosť podľa predchádzajúceho bodu sa zmluvné strany dohodli na pevnej sume základnej sadzby vo výške **1 405 €** (slovom: jedentisícštyristopäť eur“). Takto stanovená pevná suma základnej sadzby sa použije prvých 6 mesiacov od podpisu Zmluvy, až do konca kalendárneho štvrťroka, v ktorom uplynie táto lehota. Základná sadzba sa prehodnotí vždy od začiatku každého nasledujúceho kalendárneho štvrťroka, pričom jej výška sa určí nasledovne:

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

kde hodnoty uvedené vo vzorci majú rovnaký význam, aký im je pripísaný v bode 11.4. Zmluvy, okrem 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.

- 5.7. 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.
- 5.8. Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi úhradu na zhotovenie alebo obstaranie individuálne zhotovovanej stomatologickej fixnej a snímateľnej náhrady, individuálne zhotovovaného čelustnoortopedického fixného a snímateľného aparátu alebo inej zdravotníckej pomôcky používanej v stomatológii a čelustnej ortopédii (ďalej len „Stomatologická zdravotnícka pomôcka,“) rovnajúcu sa výške nákladov na zhotovenie alebo obstaranie Stomatologickej zdravotníckej pomôcky zníženú o úhradu Poistenca; Poisťovňa však Poskytovateľovi uhradí najviac cenu Stomatologickej zdravotníckej pomôcky uvedenú ako „úhrada zdravotnou poisťovňou“ v Zozname kategorizovaných zdravotníckych pomôcok platnú v ten deň, kedy bola Stomatologická zdravotnícka pomôcka vydaná Poistencovi. Poisťovňa neuhradí Poskytovateľovi úhradu za zhotovenie alebo obstaranie Stomatologickej zdravotníckej pomôcky, ak ju Poskytovateľ zhotovil alebo obstaral Poistencovi po prerušení liečby Poistencom na dobu dlhšiu ako 6 mesiacov; to sa nevzťahuje na prípady, ak liečba bola prerušená so súhlasom Poskytovateľa.
- 5.9. Pokiaľ Poskytovateľ v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, inej ako ústavnej starostlivosti poskytovanej na DRG relevantných oddeleniach podľa článku XI. 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. 6 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;
  - uvedený v Prílohe č. 6 tejto Zmluvy (ďalej len „Zoznam nekategorizovaných materiálov“), ktorý nie je uvedený v zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov vydanom Ministerstvom zdravotníctva SR, Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi náklady účelne, efektívne a hospodárne vynaložené na nadobudnutie takého materiálu, najviac však do výšky sumy určenej v Zozname nekategorizovaných materiálov. Poisťovňa týmto zároveň udeľuje na základe písomnej žiadosti Poskytovateľa súhlas s použitím nekategorizovaných materiálov uvedených v Zozname nekategorizovaných materiálov. Použitie nekategorizovaného materiálu vyžaduje Poskytovateľ pomocou kódu uvedeného v Zozname nekategorizovaných materiálov. V prípade, že sa špeciálny zdravotnícky materiál stane na základe kategorizácie súčasťou Zoznamu kategorizovaných materiálov, bude hradený podľa písmena a. tohto bodu Zmluvy.
- 5.10. Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi, ktorý poskytuje zdravotnú starostlivosť spočívajúcu vo výkonoch hyperbarickej oxygenoterapie, stereorádiokirurgie a pozitronovej emisnej tomografie, úhradu vo výške uvedenej v Prílohe č.7 Zmluvy. Poskytovateľ je povinný vykazovať zdravotnú starostlivosť spočívajúcu

vo výkonoch hyperbarickej oxygenoterapie, stereorádiokirurgie a pozitronovej emisnej tomografie spôsobom uvedeným v prílohe podľa predchádzajúcej vety.

- 5.11. 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;
  - lieky a zdravotnícke pomôcky.

## VI. KAPITÁCIA

- 6.1. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za každého Poistenca, s ktorým mal Poskytovateľ k poslednému dňu kalendárneho mesiaca, za ktorý vykazuje poskytnutú zdravotnú starostlivosť, uzatvorenú dohodu o poskytovaní všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore „gynekológia a pôrodnictvo“ (ďalej len „Kapitovaný poistenec“), paušálnu mesačnú úhradu (ďalej len „Kapitácia“). Poistovňa hradí Poskytovateľovi iba pomernú časť Kapitácie s presnosťou na počet dní trvania dohody o poskytovaní všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore „gynekológia a pôrodnictvo“ (ďalej len „Dohoda“) v príslušnom mesiaci za ktorý Poskytovateľ vykazuje poskytnutú zdravotnú starostlivosť za Poistencov:
- s ktorými Poskytovateľ uzatvoril Dohodu v priebehu príslušného mesiaca, ak Kapitovaný poistenec nemal v tom čase uzatvorenú žiadnu Dohodu v rovnakom špecializačnom odbore,
  - s ktorými zanikla v priebehu príslušného mesiaca Dohoda inak ako písomným odstúpením,
  - ktorým vzniklo alebo zaniklo verejné zdravotné poistenie v priebehu príslušného mesiaca.
- 6.2. Pokiaľ Kapitovaný poistenec uzatvoril skôr Dohodu okrem Poskytovateľa aj s iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v rovnakom špecializačnom odbore ako Poskytovateľ, Poistovňa uhradí Poskytovateľovi Kapitáciu len v prípade zániku pôvodnej Dohody uzatvorenej medzi iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a Kapitovaným poistencom, a to od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po mesiaci, v ktorom došlo k odstúpeniu od Dohody uzatvorenej medzi iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a Kapitovaným poistencom. Poskytovatelia sú povinní na základe informácie Poistovne prostredníctvom kapitačného protokolu riešiť konfliktné prípady vzájomnou dohodou.
- 6.3. Pokiaľ má Poskytovateľ dočasne pozastavené povolenie alebo dočasne neobsadenú ambulanciu Poistovňa Kapitáciu počas tohto obdobia Poskytovateľovi nehradí. Poistovňa neuhradí Kapitáciu za dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti aj v prípade ak Poskytovateľ oznámil ukončenie kódu lekára alebo kódu Poskytovateľa, na ktoré sú evidované dotknuté dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Poskytovateľ je povinný nahlasovať Poistovni mesačný výkaz prírastku a úbytku Poistencov aj podľa platných kódov lekárov a Poskytovateľov a nie len podľa platnosti dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Neobsadenou ambulanciou sa na účely tejto Zmluvy rozumie ambulancia na ktorú Poskytovateľ ukončil kód lekára a nenahlásil nový kód iného lekára.
- 6.4. Výška Kapitácie sa určuje v závislosti od veku Kapitovaného poistenca a od typu poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Pre výšku Kapitácie je rozhodný vek, ktorý Kapitovaný poistenec dovŕšil k prvému dňu kalendárneho mesiaca, za ktorý sa Kapitácia platí. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli na výške Kapitácie tak, ako je uvedené v Prílohe č.8 Zmluvy (ďalej len „Cenník kapitácie“).
- 6.5. Kapitácia zahŕňa úhradu za zdravotnú starostlivosť, ktorú Poskytovateľ poskytol Kapitovanému poistencovi, a náklady, ktoré Poskytovateľ vynaložil pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti Kapitovanému poistencovi. Kapitácia nezahŕňa:
- náklady na lieky, ktoré sú v Zozname liekov označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ alebo „AS“ (bod 5.7. Zmluvy);
  - úhradu za tie zdravotné výkony, ktoré Poskytovateľ vykonal pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia, ak sú tieto zdravotné výkony uvedené v Cenníku kapitácie;
  - úhradu za zdravotné výkony, ktoré Poskytovateľ vykonal v súlade s bodom 3.8. Zmluvy pomocou zdravotníckej techniky, ktorá netvorí povinné materiálno-technické vybavenie Poskytovateľa

podľa všeobecne záväzných právnych predpisov alebo materiálno-technické vybavenie podľa kritérií na uzatvorenie zmluvy (článok II. Zmluvy);

- d. úhradu za zdravotnú starostlivosť podľa článku XII. Zmluvy;
- e. iné náklady a zdravotné výkony, pokiaľ to vyplýva zo všeobecne záväzných právnych predpisov alebo z Cenníka kapitácie.

## VII. DODATKOVÁ KAPITÁCIA

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

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

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

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

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



## VIII. ÚHRADA VYJADRENÁ V BODOCH

- 8.1. Úhrada za ambulantnú starostlivosť, ktorá nie je zahrnutá v Kapitácii, sa vypočíta ako násobok príslušnej jednotkovej ceny bodu uvedenej v Prílohe č.9 Zmluvy (ďalej len „Cenník výkonov“) a bodového vyjadrenia hodnoty zdravotného výkonu uvedeného v rozhodnutí Ministerstva zdravotníctva SR o regulácii ceny v oblasti cien výrobkov, služieb a výkonov v zdravotníctve účinného vždy v čase, keď bol vykonaný zdravotný výkon (ďalej len „Zoznam výkonov s bodovým ohodnotením“).
- 8.2. Pokiaľ hodnota zdravotnej starostlivosti, na ktorú nie je podľa bodu 8.3. Zmluvy stanovený finančný objem a ktorú Poskytovateľ poskytol Poistencom počas šiestich zúčtovacích období v jednotlivých špecializačných odboroch, vyjadrená bodovou hodnotou vykonaných zdravotných výkonov dosiahne hodnotu uvedenú v Cenníku výkonov (ďalej len „Základný rozsah“), Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za tie zdravotné výkony, ktoré vykonal počas zúčtovacieho obdobia po dosiahnutí Základného rozsahu v príslušnom špecializačnom odbore, úhradu vypočítanú spôsobom podľa bodu VIII. Zmluvy, avšak príslušná jednotková cena bodu sa vynásobí hodnotiacim koeficientom vypočítaným podľa článku IX. Zmluvy; pokiaľ by súčin príslušnej jednotkovej ceny bodu a hodnotiaceho koeficientu bol nižší ako minimálna jednotková cena uvedená v Cenníku výkonov, na výpočet sa použije jednotková cena bodu vo výške tejto minimálnej jednotkovej ceny. Pri zdravotných výkonoch, ktoré Poskytovateľ vykonal pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti osobe uvedenej v bode 1.1. Zmluvy, ktorá nie je poisťovňou, sa hodnotiaci koeficient rovná číslu „1“; v Cenníku výkonov môže byť uvedené, pri ktorých ďalších zdravotných výkonoch sa hodnotiaci koeficient rovná číslu „1“.

8.3. Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že Poisťovňa Poskytovateľovi uhradí:

- a. všeobecnú ambulantnú starostlivosť a špecializovanú ambulantnú starostlivosť v špecializačnom odbore „gynekológia a pôrodníctvo“ pomocou zdravotníckej techniky, ktorá netvorí povinné materiálno-technické vybavenie Poskytovateľa podľa všeobecne záväzných právnych predpisov ani materiálno-technické vybavenie podľa kritérií na uzatvorenie zmluvy (článok II. Zmluvy), s výnimkou zdravotnej starostlivosti poskytnutej pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia;
- b. špecializovanú ambulantnú starostlivosť v špecializačných odboroch „stomatológia“, „čefustná ortopédia“ a „maxilofaciálna chirurgia“ spočívajúcu vo vykonaní akýchkoľvek zdravotných výkonov a vo vynaložení nákladov na zhotovenie alebo obstaranie Stomatologickej zdravotníckej pomôcky, s výnimkou zdravotnej starostlivosti poskytnutej pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia;
- c. špecializovanú ambulantnú starostlivosť spočívajúcu vo vykonávaní výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek v tých špecializačných odboroch, pre ktoré nebol podľa bodu 8.2. Zmluvy stanovený základný rozsah, a vo vynaložení nákladov na lieky označené v Zozname liekov v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ alebo „AS“ (bod 5.7. Zmluvy) a na materiál uvedený v bode 5.9. Zmluvy, ak boli tieto náklady vynaložené v súvislosti s výkonmi podľa tohto bodu,

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

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

toho kalendárneho roka, v ktorom Poskytovateľ Finančný objem nedočerpal alebo prečerpal, alebo do zániku Zmluvy aj počas kalendárneho roka.

- 8.7. Zmluvné strany sa dohodli, že pod agregovanými výkonmi sa podľa tejto Zmluvy rozumie skupina viacerých výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek v špecializačnom odbore lekárska genetika 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.

## IX. HODNOTIACI KOEFICIENT

- 9.1. Poisťovňa z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v tabuľkách, ktoré tvoria prílohu Zmluvy, a to v závislosti od toho, v akom špecializačnom odbore podľa tabuľky uvedenej v bode 8.2. Zmluvy poskytoval Poskytovateľ zdravotnú starostlivosť.
- 9.2. Poisťovňa použije pre zistenie a výpočet hodnoty každého parametra uvedeného v tabuľkách podľa bodu 9.1. Zmluvy údaje vždy pre príslušný špecializačný odbor podľa tabuľky uvedenej v bode 8.2. Zmluvy, a to za dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky, z ktorých posledný kalendárny štvrťrok bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva výpočet.
- 9.3. Poisťovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov uvedený v tabuľkách podľa bodu 9.1. Zmluvy týmto spôsobom:
- Poisťovňa zistí každý z parametrov za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí poskytujú ambulatnú zdravotnú starostlivosť v príslušnom špecializačnom odbore podľa tabuľky uvedenej v bode 8.2. Zmluvy;
  - Poisťovňa zoradí hodnoty jednotlivých parametrov zistené za poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v príslušných špecializačných odboroch podľa tabuľky uvedenej v bode 8.2. Zmluvy vzostupne;
  - Poisťovňa neprihliada na hodnoty parametrov tých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí v poradí podľa písm. b. dosiahli 20 % najnižších hodnôt a 20 % najvyšších hodnôt;
  - Poisťovňa z hodnôt parametrov zistených u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti s výnimkou tých, na ktorých hodnoty parametrov neprihliada podľa písm. c., vypočíta strednú hodnotu (priemer) a hodnotu štandardnej odchýlky.
- 9.4. Poisťovňa vypočíta hodnotiaci koeficient pre každý špecializačný odbor Poskytovateľa (ďalej aj „HK“) podľa tabuľky uvedenej v bode 8.2. Zmluvy podľa vzorca:
- $$HK = h_1 \times v_1 + h_2 \times v_2 + h_3 \times v_3 + h_4 \times v_4 + h_5 \times v_5,$$
- kde  $h_1$  až  $h_5$  je hodnota príslušného parametra zistená z príslušnej tabuľky podľa bodu 9.1. Zmluvy, pričom sa použije hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „pod pásmom“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je nižšia ako jeho stredná hodnota znížená o hodnotu štandardnej odchýlky (bod 9.3. písm. d. Zmluvy), alebo hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „v pásme“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je vyššia alebo rovná jeho strednej hodnote zníženej o hodnotu štandardnej odchýlky, avšak zároveň nižšia alebo rovná jeho strednej hodnote zvýšenej o hodnotu štandardnej odchýlky, alebo hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „nad pásmom“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je vyššia ako jeho stredná hodnota zvýšená o hodnotu štandardnej odchýlky, a  $v_1$  až  $v_5$  je váha príslušného parametra zistená z príslušnej tabuľky podľa bodu 9.1. Zmluvy.
- 9.5. HK pre jednotlivé špecializačné odbory podľa tabuľky uvedenej v bode 8.2. Zmluvy sa použijú vždy počas celého kalendárneho polroka nasledujúceho po výpočte podľa bodu 9.2. a nasl. Zmluvy, a to počnúc druhým kalendárnym polrokom trvania tejto Zmluvy. Poisťovňa je povinná vypočítať a oznámiť Poskytovateľovi výšku HK vždy najneskôr pred začiatkom toho kalendárneho polroka, počas ktorého sa bude HK aplikovať.
- 9.6. Do skončenia toho kalendárneho polroka, v ktorom Zmluva nadobudla účinnosť, sa použijú ako HK pre jednotlivé špecializačné odbory podľa bodu 8.2. Zmluvy údaje uvedené v Cenníku výkonov, alebo údaje písomne oznámené Poskytovateľovi najneskôr ku dňu nadobudnutia účinnosti Zmluvy. Ak zmluva nadobudla účinnosť v druhej polovici kalendárneho polroka, HK podľa predchádzajúcej vety sa použijú aj v kalendárnom polroku bezprostredne nasledujúcom po kalendárnom polroku, v ktorom Zmluva nadobudla účinnosť, ak Poskytovateľ nemal pred účinnosťou Zmluvy uzatvorenú s Poisťovňou zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s obdobným vecným rozsahom zdravotnej starostlivosti, aký sa dohodol v Zmluve.

## **X. ÚHRADA ZA ÚSTAVNÚ STAROSTLIVOSŤ NA DRG NERELEVANTNÝCH ODDELENIACH**

- 10.1. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za Hospitalizáciu Poistenca na oddelení Poskytovateľa, ktoré je podľa metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „Úrad“) 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 „Lôžkodeň“) podľa cenníka hospitalizácií uvedeného v Prílohe č.10 Zmluvy (ďalej len „Cenník hospitalizácií“), a to v závislosti od toho, na akom oddelení Poskytovateľa sa poskytovala tejto osobe ústavná starostlivosť.
- 10.2. Základom pre určenie výšky Hospitalizačného paušálu je suma v eurách uvedená v Cenníku hospitalizácie (ďalej len „Základný hospitalizačný paušál“). V Cenníku hospitalizácie môže byť stanovená rozdielna suma Hospitalizačného paušálu v závislosti od trvania Hospitalizácie. Pokiaľ v Cenníku hospitalizácie nie sú stanovené rozdielne sumy Hospitalizačného paušálu, Poskytovateľovi patrí Hospitalizačný paušál vo výške Základného hospitalizačného paušálu.
- 10.3. V prípade Hospitalizácie Poistenca na jednotke intenzívnej starostlivosti 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.
- 10.4. 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 10.7. Zmluvy.
- 10.5. 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.
- 10.6. 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.
- 10.7. 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. 6 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.
- 10.8. Lôžkodeň 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.
- 10.9. 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.
- 10.10. 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 10.11. až 10.13. 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.

- 10.11. 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).
- 10.12. 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 10.11. Zmluvy) nedočerpá.
- 10.13. Poskytovateľ berie na vedomie, že Poisťovňa pri úhrade Prečerpania objemu postupuje tak, aby celková výška úhrady za zdravotnú starostlivosť podľa bodu 10.10. Zmluvy v kalendárnom mesiaci nepresiahla Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 10.11. Zmluvy). Poskytovateľ ďalej berie na vedomie, že zvýšenie Finančného objemu o nedočerpaný Finančný objem podľa bodu 10.11. Zmluvy a úhrada Prečerpania objemu podľa bodu 10.12. 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.
- 10.14. Za poskytnutie zdravotnej starostlivosti Poistencom 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 VIII. Zmluvy.

## **XI. ÚHRADA ZA ÚSTAVNÚ STAROSTLIVOSŤ NA DRG RELEVANTNÝCH ODDELENIACH**

- 11.1. 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.
- 11.2. Na účely Zmluvy:
  - a. Hospitalizačný prípad je zdravotná starostlivosť poskytnutá Poistencom 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 Úradu 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 Úrad 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 Úrad 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 Úradom 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 relatívny váha nie je určená v Katalógu prípadových paušálov sú uvedené v Prílohe č.11 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. 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;
- i. 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.
- 11.3. Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi úhradu za Hospitalizačný prípad vypočítanú podľa pravidiel určených:
- v Pravidlách kódovania;
  - v Zozname zdravotných výkonov pre klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín;
  - v Definičnej príručke, zverejnenej na webovom sídle Úradu <https://edrg.portaludzsk.sk>;
  - v Katalógu prípadových paušálov, zverejnenom na webovom sídle Úradu <https://edrg.portaludzsk.sk>;
  - v dokumente Hospitalizačný prípad a parametre definujúce prípadový paušál v systéme úhrad 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.

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

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

kde

- a. **UHR<sub>x-n;ref</sub>** 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<sub>x-n;ref</sub> 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 UHR<sub>x-n;ref</sub> uvedená v Prílohe č. 12 Zmluvy;

**EMZS<sub>x-n;ref</sub>** 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 11.7. až 11.10. zahrnutá v úhrade za Hospitalizačné

prípady ukončené v referenčnom období. Konkrétna výška EMZS<sub>x-n;ref</sub> v referenčnom období je určená v Prílohe č.12, písmeno c) Zmluvy;

**EMZS<sub>x-n;hod</sub>** 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 11.7. až 11.10. Zmluvy zahrnuté v úhrade za Hospitalizačné prípady ukončené v hodnotenom období;

**CNP<sub>x-n;hod</sub>** je celková výška nákladov na centrálné nakupované produkty (najmä lieky a zdravotnícke pomôcky), ktoré Poistovňa centrálné 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 11.5 písm. b) Zmluvy.

- b. **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.12 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.

- c. 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.12, písmeno c) Zmluvy. Zmluvné strany sa pre vylúčenie pochybností dohodli, že číselné vyjadrenie parametra uvedené v tabuľke podľa Prílohy č.12, písmeno c) Zmluvy má vždy prednosť pred jeho slovným vyjadrením podľa písm. a. a b. tohto bodu Zmluvy.
- d. 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. 12, písmeno d) Zmluvy.
- e. 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:

Kod 202006*	Rekonštrukčná náhrada tvárového skeletu s príslušenstvom
-------------	--

\*V prípade použitia nekategorizovaného ŠZM s kódom 202006 musí byť v hospitalizačnom prípade vykázaný DRG výkon 5a214.10.

Poskytovateľ vykazuje MFNZS v samostatnej dávke a osobitnou faktúrou, a ktorý Poistovnía 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 Poistovnía 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](http://www.dovera.sk) v sekcii pre Poskytovateľov:

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

11.5. Úhradu za Hospitalizačné prípady podľa bodu 11.4. Poistovnía uhradí Poskytovateľovi nasledovne:

- a. Poskytovateľ je oprávnený fakturovať Poistovní mesačnú úhradu za Hospitalizačné prípady podľa bodu 11.4. vo výške za príslušné obdobie nasledovne:

<b>Od 1.7.2018</b>
--------------------

<b>1 745 720 €</b>
--------------------

pričom táto úhrada podlieha dodatočnému prepočtu podľa písmena b.;

- b. Poistovnía vždy po skončení kalendárneho štvrťroka vypočíta úhradu za Hospitalizačné prípady podľa bodu 11.4. 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 11.4. Zmluvy, vždy najneskôr do 2 mesiacov od ukončenia príslušného kalendárneho štvrťroka;
- c. Poistovnía 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 Poistovnía zaslala Poskytovateľovi oznámenie podľa písmena b.;
- d. V prípade, ak je úhrada podľa písmena a. uhradená Poskytovateľovi v príslušnom hodnotenom období vyššia ako úhrada vypočítaná podľa písmena b., Poistovnía 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. Poistovnía odpočíta od úhrady podľa písmena b. aj pohľadávky Poistovne podľa bodu 11.11. 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 11.4., ktoré Poistovnía už uhradila Poskytovateľovi podľa písmena b. tohto bodu Zmluvy za hodnotené obdobie x-12, Poistovnía 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.
- 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 Poistovní všetku poskytnutú zdravotnú starostlivosť.
- Poskytovateľ sa zaväzuje vykazovať Poistovní 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.
- 11.7. Ak ďalej nie je dojednané inak, úhrada podľa bodu 11.4. 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.
- 11.8. Úhrada za Hospitalizačný prípad nezahŕňa úhradu za výkony dialyzačnej liečby pri chronickom zlyhaní obličiek poskytnutú Poskytovateľom alebo iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a úhradu za zdravotnú starostlivosť poskytnutú ambulanciou záchranej zdravotnej služby.
  - 11.9. Zmluvné strany sa dohodli, že úhrada za Hospitalizačný prípad zahŕňa aj náklady uvedené v bode 10.7. Zmluvy, ako aj iné pripočítateľné položky určené Úradom, keďže ich zohľadňuje výška dohodnutej úhrady za Hospitalizačný prípad. Poskytovateľ je však povinný vykazovať tieto náklady ako pripočítateľnú položku v dátovom rozhraní určenom pre ústavnú starostlivosť.
  - 11.10. Zmluvné strany sa dohodli, že úhrada za všetku ambulatnú 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 4.15. 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 prípad. V prípade, ak na žiadanke a/alebo odporúčaní nebude uvedený dátum indikácie, Poistovňa neúplne vykázanú zdravotnú starostlivosť odmietne a požiada Poskytovateľa o jeho doplnenie.
  - 11.11. Zdravotná poisťovňa je oprávnená žiadať od Poskytovateľa refundáciu nákladov na úhradu zdravotnej a lekárenskej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktoré Poistovňa 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.
  - 11.12. Na účely určenia výšky refundácie podľa bodu 11.11. sa zmluvné strany dohodli, že Poskytovateľ uhradí Poistovni náklady na zdravotnú a lekárenskú starostlivosť a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktoré Poistovňa uhradila nad rámec Hospitalizačného prípadu inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti alebo služieb v nasledovnej výške:
    - a. 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;
    - b. 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;
    - c. 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;
    - d. 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 5.9. Zmluvy, aktuálnom v čase poskytnutia tohto materiálu Poistencovi;

- e. nekategorizovaný špeciálny zdravotnícky materiál vo výške úhrady Poistovne inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti alebo služieb, maximálne však vo výške dohodnutej medzi zmluvnými stranami v Prílohe č.6 Zmluvy;
  - f. 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.
- 11.13. Ak Poskytovateľ predpokladá trvanie Hospitalizačného prípadu Pacienta dlhšie ako 2 mesiace, informuje o tejto skutočnosti Poistovňu najneskôr do 2 mesiacov od začiatku Hospitalizačného prípadu a dohodne s ňou individuálny spôsob úhrady za Hospitalizáciu.
- 11.14. 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 5.6. Zmluvy, platnej v čase začiatku Hospitalizačného prípadu a Efektívnej relatívnej váhy daného Hospitalizačného prípadu.

## **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 prislúchajúcim 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 Poskytovateľ, 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.
- 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 nevykonal 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.

### XIII. ÚČINNOSŤ ZMLUVY

- 13.1. 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.
- 13.2. Poistovňa a Poskytovateľ sa zaväzujú pristúpiť k uzavretiu Zmluvy tak, aby nadobudla účinnosť **k 1.7.2018.**
- 13.3. Zmluvné strany sa dohodli, že po uzavretí tejto Zmluvy aj naďalej platí už udelený súhlas na poskytnutie podobných vyšetrení podľa bodu 3.5. Zmluvy.
- 13.4. Zmluva sa uzatvára na dobu **neurčitú.**
- 13.5. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že dňom účinnosti Zmluvy zanikajú všetky zmluvy, na základe ktorých Poskytovateľ poskytoval zdravotnú starostlivosť poistencom Poistovne v rovnakom vecnom rozsahu zdravotnej starostlivosti, aký sa dohodol v Zmluve, ak nie je dohodnuté v tejto Zmluve inak (bod 13.3. a 13.6. Zmluvy).
- 13.6. Zmluvné strany sa dohodli, že Hospitalizácie na DRG relevantnom oddelení, ktoré sa začali pred dňom nadobudnutia účinnosti tejto Zmluvy budú Poistovňou uhradené spôsobom a vo výške dohodnutej medzi zmluvnými stranami v Zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti č. 78NSP1000113 zo dňa 28.3.2013 (ďalej len „Predchádzajúca zmluva“) v znení účinnom k 30.6.2018.

### XIV. ELEKTRONICKÁ KOMUNIKÁCIA

- 14.1. Poistovňa a Poskytovateľ sa v súlade s ust. § 7 ods. 20 Zákona o zdravotných poisťovniach dohodli, že Poskytovateľ prostredníctvom svojho softvéru poskytne Poistovní kompletne spracovaný elektronický záznam obsahujúci údaje uvedené na lekárskom predpise resp. poukaze čo najskôr po predpísaní Lieku Poistencovi. Elektronický záznam podľa predchádzajúcej vety Poskytovateľ poskytuje za účelom výkonu analytickej, poradenskej a kontrolnej činnosti Poistovne a vedenia účtu Poistenca.
- 14.2. 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. Poistovňa vyhlasuje, že bude v plnej miere akceptovať elektronickú formu zaslaných údajov a
  - a. nebude od Poskytovateľa vyžadovať žiadanky v listinnej podobe podľa článku VII. bod 7.15 VZP,
  - b. nevyhotovenie žiadanky v listinnej forme nie je možné považovať za porušenie článku IV. bod 4.2. VZP.
- 14.3. 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.
- 14.4. Ak Poskytovateľ disponuje softvérovým vybavením, ktoré umožňuje zaslanie dočasného elektronického záznamu o poskytnutej zdravotnej starostlivosti Poistovní elektronicky, 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.

- 14.5. Poistovňa 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 Poistovňou uzatvorenú platnú a účinnú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, o poistnom vzťahu Poistenca voči Poistovni a o tom, či je Poistenec uvedený v zozname dlžníkov, prístupná priamo v informačnom systéme Poskytovateľa.
- 14.6. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že ak to softvérové vybavenie Poskytovateľa umožní, Poistovňa 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.
- 14.7. Ak Poskytovateľ disponuje softvérovým vybavením, ktoré umožňuje priamu elektronickú komunikáciu s elektronickou pobočkou a zároveň Poistovňa 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 Poistovni prostredníctvom priameho prepojenia softvérového vybavenia Poskytovateľa s elektronickou pobočkou, určí Poistovňa 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.
- 14.8. Ak Poskytovateľ disponuje softvérovým vybavením, ktoré umožňuje priamu elektronickú komunikáciu s elektronickou pobočkou a zároveň Poistovňa 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 Poistovni prostredníctvom priameho prepojenia softvérového vybavenia Poskytovateľa s elektronickou pobočkou určí Poistovňa v pravidlách elektronickej komunikácie. Poskytovateľ sa zaväzuje zasielať zúčtovacie doklady podľa tohto bodu priebežne, bez zbytočného odkladu po poskytnutí zdravotnej starostlivosti. Povinnosť zaslať Poistovni zúčtovacie doklady podľa článku V. VZP tým nie je dotknutá. Pre doručenie zúčtovacieho dokladu prostredníctvom softvérového vybavenia Poskytovateľa platí obdobne bod 12.4. VZP.
- 14.9. 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 Poistovni k poslednému dňu v kalendárnom mesiaci prednostne elektronicky.
- 14.10. Poskytovateľ a Poistovňa 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, lekárskech predpisoch, lekárskech poukazoch v rozsahu ustanovenom osobitným predpisom, ktoré Poistovňa eviduje vo svojom informačnom systéme vo vzťahu ku konkrétnemu poistencovi Poistovne, alebo si tieto údaje overiť v Poistovni. Poskytovateľ a Poistovňa zároveň berú na vedomie, že vyžiadanie, ako aj vyžiadané údaje sa poskytujú elektronicky z informačného systému Poistovne a z informačného systému Poskytovateľa, v ktorých sú spracovávané.
- 14.11. V prípade, ak sa akýkoľvek údaj uvedený v elektronickom zázname podľa bodu 14.1. až 14.4. a 14.7. až 14.9. ukáže ako nepravdivý, neúplný, nepresný alebo nesprávny, Poskytovateľ sa zaväzuje bez zbytočného odkladu takýto údaj uviesť do súladu so skutočným stavom prostredníctvom svojho softvéru.

## **XV. PRIJÍMANIE ÚHRADY DLŽNÉHO POISTNÉHO**

- 15.1. Poskytovateľ a Poistovňa sa dohodli, že v prípade, ak Poistenec, ktorý je dlžníkom v zmysle ust. § 9 ods. 2 Zákona zdravotnom poistení prejaví záujem o úhradu dlžného poistného môže sa Poskytovateľ s Poistencom dohodnúť na prijatí úhrady od Poistenca a to za podmienok uvedených v tomto článku.
- 15.2. Dohoda Poskytovateľa a Poistenca podľa bodu 6.1. tohto článku je možná iba v prípade, ak i) Poistenec bude ochotný uhradiť dlžné poistné v celej výške, t.j. vo výške v akej bude ku dňu prijatia platby

Poistovňou sprístupnená v informačnom systéme Poskytovateľa a zároveň ii) Poistenec udelí Poskytovateľovi v súlade s NARIADENÍM EURÓPSKEHO PARLAMENTU A RADY (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) (ďalej len „GDPR“) písomný súhlas so spracúvaním osobných údajov, ktoré Poskytovateľ poskytne Poistovní a Poistovňa Poskytovateľovi za účelom spracovania úhrady Poistenca a odstránení Poistenca zo zoznamu dlžníkov.

- 15.3. Poistovňa za týmto účelom splnomocňuje Poskytovateľa v zmysle ust. § 31 a nasl. zákona č. 40/1964 Zb. Občianskeho zákonníka na prijatie úhrady dlžného poistného od Poistenca, ktorý je dlžníkom podľa ust. § 9 ods. 2 Zákona o zdravotnom poistení, v mene a na účet Poistovne. Poskytovateľ je oprávnený úhradu dlžného poistného zadržať u seba a to až do momentu najbližšieho zúčtovania poskytnutej zdravotnej starostlivosti a vykázať Poistovní celkovú sumu prijatých úhrad dlžného poistného za Zúčtovacie obdobie prostredníctvom svojho informačného systému.
- 15.4. 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.
- 15.5. Poistovňa sa zaväzuje nahradiť Poskytovateľovi náklady vynaložené v súvislosti s prijatím úhrady podľa tohto článku. Zmluvné strany sa dohodli na paušálnej náhrade, ktorá predstavuje 1% zo sumy každej úhrady, najmenej však 3,- €. Zmluvné strany sa dohodli, že paušálna náhrada bude započítaná s pohľadávkou Poistovne za vykázané úhrady dlžného poistného prijaté Poskytovateľom. Započítanie podľa tohto bodu sa vykoná pred započítaním podľa bodu 15.4. Zmluvy.

## **XVI. NIEKTORÉ USTANOVENIA O REVÍZNEJ ČINNOSTI**

- 16.1. Ak Poistovňa kontrolou úhrady za Hospitalizačný prípad zistí, že Poskytovateľ porušil Pravidlá kódovania a Poistovňa uhradila za Hospitalizačný prípad vyššiu úhradu, ako na ktorú má Poskytovateľ nárok podľa článku XI. Zmluvy,
  - a. po vykonaní kontroly na vzorke určenej DRG skupiny, kde vzorka obsahuje minimálne 5 % všetkých Hospitalizačných prípadov a minimálne však 10 Hospitalizačných prípadov vykázaných v kontrolovanom období v danej DRG skupine, Poistovňa je 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 výšku úhrady zistenou na kontrolovanej vzorke Hospitalizačných prípadov, ktoré Poskytovateľ mal vykázať pri dodržaní Pravidiel kódovania, za všetky Hospitalizačné prípady vykázané v kontrolovanom období v danej DRG skupine, alebo
  - b. Poistovňa 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 výšku úhrady, na ktorú by mal Poskytovateľ nárok pri dodržaní Pravidiel kódovania (ďalej len „Rozdiel“) a zároveň zmluvnú pokutu vo výške dvojnásobku Rozdielu, a to za každý kontrolovaný Hospitalizačný prípad.Úhrada za Hospitalizačný prípad na účely výpočtu výšky sankcie podľa písmena a. a b. sa určí súčinom základnej sadzby určenej podľa bodu 5.6. Zmluvy, platnej v čase začiatku Hospitalizačného prípadu a Efektívnej relatívnej váhy daného Hospitalizačného prípadu.

Postup podľa bodu 16.1. Zmluvy sa uplatňuje od účinnosti Zmluvy, pričom zmluvné strany sa zároveň dohodli, že v prechodnom období, t.j. do príp. 6 mesiacov od účinnosti Zmluvy, je Poistovňa oprávnená uplatniť u Poskytovateľa zmluvnú pokutu podľa bodu 16.1 písm. b) vo výške Rozdielu, a to za každý kontrolovaný Hospitalizačný prípad.

- 16.2. Pokiaľ Poskytovateľ podá proti protokolu o kontrole podľa bodu 7.9. VZP písomné námietky, v ktorých z medicínskeho hľadiska spochybňuje závery vykonanej kontroly, je Poistovňa povinná na žiadosť Poskytovateľa zabezpečiť písomné stanovisko revízneho lekára Poistovne so špecializáciou v špecializačnom odbore „revízne lekárstvo“ alebo v špecializačnom odbore zhodnom so špecializačným odborom, ktorého sa týkajú závery vykonanej kontroly. Revízny lekár v písomnom stanovisku podľa

predchádzajúcej vety z medicínskeho hľadiska posúdi námietky Poskytovateľa k záverom vykonanej kontroly.

## **XVII. ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA**

- 17.1. 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.
- 17.2. V prípade, ak dôjde u Poskytovateľa k zásadnej zmene rozsahu alebo štruktúry poskytovanej zdravotnej starostlivosti, zaväzuje sa informovať o tom Poistovňu a pristúpiť k rokovaniu o uzavretí dodatku k Zmluve, ktorým sa upraví úhrada za poskytovanú zdravotnú starostlivosť podľa Zmluvy.
- 17.3. Poistovňa a Poskytovateľ sa zaväzujú vyvinúť maximálne možné úsilie, ktoré od nich možno spravodlivo požadovať, za účelom zabezpečenia poskytovania zdravotnej starostlivosti pre poistencov Poistovne na čo najvyššej úrovni čo do rozsahu, štruktúry a kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti.
- 17.4. Poskytovateľ je oprávnený odmietnuť poistencovi Poistovne poskytnutie ústavnej starostlivosti iba v prípade ak:
  - a. materiálno-technické alebo personálne vybavenie Poskytovateľa neumožňuje poskytnúť poistencovi Poistovne 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 Poistovne nevyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín.
- 17.5. Zmluva je vyhotovená v dvoch rovnopisoch, po jednom rovnopise pre každú zmluvnú stranu.
- 17.6. 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 vzory formulárov preukazujúcich vykonanie preventívnych prehliadok podľa bodu 3.3. písm. c. Zmluvy;
  - d. príloha č. 4, ktorá obsahuje zoznam zdravotníckej techniky a zoznam zdravotných výkonov podľa bodu 3.4. Zmluvy;
  - e. príloha č. 5, ktorá obsahuje zoznam špecializovaných nemocníc a liečební a vzor žiadosti o ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti podľa bodu 3.8. Zmluvy;
  - f. príloha č. 6, obsahuje Zoznam kategorizovaného materiálu a Zoznam nekategorizovaného materiálu podľa bodu 5.9. Zmluvy;
  - g. príloha č. 7, ktorá obsahuje ceny a spôsob vykazovania výkonov hyperbarickej oxygenoterapie, stereorádiokirurgie a pozitronovej emisnej tomografie podľa bodu 5.10. Zmluvy;
  - h. príloha č. 8 (Cenník kapitácie), ktorá obsahuje výšku Kapitácie podľa bodu 6.4. Zmluvy, zoznam zdravotných výkonov a iných nákladov, ktoré podľa bodu 6.5. Zmluvy nie sú zahrnuté v Kapitácii, tabuľky s parametrami pre výpočet Dodatkovkej kapitácie podľa bodu 7.2. Zmluvy a základ pre výpočet Dodatkovkej kapitácie podľa bodu 7.6. Zmluvy;
  - i. príloha č. 9 (Cenník výkonov), ktorá obsahuje výšku jednotkovej ceny bodu podľa bodu 8.1. Zmluvy, výšku Základného rozsahu a minimálnej jednotkovej ceny a zoznam zdravotných výkonov podľa bodu 8.2. Zmluvy, výšku Finančného objemu podľa bodu 8.3. Zmluvy, tabuľky s parametrami pre výpočet hodnotiaceho koeficientu podľa bodu 9.1. Zmluvy a prvé HK podľa bodu 9.6. Zmluvy;
  - j. príloha č. 10, (Cenník hospitalizácií), ktorá obsahuje úhrady podľa bodu 10.1. Zmluvy, sumy podľa bodu 10.2. Zmluvy, paušálny príplatok podľa bodu 10.3. Zmluvy, výšky úhrady podľa bodu 10.6. Zmluvy a Finančný objem podľa bodu 10. 10. Zmluvy;
  - k. príloha č. 11, ktorá obsahuje zoznam relatívnych váh pre DRG skupiny, ktorých relatívna váha nie je určená v Katalógu prípadových paušalov;
  - l. príloha č. 12, ktorá obsahuje Výpočet koeficientu a určenie parametrov podľa bodu 11.4. písmeno b. a c. Zmluvy;

m. príloha č. 13 (Cenník agregovaných výkonov), ktorá obsahuje zoznam výkonov podľa bodu 8.7, výšku úhrady, spôsob ich vykázovania.

- 17.7. Poisťovňa 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 Poisťovne, 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 Poisťovni priznáva § 15 a 23 zákona o RPVS v prípade nesplnenia povinností Poskytovateľom, ktorými sú právo odstúpiť od Zmluvy a skutočnosť, že Poisťovňa sa nedostane do omeškania s plnením pri neuhradení úhrady Poskytovateľovi podľa VZP. Poisťovňa o skutočnosti neuhradenia úhrady podľa predchádzajúcej vety Poskytovateľa informuje v lehote splatnosti faktúry dohodnutej vo VZP.
- 17.8. Neoddeliteľnou súčasťou rovnopisu tejto Zmluvy určeného pre Poskytovateľa sú VZP účinné od 1. apríla 2012.
- 17.9. Poisťovňa aj Poskytovateľ sa zaväzujú v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti informovať poistencov Poisťovne vždy korektne, pravdivo a neskreslene o skutočnostiach vyplývajúcich zo Zmluvy, VZP a platných právnych predpisov.
- 17.10. Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že prvá veta bodu 4.19. VZP sa použije len v prípade, ak by náklady na biomedicínsky výskum u Poskytovateľa mali byť čo i len čiastočne hradené z verejného zdravotného poistenia.
- 17.11. Poisťovňa aj Poskytovateľ vyhlasujú, že si Zmluvu aj VZP prečítali, ich obsahu porozumeli a na znak toho, že obsah Zmluvy aj VZP zodpovedá ich skutočnej a slobodnej vôli, túto Zmluvu podpísali.

V Košiciach, dňa

V Košiciach, dňa

---

DÓVERA zdravotná poisťovňa, a. s.  
JUDr. Elena Báthoryová  
regionálna riaditeľka pre nákup ZS

---

Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice  
MUDr. Milan Maďar, MPH, generálny riaditeľ

---

Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice  
Ing. Roman Švarc, ekonomický riaditeľ

**Zoznam špecializačných odborov**

(podľa bodu 1.2 Zmluvy)

Špecializačný odbor	Druh poskytovanej Zdravotnej starostlivosti			
	ambulancie	pracovis ko SVLZ	ústavná zdravotná starostlivosť <sup>9</sup>	JZS
Vnútorné lekárstvo	Áno	-	Áno	-
Infektológia	Áno	-	Áno	-
Pneumológia a ftizeológia	áno	-	Áno	-
Neurológia	Áno	-	Áno	-
Psychiatria	Áno	-	Áno	-
Gynekológia a pôrodnictvo	Áno	-	Áno	áno
Chirurgia	Áno	-	Áno	-
Ortopédia	Áno	-	Áno	áno
Urológia	Áno	-	Áno	-
Úrazová chirurgia	Áno	-	Áno	-
Otorinolaryngológia	Áno	-	Áno	áno
Oftalmológia	Áno	-	Áno	áno
Stomatológia	Áno	-	-	-
Pediatrická gynekológia	Áno		-	-
Dermatovenerológia	Áno	-	Áno	-
Klinická onkológia	Áno	-	Áno	-
Všeobecné lekárstvo	Áno	-	-	-
Rádiológia	-	Áno	-	-
Klinická biochémia	-	Áno	-	-
Anestéziológia a intenzívna medicína	Áno	-	Áno	-
Fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	Áno	Áno	Áno	-
Patologická anatómia	-	Áno	-	-
Hematológia a transfuziológia	Áno	Áno	Áno	-
Klinická mikrobiológia	-	Áno	-	-
Neurochirurgia	Áno	-	Áno	-
Plastická chirurgia	Áno	-	Áno	áno
Ortopedická protetika	Áno	-	-	-
Klinická imunológia a alergológia	Áno	Áno	-	-
Reumatológia	Áno	-	-	-
Algeziológia	Áno	-	-	-
Gastroenterológia	Áno	-	-	-

Kardiológia	Áno	-	-	-
diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy	Áno	-	-	-
Neonatológia	áno	-	Áno	-
Čeľustná ortopédia	Áno	-	-	-
Angiológia	Áno	-	-	-
Lekárska genetika	Áno	Áno	-	-
Nefrológia	Áno	-	Áno	-
Endokrinológia	Áno	-	-	-
Klinická farmakológia	Áno	Áno	-	-
Maxilofaciálna chirurgia	Áno	-	Áno	-
Detská psychiatria	Áno	-	-	-
Hrudníková chirurgia	-	-	Áno	-
Pediatrická ortopédia	Áno	-	-	-
Pediatrická urológia	Áno	-	-	-
Detské zubné lekárstvo	Áno	-	-	-
Klinická psychológia	Áno	-	-	-
Centrálny a urgentný príjem	Áno	-	-	-
Funkčná diagnostika	-	Áno	-	-
JIS-jednotka intenzívnej starostlivosti - interná	-	-	Áno	-
JIS neurologická	-	-	áno	-
JIS chirurgická	-	-	Áno	-
Transplantačné	áno	-	Áno	-
Hepatológia	Áno	-	-	-
Ultrazvuk v gynekológii a pôrodníctve	-	Áno	-	-
Arytmia a koronárna jednotka-ODD., fyzioterapia vybraných ochorení pohybového systému-LEK.	-	-	Áno	-
Klinické pracovné lekárstvo a klinická toxikológia	áno	-	áno	-
abdominálna ultrasonografia u dospelých	-	áno	-	-
Psychiatrická sexuológia	Áno	-	-	-
dentoalveolárna chirurgia	Áno	-	-	-
mukogingiválna chirurgia	Áno	-	-	-
Choroby slizníc a ústnej dutiny	Áno	-	-	-
JIS infekčná	-	-	Áno	-
JIS úrazová	-	-	Áno	-
JIS hematologická	-	-	Áno	-
chirurgia ruky - replantačné	-	-	Áno	-
univerzálna tkanivová banka (orgánová)	-	áno	-	-



banka)				
nemocničná krvná banka	-	Áno	-	-
počítačová tomografia - CT	-	áno	-	-
magnetická rezonancia- MR	-	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><b>Personálne vybavenie zdravotníckeho zariadenia</b></p> <p>Splnenie podmienok podľa: - všeobecne záväzných právnych predpisov stanovujúcich personálne vybavenie - koncepcie medicínskych odborov - platné povolenie na činnosť zdravotníckeho zariadenia v zmysle § 7 ods. 2 zákona č. 578/2004 Z. z.</p>	<b>25</b>
<p><b>Materiálno-technické vybavenie zdravotníckeho zariadenia</b></p> <p>Materiálno-technické vybavenie pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti je najmenej na úrovni stanovenej všeobecne záväznými právnymi predpismi.</p>	<b>25</b>
<p><b>Parametre efektivity a kvality</b></p> <p>Jednotnými ukazovateľmi sú: dostupnosť, CMI (Case Mix Index), spokojnosť poistencov, komplexnosť poskytovanej starostlivosti, služby pre pacientov, dodatočné náklady, spádovosť, operovanosť, rehospitalizácie, prevzatia z iného zdravotníckeho zariadenia, preloženia do iného zdravotníckeho zariadenia, plánované / akútne hospitalizácie, úmrtnosť, priemerná dĺžka hospitalizácie, točivosť</p>	<b>40</b>
<p><b>Využívanie elektronických služieb</b></p> <p>Využívanie služieb elektronickej pobočky, bezpečné lieky online, elektronické zasielanie návrhov</p>	<b>10</b>

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

Poznámka:

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

**Preventívna prehliadka pre dospelých**  
v zmysle platnej legislatívy

**Meno a priezvisko poistenca:** \_\_\_\_\_

**Rodné číslo** \_\_\_\_\_

Dátum poslednej preventívnej prehliadky: \_\_\_\_\_

**Anamnéza:**

Subjektívne: bez ťažkostí  popis ťažkostí: \_\_\_\_\_

Preknané choroby (aké a kedy): \_\_\_\_\_

Škodlivé návyky: \_\_\_\_\_

Kontrola očkovania (kedy naposledy, aké očkovanie, odporúčenie očkovania): \_\_\_\_\_

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

**Objektívne vyšetrenie (patologické nálezy):**

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

Hlava: \_\_\_\_\_

Krk: \_\_\_\_\_

Hrudník: \_\_\_\_\_

Pulmo: \_\_\_\_\_

Cor: \_\_\_\_\_

Abdomen: \_\_\_\_\_

Urogenitálny aparát (u mužov a per rectum vyšetrenie): \_\_\_\_\_

Pohybový aparát: \_\_\_\_\_

Výška: \_\_\_\_\_ cm      Hmotnosť \_\_\_\_\_ kg      Teplota \_\_\_\_\_ °C      FW \_\_\_\_\_

TK: \_\_\_\_\_ mmHg      PF: \_\_\_\_\_ /min      Moč chem.: \_\_\_\_\_

EKG (nad 40 rokov): \_\_\_\_\_

V štyridsiatom roku života: celkový cholesterol: \_\_\_\_\_ triaglyceridy: \_\_\_\_\_

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

Iné potrebné vyšetrenie: \_\_\_\_\_

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

**Záver preventívnej prehliadky:**

\_\_\_\_\_

**Odporúčenie:**

\_\_\_\_\_

Preventívnu prehliadku vykonal:

V \_\_\_\_\_ dňa: \_\_\_\_\_

praktický lekár pre dospelých  
(pečiatka a podpis lekára)

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

\_\_\_\_\_

podpis poistenca

**Preventívna prehliadka pre deti od 5 rokov a dorast**  
v zmysle platnej legislatívy

**Meno a priezvisko poistenca:** \_\_\_\_\_

**Rodné číslo:** \_\_\_\_\_

Dátum poslednej preventívnej prehliadky: \_\_\_\_\_

**Anamnéza:**

Prekonané choroby: \_\_\_\_\_

Hospitalizácie: \_\_\_\_\_

Alergie: \_\_\_\_\_

Dispenzár: \_\_\_\_\_

Predchádzajúce očkovanie: úplné  neúplné: \_\_\_\_\_

**Objektívne vyšetrenie:**

Výška: \_\_\_\_\_ cm Váha: \_\_\_\_\_ kg TK: \_\_\_\_\_ mmHg

Habitus: normostenický  hyperstenický  astenický

Držanie tela: správne  chybné  skolióza

Koža: čistá  ekzém

Psychomotorický vývoj: primeraný veku  zaostáva

Zrak: \_\_\_\_\_ Farby: rozlišuje  nerozlišuje

Sluch: \_\_\_\_\_

Pulmo: eupnoe  dyspnoe  vedľ. fenomény

Cor: AS pravidelná  AS nepravidelná  šelest

Brucho: \_\_\_\_\_

Genitál: \_\_\_\_\_ Končatiny: \_\_\_\_\_

Zaradenie do kolektívu: áno  nie

**Očkovanie v rámci prehliadky:**

DíTePer  DíTe  Polio  MMR  Tetanus  HB

Iné  \_\_\_\_\_ neuskutočené  dôvod: \_\_\_\_\_

**Záver preventívnej prehliadky:**

dieťa zdravé

dieťa odoslané do poradne: nie

áno  \_\_\_\_\_

Preventívnu prehliadku vykonal:

V \_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_   
popis zákonného zástupcu  
(poistenca)

**Preventívna gynekologická prehliadka**  
v zmysle platnej legislatívy

**Meno a priezvisko poistenca:** \_\_\_\_\_

**Rodné číslo** \_\_\_\_\_

Dátum poslednej preventívnej prehliadky: \_\_\_\_\_

**Anamnéza:**

Prekonalé choroby: \_\_\_\_\_

Prekonalé operácie: \_\_\_\_\_

Škodlivé návyky: \_\_\_\_\_

fajčenie: \_\_\_\_\_

**Gynekologická anamnéza**

Menštruačný cyklus \_\_\_\_\_ dní

PM: \_\_\_\_\_

Pôrody: \_\_\_\_\_

UPT: \_\_\_\_\_

Ab sp: \_\_\_\_\_

HAK: \_\_\_\_\_

**Komplexné gynekologické vyšetrenie:**

Inšpekcia a palpácia prsníkov a reg. LU: \_\_\_\_\_

Inšpekcia genitálií a vyšetrenie genitálií v speculách: \_\_\_\_\_

Bimanuálne palpačné vyšetrenie

alebo vyšetrenie per rectum: \_\_\_\_\_

Kolposkopia: \_\_\_\_\_

Cytologia: \_\_\_\_\_

MICR (MOP): \_\_\_\_\_

USG prsníkov a reg. LU: \_\_\_\_\_

MMG: \_\_\_\_\_

USG vyšetrenie vagin. Sondou: \_\_\_\_\_

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

**Záver preventívnej prehliadky:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Doporučenie:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Preventívnu prehliadku vykonal:

V \_\_\_\_\_

dňa: \_\_\_\_\_

pečiatka a podpis lekára

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

\_\_\_\_\_ podpis poistenca

**Zoznam zdravotníckej techniky a zdravotných výkonov**  
podľa bodu 3.4. Zmluvy

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

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

<b>Názov prístroja</b>	<b>Kódy zdravotných výkonov</b>
<b>Počítačový tomograf</b>	5200, 5201, 5202, 5203, 05204, 5204a-e, 5205, 5206, 5206a -b, 5207, 5208, 5207a, 5209, 5210, 5211, 5212, 5212a
<b>Magnetická rezonancia</b>	5600, 5605, 5605a, 5610, 5611, 5611a-c, 5612, 5612a-e, 5613
<b>Mamograf</b>	5029b, 5092, 5092a, 5092c, 5093
<b>Pozitrónový emisný tomograf</b>	-----
<b>PCR analyzátor</b>	4990, 4991, 4992, 4993
<b>Osteodenzitometer celotelový</b>	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**

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

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

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

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

Rodné číslo:.....Bydlisko .....PSČ.....

**Medicínske odôvodnenie návrhu:**

Anamnéza: .....

Objektívne vyšetrenie:.....

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

Epikríza:.....

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

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

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

Predpokladané obdobie liečby: .....

Prílohy ( uviesť poradové číslo a názov prílohy) .....

Dňa: .....

.....  
riaditeľ zdrav. zariadenia

.....  
primár oddelenia

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



**I. Zoznam kategorizovaného materiálu podľa bodu 5.9. Zmluvy**

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

kód ZM	Názov ZM
-	-

**II. Zoznam kategorizovaného materiálu podľa bodu 12.2. Zmluvy**

kód ZM	Názov ZM
-	-

**III. Zoznam nekategorizovaného materiálu podľa bodu 5.9. Zmluvy**

Kód ZP	Revízy lekár	Názov ZP (ŠZM)	Maximálna cena
a	b	c	D
		NEUROCHIRURGIA	
110015		Bardov epidurálny katéter	464,71
		KARDIOLÓGIA, KARDIOCHIRURGIA	
120001	RL	Detský kardiostimulátor dvoj dutinový	7 302,66
120019		Chlopňa srdcová so štepom	2 821,48
120022		Kardioplegické sety	115,00
120024		Cievna protéza – lineárna, bifurkačná	705,00
120027		Kontrapulzačný katéter	1 095,40
120028		Set autotransfúzny	246,00
120029		Set stapler (aortálny spojovací systém ACS)	300,00
120036	RL	Stengraft cievny	9 028,75
120044		ECMO systém s príslušenstvom	1 692,89
120045		Set pre podporný obeh pri zlyhaných srdcových komorách	2 157,60
120046		Záplata (karotická, perikardiálna)	153,00
120047		Externá bipolárna elektróda	119,00
120054		Epikardiálna elektróda ku kardiostimulátorom	531,00
120082		Elektródový systém pre ľavostrannú komorovú stimuláciu	2 821,48
120084		Cievna protéza biologická	3 120,23
120086		Lokálne hemostyptické prostriedky biologické	626,00
120087		Kontrapulzačný balónkový katéter s optickými vláknami	1 443,94
120092		Geometricky remodelovaný Anuloplastický chlopňový ring	1 802,43
180001		Jednorazový set pre dialýzu pečene	2000,00

#### IV. Zoznam nekategorizovaného materiálu podľa bodu 5.9. Zmluvy

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

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

		120402	Zavádzač na L a P katetrizáciu srdca		215,76
120700	hadice	120701	Hadica predlžovacia		22,57
		120702	Vysokotlaková hadica		13,28
		120703	Vysokotlaková hadica k abl.katétu		39,83
120800	ihly	120801	Ihla punkčná		66,39
		120802	Transseptálna punkčná ihla		419,00
120900	sety	120901	Set* dodaný výrobcom s katalógovým číslom		260,00
		120902	Pumpový set		1 560,11
121000	materiál pre embolizáciu	121001	Embolizačné špirály		265,55
		121002	Embolizačné mikrošpirály		995,82
		121003	Embolizačné mikročastice		99,58
121100	ostatné	121101	Tlaková hlava		16,60
		121102	Kaválny filter		1 394,14
		121103	Konektor PTCA		43,15
		121104	Rampa PTCA		13,28
		121105	Šicí materiál		331,94
		121106	Ventil tlakový 1 - 5 - cestný		22,57
		121107	Emboloprotekcia		1 659,70
		121108	Duktálna kanyla		26,56
		121109	Rektálny násadec		4,98
		121110	Predlžovací kábel ku katétrom		398,33
		121111	Adaptér rotačný		9,96
		121112	Mechanizmy na uzatváranie cievnych prístupov		199,16
		121113	Predlžovací kábel ku multif. a ablač.katétrom a refer. el.		735,25
		121119	Endoskopický nožík ERCP		547,70
		121120	Set extrakčných slučiek na odstraňovanie cudzích telies z cievneho systému		663,88
121121	Mikro set extrakčných slučiek na odstraňovanie cudzích telies z cievneho systému		1 002,46		

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

#### V. Zoznam nekategorizovaného materiálu podľa bodu 12.2. Zmluvy

Kód položky	Názov materiálu	Maximálna cena
-	-	-

**Ceny a spôsob vykazovania výkonov**

hyperbarickej oxygenoterapie, stereorádiokirurgie a pozitronovej emisnej tomografie:

Názov výkonu	Kód	Počet bodov	Cena bodu (EUR)	Cena výkonu (EUR)
Aplikácia hyperbarickej oxygenoterapie	8P130	-----	-----	-----
<b>Celotelová pozitronová emisná tomografia</b> s PET kamerou (vyšetrený trup od bázy lebečnej po inuini). Súčasťou ceny výkonu sú náklady na rádiofarmaká a doplňujúce snímania PET kamerou	5480	-----	-----	-----
<b>Pozitronová emisná tomografia</b> s PET kamerou vybranej <b>časti tela</b> – mozgu, srdca alebo inej časti tela. Súčasťou ceny výkonu sú náklady na rádiofarmaká a doplňujúce snímania PET kamerou	5480a	-----	-----	-----
<b>Stereorádiokirurgia</b>	3272	-----	-----	-----

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

<b>Označenie</b>	<b>hodnota v €</b>	
Kapitácia za jedného Kapitovaného poistenca	do dovŕšenia 1. roku života	-
	od 1 roku veku do dovŕšenia 2. roku života	-
	od 2 roku veku do dovŕšenia 7. roku života	-
	od 7 roku veku do dovŕšenia 19. roku života	-
	od 19 roku veku do dovŕšenia 27. roku života	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 „gynekológia a pôrodníctvo“	1,28	

**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, 10, 60b, 5702ZV

## Parametre pre výpočet Dodatkovej kapitácie

všeobecný lekár pre dospelých

názov a určenie hodnoty parametrov

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

váhy a pásma pre jednotlivé parametre

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

Všeobecný lekár pre deti a dorast

názov a určenie hodnoty parametrov

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

váhy a pásma pre jednotlivé parametre

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

gynekológia a 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 Dodatkovej kapitácie

<i>Názov podmienky</i>	<i>Kritériá pre splnenie podmienky</i>
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 3.4. Zmluvy v prípade zazmluvnenia špecializačnej odbornosti „Gynekológia a pôrodnictvo“
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 Dodatkovej kapitácie vždy najneskôr pred začiatkom toho kalendárneho štvrťroka, za ktorý bude Poskytovateľovi Dodatková kapitácia patriť. Do skončenia toho kalendárneho štvrťroka, v ktorom Zmluva nadobudla účinnosť, sa použije ako základ pre výpočet Dodatkovej kapitácie základná hodnota. Základná hodnota podľa predchádzajúcej vety sa použije aj v kalendárnom štvrťroku bezprostredne nasledujúcom po kalendárnom štvrťroku, v ktorom Zmluva nadobudla účinnosť, ak Poskytovateľ nemal pred účinnosťou Zmluvy uzatvorenú s Poisťovňou zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s obdobným vecným rozsahom zdravotnej starostlivosti, aký sa dohodol v Zmluve.

### Hodnota HKK podľa bodu 7.7 Zmluvy:

Špecializačný odbor	HKK
Všeobecný lekár pre dospelých	
Všeobecný lekár pre deti a dorast	
Gynekológia a pôrodnictvo	

## 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 <b>nemocničná krvná banka, klinická imunológia a alergológia, univerzálna tkanivová banka (orgánová banka), lekárska genetika</b>	0,005311	-
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačnom odbore <b>patologická anatómia</b>	0,004514	-
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačnom odbore <b>hematológia a transfuziológia</b>	0,005378	-
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačnom odbore <b>klinická biochémia, klinická mikrobiológia</b>	0,004780	-
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačnom odbore <b>klinická toxikológia, abdominálna ultrasonografia u dospelých, klinická farmakológia</b>	0,007303	-
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačnom odbore <b>fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia</b>	0,007635	-
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačnom odbore <b>funkčná diagnostika, rádiológia, ultrazvuk v gynekológii a pôrodníctve</b>	0,0078	-
pri zdravotných výkonoch <b>magnetickej rezonancie</b> vrátane aplikovania kontrastnej látky vykázané na pracovisku (228501,228502)	0,004232	-
pri zdravotných výkonoch <b>počítačovej tomografie</b> vrátane aplikovania kontrastnej látky vykázané na pracovisku (576501, 576502, 576503)	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 <b>nie je</b> dohodnutý základný rozsah v zmysle bodu 8.2. Zmluvy	0,0078	-
pri <b>iných</b> zdravotných výkonoch ako uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“, v ambulancii špecializačného odboru, pre ktorú <b>nie je</b> 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 <b>je</b> 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 (420bodov);	0,026432	-
pri zdravotných výkonoch: 62 (270 bodov); 63 (210 bodov)	0,022171	0,024504
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 zdravotných výkonoch vykonaných v rámci ústavnej pohotovostnej služby (centrálneho príjmu)	0,033898	-
pri zdravotných výkonoch vykonaných v špecializačnom odbore patologická anatómia: *9980 (skriningové cytologické vyšetrenie materiálu z portia alebo krčka maternice na diagnostiku rakoviny; 1 000b) *9980A (cytologické vyšetrenie steru z krčka maternice realizované konvenčnou metódou /vek poistenky do 23 rokov a nad 64 rokov;/1000b) *9980B (cytologické vyšetrenie steru z krčka maternice realizované konvenčnou metódou /kontrolné cytologické vyšetrenie v prípade dispenzarizácie poistenky;/1000b) * Vykazovanie: 1x vo vyšetrovanom prípade	0,004514	-
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 v špecializačnom odbore fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	0,012173	-
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 zdravotných výkonoch vykonaných pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia: 157, 102, 103, 105, 108, 167 (P77017009201)	0,048972	-
pri zdravotných výkonoch: 5303, 5305, 5308 (P77017009201)	0,008839	-
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	-
pri stomatologickej zdravotnej starostlivosti poskytnutej poistencovi Poistovne	<b>0,088</b>	-
pri stomatologickej zdravotnej starostlivosti poskytnutej poistencovi Poistovne pre zdravotné výkony: 62, 63, 252, 253, 255, 298, 299a, 400, 406, 407, 1470a, 1479, 1445, 2002, 2004, 2008, 2100, 2006, 2141, 2030, 2216, 2025, 98a, 98b	0,0193	-

### Podmienky pre uplatnenie zvýhodnenej ceny bodu\*

<i>Názov podmienky</i>	<i>Kritériá pre splnenie podmienky</i>
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 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 štvrtroka, 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

<b>Základný rozsah na kalendárny polrok pre špecializačný odbor podľa bodu 8.2. Zmluvy</b> V prípade, ak zmluva začína a končí v priebehu kalendárneho polroka, použije sa pomerná časť. Pomerná časť sa uplatňuje aj pri zmene hodnoty v priebehu kalendárneho polroka.	<b>hodnota v bodoch</b>
Vnútorne lekárstvo	<b>2 427 335</b>
Prenosné choroby	<b>360 000</b>
Pneumológia a ftizeológia	<b>1 100 000</b>
Neurológia, pediatrická neurológia	<b>1 800 000</b>
Psychiatria, pediatrická psychiatria	<b>1 400 000</b>
Psychiatrická sexuológia	<b>24 000</b>
Gynekológia v sekundárnej zdravotnej starostlivosti, Pediatrická gynekológia, mamológia, urogynekológia /amb. odb.009,017,271,312/	<b>2 290 000</b>
Chirurgia	<b>900 000</b>
Ortopédia, Pediatrická ortopédia	<b>2 500 000</b>
Urológia, pediatrická urológia	<b>2 340 000</b>
Traumatológia	<b>3 000 000</b>
Otorinolaryngológia	<b>800 000</b>
Oftalmológia	<b>3 494 000</b>
Dermatovenerológia	<b>750 000</b>
Klinická onkológia	<b>600 000</b>
Anesteziológia a intenzívna medicína	<b>330 000</b>
Fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia /027201, 027202, 027203, 027204, 027205, 027206/	<b>1 290 000</b>

Hematológia a transfúziológia /031201,031202,031203,031204, 031206, 031208, 031209/	<b>2 100 000</b>
Neurochirurgia	<b>270 000</b>
Plastická chirurgia	<b>270 000</b>
Ortopedická protetika	<b>300 000</b>
Lekárska imunológia a alergológia / 040201, 040202, 040203, 040204, 040205, 040206, 040207/	<b>1 850 000</b>
Reumatológia	<b>680 000</b>
Algeziológia	<b>75 000</b>
Gastroenterológia, Hepatológia	<b>2 220 000</b>
Kardiológia	<b>3 140 000</b>
Diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy	<b>228 000</b>
Neonatológia, perinatológia	<b>160 000</b>
Angiológia	<b>50 000</b>
Lekárska genetika	<b>400 000</b>
nefrológia	<b>265</b>
Endokrinológia	<b>800 000</b>
Klinická farmakológia /065201/	<b>20 000</b>
Klinická logopédia	<b>20 000</b>
Klinická psychológia	<b>250 000</b>
Centrálny príjem	<b>1 500 000</b>
Pracovné lekárstvo	<b>117 000</b>
Transplantačné UPS	<b>60 000</b>

### Minimálna jednotková cena

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

## Jednotková cena výkonu

Cena výkonu	hodnota v €
<b>4571a C</b> – – reaktívny proteín pre kapítovaných poistencov (P77017020201, P77017020202)	4,00
<b>H5556A*</b> - expektácia pacienta od 6 do 24 hod	180,00
<p><b>60b</b> - Základné vyšetrenie</p> <p>Úhrada zahŕňa potrebné odbery krvi, zhodnotenie laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení a zaradenie pacienta do rizikovej skupiny ASA.</p> <p>Úhrada nezahŕňa poskytnutie EKG vyšetrenia.</p> <p>Výkon možno vykazovať iba raz v rámci jednej operácie. Výkon sa vykazuje samostatne s diagnózou, pre ktorú je poistenec plánovaný na operáciu</p> <p>V prípade odoslania poistenca k špecialistovi (konziliárnemu lekárovi), ktorý vykoná predoperačné vyšetrenie, zdravotná poisťovňa poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súvislosti s predoperačným vyšetrením uhrádza v rámci kapitačnej platby za poistenca.</p>	10,00
<p><b>5702ZV</b> - Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie</p> <p>Štandardné 12-zvodové zosnímanie ako súčasť predoperačného vyšetrenia. Nutná kombinácia s výkonom 60b</p>	4,20
<p><b>Výkon 10</b> - Rozbor a plánovanie cielených terapeutických postupov na ovplyvnenie chronických ochorení alebo ochorení viacerých orgánových systémov na účely racionálnej farmakoterapie, vrátane rád a dokumentácie.</p> <p>Výkon 10 vykazuje lekár prvýkrát pri prevzatí kapítovaného pacienta s chronickým ochorením 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. (P77017020201, P77017020202)</p>	6,00

\*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 hradené 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: 184, 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	15,00
podľa bodu 8.3. písm. a. Zmluvy na poskytovanie špecializovanej ambulantnej starostlivosti v špecializačnom odbore „gynekológia a pôrodníctvo“	400,00
podľa bodu 8.3. písm. b. Zmluvy	19 640,00
podľa bodu 8.3. písm. c. Zmluvy	184 780,00

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

Názov parametra	<b>h<sub>n</sub></b>			<b>v<sub>n</sub></b>
	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	
Náklady na lieky	100 %	100 %	0 %	v <sub>1</sub> = 35%
Počet bodov na poistenca za ambulantné výkony	75 %	100 %	0 %	v <sub>2</sub> = 20 %
Počet bodov na poistenca za SVALZ výkony	50%	100 %	0 %	v <sub>3</sub> = 20 %
Počet hospitalizácií	100 %	100 %	0 %	v <sub>4</sub> = 10 %
Počet vyšetrení na jedného poistenca	100 %	100 %	0 %	v <sub>5</sub> = 15 %

Klinická logopédia, liečebná pedagogika, špeciálna pedagogika

Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
Počet bodov na poistenca	I <sub>1</sub> = 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 <sub>2</sub> = počet vyšetrení / počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť

váhy a pásma pre jednotlivé parametre

Názov parametra	<b>h<sub>n</sub></b>			<b>v<sub>n</sub></b>
	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	
Počet bodov na poistenca	75 %	100 %	0 %	v <sub>1</sub> = 60 %
Počet vyšetrení na jedného poistenca	100 %	100 %	0 %	v <sub>2</sub> = 40 %

špecializačný odbor klinická psychológia, psychoterapia

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



váhy a pásma pre jednotlivé parametre

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

**Hodnota HK podľa bodu 9.6. zmluvy:**

Špecializačný odbor	HK
--	
--	

## 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	
PSYCHIATRIA	005101, 005102	<b>1 195,00</b>	--	--	--	--	--
---							

## Finančný objem

Finančný objem na kalendárny mesiac podľa bodu 10.10. Zmluvy	<b>76 570 €</b>
--	-----------------

## 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
B43Z	Včasná rehabilitácia u chorôb a porúch nervového systému, viac ako 27 dní	1,0283	-	-
B61B	Určité akútne ochorenia a poranenia miechy bez komplexného výkonu alebo viac ako 13 dní ošetrovacích dní alebo žiadne preloženie ďalej	1,9168	0,0875	0,0350
B76A	Záchvaty, viac ako jeden deň hospitalizácie, s komplexnou diagnostikou a liečbou	0,8776	-	0,0358
D01A	Bilaterálna implantácia kochley	1,0283	-	-
D23Z	Implantácia naslúchacieho prístroja	1,0283	-	-
E41Z	Včasná rehabilitácia u chorôb a porúch dýchacích ciest	1,0283	-	-
E76A	Tuberkulóza, viac ako 14 ošetrovacích dní	2,6820	0,1616	0,0323
F29Z	Včasná rehabilitácia u chorôb a porúch krvného obehu s určitým OP výkonom s výnimkou kardiotorakálnych	1,0283	-	-
F45Z	Včasná rehabilitácia u chorôb a porúch krvného obehu	1,0283	-	-
G51Z	Včasná rehabilitácia chorôb a porúch tráviacich orgánov	1,0283	-	-
I40Z	Včasná rehabilitácia chorôb a porúch muskuloskeletálneho systému a spojivového tkaniva	1,0283	-	-
I96Z	Včasná rehabilitácia s OP výkonom u chorôb a porúch muskuloskeletálneho systému a spojivového tkaniva, viac ako 20 dní	1,0283	-	-
K01Z	Rôzne zákroky pri Diabetes mellitus s komplikáciami, s včasnou rehabilitáciou alebo včasnou geriatrickou rehabilitačnou komplexnou ZS	1,0283	-	-
K43Z	Včasná rehabilitácia endokrínologických ochorení, porúch výživy a ochorení látkovej výmeny	1,0283	-	-
L61Z	Hospitalizácia pre dialýzu	1,0283	-	-
Y01Z	OP výkony alebo UPV > 95 hodín u ťažkých popálenín	1,0283	-	-
Y61Z	Ťažké popáleniny	1,0283	-	-
Z41Z	Odobratie vlastnej kostnej drene	1,0283	-	-

**Výpočet koeficientu a určenie parametrov podľa bodu 11.4. Zmluvy**

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

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

Označenie parametra	Názov parametra	Popis parametra
Koef	Koeficient	Koef = zohľadňuje zmenu casemixu a počtu Hospitalizačných prípadov medzi referenčným a hodnoteným obdobím
Koef <sub>max</sub>	Maximálna hodnota Koeficientu	Koef <sub>max</sub> = maximálna hodnota koeficientu pre úhradu za Hospitalizačné prípady pre rok 2017, ktorá je dohodnutá vo výške 1,02
Koef <sub>min</sub>	Minimálna hodnota Koeficientu	Koef <sub>min</sub> = minimálna hodnota koeficientu pre úhradu za Hospitalizačné prípady pre rok 2017, ktorá je dohodnutá vo výške 0,98
Koef <sub>CD</sub>	Koeficient Cobb-Douglasovej produkčnej funkcie	Koef <sub>CD</sub> = 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:

$$Koef_{CD} = \min\{Koef_{CM}; (Koef_{CM})^{0,5} \times (Koef_{PHP} + 0,04)^{0,5}\}$$

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

Označenie parametra	Názov parametra	Popis parametra
Min	Funkcia min	min = funkcia, ktorá vyberie z oboru hodnôt najnižšiu hodnotu
Koef <sub>CM</sub>	Koeficient vývoja casemixu	Koef <sub>CM</sub> = koeficient vývoja casemixu medzi referenčným a hodnoteným obdobím
Koef <sub>PHP</sub>	Koeficient vývoja počtu Hospitalizačných prípadov	Koef <sub>PHP</sub> = koeficient vývoja počtu Hospitalizačných prípadov medzi referenčným a hodnoteným obdobím
CM <sub>x-n;ref</sub>	Suma efektívnych relatívnych váh v referenčnom období	CM <sub>x-n;ref</sub> = suma efektívnych relatívnych váh Hospitalizačných prípadov ukončených v referenčnom období
CM <sub>x-n;hod</sub>	Suma efektívnych relatívnych váh v hodnotenom období	CM <sub>x-n;hod</sub> = suma efektívnych relatívnych váh Hospitalizačných prípadov ukončených v hodnotenom období
PHP <sub>x-n;ref</sub>	Počet Hospitalizačných prípadov v referenčnom období	PHP <sub>x-n;ref</sub> = počet Hospitalizačných prípadov ukončených v referenčnom období
PHP <sub>x-n;hod</sub>	Počet Hospitalizačných prípadov v hodnotenom období	PHP <sub>x-n;hod</sub> = 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) Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli na určenie konkrétnej hodnoty parametra UHR<sub>x-n;ref</sub>, EMZS<sub>x-n;ref</sub>, CM<sub>x-n;ref</sub> a PHP<sub>x-n;ref</sub> v referenčnom období 2017 nasledovne:

RO	UHR	EMZS	CM	PHP
7-9; <sub>2017</sub>	5 237 160	36 887	3 972	3 665
7-12; <sub>2017</sub>	10 474 320	73 775	7 945	7 330

Zmluvné strany sa pre vylúčenie pochybností dohodli, že číselné vyjadrenie parametra uvedené v tabuľke vyššie má vždy prednosť pred jeho slovným vyjadrením podľa bodu 11.4. písmeno a. a b. Zmluvy.

- d) Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli na určenie konkrétnej hodnoty parametra UHR<sub>x-n;ref</sub>, EMZS<sub>x-n;ref</sub>, CM<sub>x-n;ref</sub> a PHP<sub>x-n;ref</sub> v referenčnom období 2018 a nasledujúcom takto:

RO	UHR	EMZS	CM	PHP
1-3; <sub>2018</sub> a nasl.	5 237 160	36 887	3 972	3 665
1-6; <sub>2018</sub> a nasl.	10 474 320	73 775	7 945	7 330
1-9; <sub>2018</sub> a nasl.	15 711 480	110 662	11 917	10 994
1-12; <sub>2018</sub> a nasl.	20 948 640	147 550	15 889	14 659

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

Koef_PHP	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	1,002	1,003	1,003	1,004	1,005	1,005	1,006	1,006	1,007	1,008	1,008	1,008	1,009	1,009	1,010	1,010
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	1,007	1,007	1,008	1,008	1,009	1,009	1,009	1,010	1,010	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	1,003	1,004	1,005	1,005	1,006	1,007	1,007	1,008	1,008	1,009	1,009	1,009	1,010	1,010	1,011	1,011
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	1,011	1,011
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	1,011	1,011	1,012
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	1,011	1,011	1,012	1,012
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	1,011	1,011	1,012	1,012	1,012
0,945	0,994	0,995	0,996	0,997	0,998	0,998	0,999	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	1,011	1,012	1,012	1,012	1,012
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	1,009	1,009	1,009	1,010	1,010	1,011	1,011	1,011	1,012	1,012	1,012	1,013
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	1,009	1,009	1,010	1,010	1,011	1,011	1,011	1,012	1,012	1,012	1,012	1,013	1,013
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	1,009	1,010	1,010	1,011	1,011	1,011	1,012	1,012	1,012	1,012	1,013	1,013	1,013	1,013
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	1,011	1,012	1,012	1,012	1,012	1,013	1,013	1,013	1,013	1,013	1,013
0,970	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,004	1,005	1,005	1,006	1,007	1,007	1,008	1,008	1,009	1,009	1,010	1,010	1,011	1,011	1,011	1,012	1,012	1,012	1,012	1,013	1,013	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014
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	1,011	1,012	1,012	1,012	1,012	1,013	1,013	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014
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	1,011	1,012	1,012	1,012	1,012	1,013	1,013	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,014
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	1,011	1,012	1,012	1,012	1,012	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014
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	1,011	1,012	1,012	1,012	1,012	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014
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	1,011	1,012	1,012	1,012	1,012	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014
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	1,012	1,012	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,015
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	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015	1,015	1,015
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	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015
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	1,013	1,013	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015
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	1,013	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015
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	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015
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	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015
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	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015
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	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,016	1,016
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	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,016	1,016	1,016
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,																		

## Cenník agregovaných výkonov

Kód výkonu	Názov výkonu	Určené pre diagnózy	Indikujúce odbornosti	Cena v Eur
7215	Postnatálne vyšetrenie karyotypu z kultivácie lymfocytov prúžkovaním chromozómov	bez väzby na diagnózu	062	96,00
7230A	Vyšetrenie karyotypu z periférnej krvi u jedného z partnerov pri infertilite	N46*, N97*	062	96,00
7238	Základné vyšetrenie hemochromatózy, polymorfizmy C282Y, H63D, S65C v géne HFE	E83.1	001,007,008,025,031,048,062, 154,216,332; 1x za život na r.č.	100,00
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
7239C	Vyšetrenie trombofilných mutácií - každá ďalšia mutácia	bez väzby na diagnózu	062, 031, 329, 342	19,62
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
7227A	Prenatálne vyšetrenie karyotypu plodu z dlhodobej tkanivovej kultivácie prúžkovaním chromozómov	O35*, Z36*	062	125,00
7210	Detekcia mutácií K-RAS génu (kodóny 12 a 13)	C18*, C19*, C20*	062, 019, 319, 219, 350	306,23
9950	Detekcia mutácií génu EGFR (detekcia mutácií v exónoch 18, 19, 20, 21)	C34*	003, 019, 350, 029, 062	450,00
9972	Detekcia mutácií génu BRAF (detekcia mutácií v kodóne 600)	C18*, C19*, C20*, C43*, C73*	019, 350, 219, 319, 029, 062, 064, 153	170,13
9999N	Detekcia mutácie N-RAS	C18*-C20	019,062 1x za život na r.č.	440,00

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