

ZMLUVA O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

č. 78NLDC000119

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

Zdravotná poisťovňa:

DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s.

so sídlom Einsteinova 25, 851 01 Bratislava

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

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

krajská pobočka **Košice**, kód : 2400

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

(ďalej len „Poisťovňa“)

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti:

Obchodné meno / Priezvisko, meno a titul:	Nemocnica svätého Michala, a. s.
Kód poskytovateľa zdravotnej starostlivosti:	P36845
IČO / registračné číslo:	44570783
DIČ, IČ DPH:	2022738586, SK2022738586
Sídlo / Miesto trvalého pobytu:	Satinského I. 7770/1, 811 08 Bratislava
Miesto prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia:	Murgašova 1, 040 86 Košice
Zápis v registri (iba v prípade takéhoto zápisu):	Obchodný register Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka č.: 4677/B
Bankové spojenie:	
Mená a funkcie konajúcich osôb:	MUDr. Marián Križko, PhD., MPH – generálny riaditeľ a predseda predstavenstva MUDr. Juraj Galovič, PhD. - člen predstavenstva Ing. Radovan Majerský, PhD. – člen predstavenstva
Označenie orgánu, ktorý vydal povolenie:	MZ SR S080712019-ONAPP

(ďalej len „Poskytovateľ“)

I. PREDMET ZMLUVY

1.1. Predmetom tejto Zmluvy je dohoda zmluvných strán:

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

II. KRITÉRIÁ NA UZATVORENIE ZMLUVY

2.1. Poisťovňa v súlade s bodom 2.1. VZP uverejnila kritériá na uzatváranie zmlúv s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti vzťahujúce sa na personálne a materiálno-technické vybavenie Poskytovateľa

a na indikátory kvality. Kritériá podľa predchádzajúcej vety vzťahujúce sa na Poskytovateľa sú uvedené v Prílohe č. 2 Zmluvy.

- 2.2. Poskytovateľ vyhlasuje, že spĺňa všetky kritériá podľa bodu 2.1. Zmluvy, na základe čoho s ním Poistovňa uzatvára túto Zmluvu.

III. POVINNOSTI PRI POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

- 3.1. Poskytovateľ sa za podmienok stanovených v Zmluve a vo VZP zaväzuje poskytovať Poistencom zdravotnú starostlivosť plne alebo čiastočne uhrádzanú z verejného zdravotného poistenia.
- 3.2. Poskytovateľ sa zaväzuje poskytovať zdravotnú starostlivosť vo vecnom rozsahu vyplývajúcom z povolenia, ktoré orgán uvedený v záhlaví Zmluvy vydal Poskytovateľovi na poskytovanie zdravotnej starostlivosti; Poskytovateľ bude poskytovať zdravotnú starostlivosť v špecializačných odboroch v rozsahu uvedenom v prílohe k Zmluve. Príloha k Zmluve podľa predchádzajúcej vety môže určiť obmedzenia pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti v jednotlivých špecializačných odboroch.
- 3.3. Zoznam lekárov, ktorí budú v mene Poskytovateľa poskytovať zdravotnú starostlivosť, s uvedením ich špecializačných odborov a rozsahu lekárskeho výkonu je Poskytovateľ povinný doručiť Poistovni 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 Poistovni podľa bodu 14.2. písm. c. VZP.
- 3.4. Poistovňa je povinná uhradiť poskytovateľovi zdravotnú starostlivosť v súlade s podmienkami dojednanými v tejto Zmluve.
- 3.5. Poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti postupuje v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi, Zmluvou a VZP.
- 3.6. Poskytovateľ, ktorý vykonáva preventívnu prehliadku poistenca Poistovne 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 „gynológia a pôrodnictvo“, vyplnením formulára podľa vzoru uvedeného v prílohe Zmluvy; formulár podpíše Poskytovateľ aj poistenc alebo zákonný zástupca poistenca a Poskytovateľ ho po podpísaní založí do zdravotnej dokumentácie poistenca.
- 3.7. Poskytovateľ je oprávnený pri poskytovaní ambulantnej starostlivosti vrátane vykonávania výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek používať zdravotnícku techniku, ktorá netvorí povinné materiálno-technické vybavenie Poskytovateľa podľa všeobecne záväzných právnych predpisov alebo materiálno-technické vybavenie podľa kritérií na uzatvorenie zmluvy (článok II. Zmluvy), ak je uvedená v prílohe k Zmluve, alebo ak s jej použitím vyslovila Poistovňa predchádzajúci písomný súhlas; Poskytovateľ môže vykázať Poistovni len vykonanie tých zdravotných výkonov, ktoré sú uvedené v prílohe k Zmluve alebo v súhlase Poistovne s použitím zdravotníckej techniky.
- 3.8. Zdravotné výkony, ktoré sú v Katalógu zdravotných výkonov označené ako „podobné vyšetrenia“ alebo iným slovným spojením rovnakého významu (ďalej len „Podobné vyšetrenia“), môže Poskytovateľ vykazovať len s predchádzajúcim písomným súhlasom Poistovne. Poskytovateľ v žiadosti o udelenie predchádzajúceho súhlasu podľa predchádzajúcej vety uvedie, aké Podobné vyšetrenia v rámci jednotlivých skupín zdravotných výkonov podľa Katalógu zdravotných výkonov mieni vykonávať a vykazovať. Poistovňa v súhlase podľa prvej vety tohto bodu uvedie, ktoré zdravotné výkony môže

Poskytovateľ vykazovať v rámci jednotlivých skupín zdravotných výkonov ako Podobné vyšetrenia; Poistovňa môže súhlas časovo ohraničiť.

- 3.9. Poskytovateľ je povinný informovať Poistenca, ktorému poskytuje zdravotnú starostlivosť a mieni mu predpísať zdravotnícku pomôcku, alebo zákonného zástupcu Poistenca, že výdaj
- 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 EUR
- podlieha predchádzajúcemu súhlasu Poistovne.
- 3.10. Poskytovateľ môže Poistencovi predpísať individuálne zhotovovanú ortopedicko-protetickú zdravotnícku pomôcku len vtedy, pokiaľ použitie sériovo vyrábanej zdravotníckej pomôcky je pre Poistenca zrejme nevhodné. Poskytovateľ je povinný na lekárskom poukaze na zdravotnícku pomôcku uviesť všetky údaje vyplývajúce zo všeobecne záväzných právnych predpisov a ako kód zdravotníckej pomôcky uvedie číselný kód uvedený v Zozname zdravotníckych pomôcok plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia. Poskytovateľ pripojí k lekárskeму poukazu podľa tohto bodu aj odborný nález, v ktorom z medicínskeho hľadiska odôvodní nevhodnosť použitia sériovo vyrábanej zdravotníckej pomôcky a nevyhnutnosť predpisania zdravotníckej pomôcky uvedenej v bode 3.10. 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.
- 3.11. Poskytovateľ je oprávnený odoslať Poistenca na ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti do špecializovanej nemocnice alebo liečebne len s predchádzajúcim súhlasom Poistovne. Zoznam špecializovaných nemocníc a liečební podľa predchádzajúcej vety a vzor žiadosti o udelenie predchádzajúceho súhlasu sú uvedené v Prílohe č. 5 Zmluvy.
- 3.12. 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 ambulantnú zdravotnú starostlivosť. V prípade, ak Poskytovateľ nevykáže všetky povinné položky podľa dátového rozhrania pre ambulantnú zdravotnú starostlivosť, Poistovňa neúplne vykázaniu zdravotnú starostlivosť odmietne a vráti Poskytovateľovi na doplnenie. Toto ustanovenie platí pre výkony špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti primerane.
- 3.13. Poskytovateľ je povinný pri nákupe liekov, zdravotníckych pomôcok aj akéhokoľvek materiálu, ktorých použitie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vykazuje a účtuje Poistovní, postupovať účelne, efektívne a hospodárne. Pokiaľ nadobúdacia cena liekov, zdravotníckych pomôcok alebo materiálu podľa predchádzajúcej vety je vyššia ako ich obvyklá cena na trhu, Poistovňa si vyhradzuje právo neuhradiť Poskytovateľovi tú časť ich nadobúdacej ceny, ktorá prevyšuje obvyklú cenu.
- 3.14. Poskytovateľ môže pri výkonoch intervenčnej rádiológie a rádioterapie, nukleárnej medicíny a klinickej rádiofyziky vykazovať len použitie originálnych sád zdravotného materiálu určeného na jednotlivé výkony intervenčnej rádiológie a rádioterapie, nukleárnej medicíny a klinickej rádiofyziky (ďalej len „Sety“). Poskytovateľ je povinný na požiadanie preukázať 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.
- 3.15. Poskytovateľ môže Poistencom poskytnúť zdravotnú starostlivosť spočívajúcu vo výkonoch hyperbarickej oxygenoterapie a stereorádiokirurgie len s predchádzajúcim súhlasom Poistovne. Predchádzajúci súhlas Poistovne sa nevyžaduje, ak sa výkon hyperbarickej oxygenoterapie vykoná v rámci poskytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Poskytovateľ pozitronovej emisnej tomografie zasiela spolu s vyúčtovaním za príslušné účtovné obdobie aj kópie návrhov / žiadaniek na poskytnutie vyšetrenia.
- 3.16. Poistovňa je povinná uhradiť Poskytovateľovi zdravotnú starostlivosť v súlade s podmienkami dojednanými v tejto Zmluve.

- 3.17. Poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti postupuje v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi, Zmluvou a VZP.

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 Poisťovni údaje potrebné na vedenie zoznamu poistencov čakajúcich na poskytovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „Zoznam“), a to najmä:
- a. meno, priezvisko a rodné číslo Pacienta;
 - b. kód choroby podľa MKCH-10, v súvislosti s ktorou Poskytovateľ navrhuje Hospitalizáciu Pacienta;
 - c. kód Poskytovateľa a kód oddelenia Poskytovateľa, na ktorom má byť Pacient hospitalizovaný.
- 4.3. Poisťovňa je povinná najneskôr v deň účinnosti Zmluvy poskytnúť Poskytovateľovi programové vybavenie, ktoré Poskytovateľovi umožňuje zasielať Poisťovni 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 Poisťovne.
- 4.4. Poskytovateľ je povinný pomocou Programu hospiCOM zasielať Poisťovni najmenej jedenkrát počas pracovného dňa údaje potrebné na vedenie Zoznamu v štruktúre (dátovom rozhraní) určenej Poisťovňou a zverejnenej na internetovej stránke Poisťovne; 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 Poisťovni 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 Poisťovni prostredníctvom Programu hospiCOM začatie aj ukončenie Hospitalizácie Pacienta.
- 4.7. Poskytovateľ nesmie prijať Pacienta na Hospitalizáciu na poskytovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti, ak mu Poisťovňa neudelila súhlas na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti Pacientovi alebo skôr, než v deň určený Poisťovňou v súhlase. Poskytovateľ môže prijať Pacienta na Hospitalizáciu na poskytovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti počas dňa, ktorý Poisťovňa určí v súhlase, alebo kedykoľvek po tomto dni; ak takýto deň Poisťovňa 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 vyšetrovateľských spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek a poskytovania výkonov jednotkovej zdravotnej starostlivosti) kinému 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 prepúšťacu správu, ktorá musí obsahovať aj:
- a. zoznam liekov, ktoré Poskytovateľ podal Pacientovi počas Hospitalizácie;
 - b. zoznam liekov, ktoré Poskytovateľ odporúča predpisovať Pacientovi po ukončení Hospitalizácie; zoznam liekov môže pri jednotlivých liekoch obsahovať aj poznámku „Zákaz výdaja náhradného generického lieku“, ak odporúčajúci lekár považuje predpísanie generického lieku za nevhodné;

- c. mená a kódy lekárov, ktorí odporúčali predpísanie liekov podľa písm. b., rešpektujúc indikačné a preskripčné obmedzenia.

Poskytovateľ založí jedno vyhotovenie prepúšťacej správy podľa tohto bodu do zdravotnej dokumentácie Pacienta.

- 4.13. Poskytovateľ je povinný spolu s vykázaním zdravotnej starostlivosti za príslušné zúčtovacie obdobie oznámiť Poistovní mená, priezviská a rodné čísla Pacientov, u ktorých sa počas Hospitalizácie v zúčtovacom období vyskytli nozokomiálne infekcie.
- 4.14. Poskytovateľ, ktorý mieni poskytnúť zdravotnú starostlivosť spočívajúcu v transplantácii orgánu Pacientovi, môže takúto zdravotnú starostlivosť poskytnúť len s predchádzajúcim súhlasom Poistovne; predchádzajúci súhlas Poistovne sa nevyžaduje, ak transplantácia orgánu je poskytnutím neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Poskytovateľ v žiadosti o udelenie súhlasu uvedie aj výšku nákladov, ktoré predpokladá účelne, efektívne a hospodárne vynaložiť na zabezpečenie odberu a transplantácie orgánu. Poistovňa v súhlase podľa prvej vety tohto bodu môže uviesť maximálnu cenu, v akej uhradí náklady na odber a transplantáciu orgánu, a podrobnosti o vykazovaní zdravotnej starostlivosti spočívajúcej v odbere a transplantácii orgánu.
- 4.15. Pokiaľ Poskytovateľ prijal Pacienta na poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti s komplikáciou zdravotného stavu, ktorá vznikla pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v inom zdravotníckom zariadení, Poskytovateľ vyznačí túto skutočnosť v dátovom rozhraní podľa Metodického usmernenia Úradu.
- 4.16. Porušenie niektorej z povinností Poskytovateľa podľa bodov 4.2. až 4.6. Zmluvy sa považuje za porušenie povinností 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 článku V. až XV. Zmluvy. Poskytovateľ berie na vedomie, že Zdravotná poisťovňa bude pri úhrade zdravotnej starostlivosti postupovať v súlade s ustanovením § 9 ods. 2 zákona č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (v znení zákona č. 718/2004 Z.z.). Zdravotná poisťovňa v spolupráci s Poskytovateľom a dodávateľom informačného systému Poskytovateľa za týmto účelom vyvinie maximálne úsilie vedúce k tomu, aby bola informácia o tom, či je poistenec uvedený v zozname dlžníkov sprístupnená priamo v informačnom systéme Poskytovateľa. Týmto však nie je dotknutá povinnosť Poskytovateľa uvedená v bode 4.1. VZP.
- 5.2. 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 VIII Zmluvy, pokiaľ z článku nevyplyvá odlišná úhrada.
- 5.3. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za poskytnutú ústavnú starostlivosť úhradu za podmienok stanovených v článkoch XIV. a XV. Zmluvy.
- 5.4. Pokiaľ Poskytovateľ pri poskytovaní ambulantnej starostlivosti podal Poistencovi liek, ktorý je v Zozname kategorizovaných liekov (ďalej len „Zoznam liekov“) označený v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ alebo „AS“, patrí Poskytovateľovi cena lieku vo výške ceny nadobudnutia tohto lieku, ktorá však nesmie byť vyššia ako cena lieku uvedená v Zozname liekov ako „úhrada zdravotnou poisťovňou“ v čase podania lieku. V prípade obstarania takéhoto lieku prostredníctvom nemocničnej lekárne je poskytovateľ oprávnený vykázať cenu lieku vo výške ceny, za ktorú ju nadobudol, maximálne však do výšky predajnej ceny distribútora s DPH. Zároveň je poskytovateľ povinný tieto lieky vykazovať v základných vykazovacích jednotkách spôsobom uvedeným vo VZP.
- 5.5. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi úhradu na zhotovenie alebo obstaranie individuálne zhotovovanej stomatologickej fixnej a snímateľnej náhrady, individuálne zhotovovaného čelustnoortopedického fixného a snímateľného aparátu alebo inej zdravotníckej pomôcky používanej v stomatológii a čelustnej ortopédii (ďalej len „Stomatologická zdravotnícka pomôcka,“) rovnajúcu sa výške nákladov na zhotovenie alebo obstaranie Stomatologickej zdravotníckej pomôcky zníženú o úhradu Poistenca; Poistovňa 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. Poistovňa 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.

- 5.6. Pokiaľ Poskytovateľ v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti 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 Poistovne v sekcii „Lekár – časť zúčtovanie“, aktuálnom v čase použitia kategorizovaného materiálu (ďalej len „Zoznam kategorizovaných materiálov“), Poistovňa 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 ústavnú starostlivosť (článok XIV. Zmluvy). Poskytovateľ vykazuje materiál podľa tohto bodu s použitím kódu uvedeného v Zozname kategorizovaných materiálov;
- 5.7. Poistovňa 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.
- 5.8. 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:
- a. všeobecnú ambulantnú starostlivosť;
 - b. špecializovanú ambulantnú starostlivosť;
 - c. výkony spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek;
 - d. ústavnú starostlivosť;
 - e. lieky a zdravotnícke pomôcky.

VI. VÝŠKA ÚHRADY ZA ZDRAVOTNÚ STAROSTLIVOSŤ V ŠPECIALIZAČNOM ODBORE VŠEOBECNÉ LEKÁRSTVO PRE DOSPELÝCH (VLD)

- 6.1. Poistovňa a Poskytovateľ sa v súlade so zákonom č. 18/1996 Z.z. o cenách v znení neskorších predpisov dohodli, že Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti úhradu podľa pravidiel uvedených v článku III., V., VI. a VII. Zmluvy. Poskytovateľ berie na vedomie, že Zdravotná poisťovňa bude pri úhrade zdravotnej starostlivosti postupovať v súlade s ustanovením § 9 ods. 2 zákona č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (v znení zákona č. 718/2004 Z.z.) (ďalej len „Zákon o zdravotnom poistení“). Zdravotná poisťovňa v spolupráci s Poskytovateľom a dodávateľom informačného systému Poskytovateľa za týmto účelom vyvinie maximálne úsilie vedúce k tomu, aby bola informácia o tom, či je poistenec uvedený v zozname dlžníkov sprístupnená priamo v informačnom systéme Poskytovateľa. Týmto však nie je dotknutá povinnosť Poskytovateľa uvedená v bode 4.1. VZP.
- 6.2. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za každého Poistenca vo veku najmenej 18 rokov, s ktorým mal Poskytovateľ k poslednému dňu kalendárneho mesiaca, za ktorý vykazuje poskytnutú zdravotnú starostlivosť, uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „Kapitovaný poistenec“), paušálnu mesačnú úhradu (ďalej len „Kapitácia“). Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli na výške Kapitácie tak, ako je uvedené v prílohe č. 8 Zmluvy (ďalej len „Cenník VLD“). Poistovňa hradí Poskytovateľovi iba pomernú časť Kapitácie s presnosťou na počet dní trvania dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v príslušnom mesiaci, za ktorý Poskytovateľ vykazuje poskytnutú zdravotnú starostlivosť za Poistencov:
- a. s ktorými Poskytovateľ uzatvoril dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v priebehu príslušného mesiaca, ak Kapitovaný poistenec nemal v tom čase uzatvorenú žiadnu dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v rovnakom špecializačnom odbore,
 - b. s ktorými zanikla v priebehu príslušného mesiaca dohoda o poskytovaní zdravotnej starostlivosti inak ako písomným odstúpením,
 - c. ktorým vzniklo alebo zaniklo verejné zdravotné poistenie v priebehu príslušného mesiaca.
- 6.3. Pokiaľ Kapitovaný poistenec uzatvoril skôr dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti okrem Poskytovateľa aj s iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v rovnakom špecializačnom odbore ako Poskytovateľ, Poistovňa uhradí Poskytovateľovi Kapitáciu len v prípade zániku pôvodnej dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej medzi iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a Kapitovaným poistencom, a to od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po

mesiaci, v ktorom došlo k odstúpeniu od dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej medzi iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a Kapitovaným poistencom. Poskytovatelia sú povinní na základe informácie Poistovne prostredníctvom kapitačného protokolu riešiť konfliktné prípady vzájomnou dohodou.

- 6.4. Pokiaľ má Poskytovateľ dočasne pozastavené povolenie alebo dočasne neobsadenú ambulanciu, Poistovňa Kapitáciu počas tohto obdobia Poskytovateľovi nehradí. Poistovňa neuhradí Kapitáciu za dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti aj v prípade, ak Poskytovateľ oznámil ukončenie kódu lekára alebo kódu Poskytovateľa, na ktoré sú evidované dotknuté dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Poskytovateľ je povinný nahlasovať Poistovni mesačný výkaz prírastku a úbytku Poistencov aj podľa platných kódov lekárov a Poskytovateľov a nielen podľa platnosti dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Neobsadenou ambulanciou sa na účely tejto Zmluvy rozumie ambulancia, na ktorú Poskytovateľ ukončil kód lekára a nenahlásil nový kód iného lekára.
- 6.5. Kapitácia zahŕňa úhradu za zdravotnú starostlivosť, ktorú Poskytovateľ poskytol Kapitovanému poistencovi, a náklady, ktoré Poskytovateľ vynaložil pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti Kapitovanému poistencovi. Kapitácia nezahŕňa:
 - a. náklady na lieky, ktoré sú v Zozname kategorizovaných liekov (ďalej len „Zoznam liekov“) označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ alebo „AS“; v tomto prípade patrí Poskytovateľovi cena lieku, ktorý podal Poistencovi, vo výške ceny nadobudnutia tohto lieku, ktorá však nesmie byť vyššia ako cena lieku uvedená v Zozname liekov ako „úhrada zdravotnou poistovňou“. Ak Poskytovateľ podá Poistencovi len časť balenia lieku, cena lieku podľa predchádzajúcej vety sa určí ako súčin ceny celého balenia lieku a podielu podaných kusov lieku a celkového počtu kusov lieku v balení;
 - b. úhradu za tie zdravotné výkony, ktoré Poskytovateľ vykonal pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia, ak sú tieto zdravotné výkony uvedené v Cenníku VLD;
 - c. úhradu za zdravotné výkony, ktoré Poskytovateľ vykonal pomocou zdravotníckej techniky, ktorá netvorí povinné materiálne-technické vybavenie Poskytovateľa podľa všeobecne záväzných právnych predpisov;
 - d. iné náklady a zdravotné výkony, pokiaľ to vyplýva zo všeobecne záväzných právnych predpisov alebo z Cenníka VLD.
- 6.6. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi úhradu za zdravotnú starostlivosť, ktorú poskytol:
 - a. Kapitovanému poistencovi ako zdravotný výkon, ktorý nie je podľa bodu 6.5. Zmluvy zahrnutý v Kapitácii;
 - b. Poistencovi, ktorý nie je Kapitovaným poistencom, ako neodkladnú zdravotnú starostlivosť;
 - c. za podmienok uvedených v článku IX. VZP poistencovi Európskej únie;
 - d. za podmienok uvedených v článku X. VZP poistencovi poistovne Highmark.

Úhrada podľa predchádzajúcej vety sa vypočíta ako násobok príslušnej jednotkovej ceny bodu uvedenej v Cenníku a bodového vyjadrenia hodnoty zdravotného výkonu uvedeného v rozhodnutí Ministerstva zdravotníctva SR o regulácii ceny v oblasti cien výrobkov, služieb a výkonov v zdravotníctve účinného vždy v čase, keď bol vykonaný zdravotný výkon.

- 6.7. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že Poskytovateľ poskytne zdravotnú starostlivosť podľa bodu 6.6. písm. a. Zmluvy maximálne do finančného objemu vo výške uvedenej v Cenníku VLD (ďalej len „Finančný objem“), pokiaľ z pravidiel uvedených v bodoch 6.8. až 6.10. Zmluvy nevyplýva vyššia hodnota Finančného objemu. Finančný objem je dohodnutý na kalendárny mesiac. Do Finančného objemu sa nezahŕňa zdravotná starostlivosť poskytnutá pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia a zdravotné výkony a iné náklady uvedené v Cenníku VLD.
- 6.8. Pokiaľ Poskytovateľ poskytol Poistencom počas kalendárneho mesiaca zdravotnú starostlivosť v rozsahu nižšom ako Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac, potom platí, že Finančný objem na bezprostredne nasledujúci kalendárny mesiac sa zvyšuje o nedočerpaný Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac (t.j. zvyšuje sa o rozdiel medzi Finančným objemom na aktuálny kalendárny mesiac a hodnotou zdravotnej starostlivosti poskytnutej Poistencom v aktuálnom kalendárnom mesiaci).
- 6.9. Pokiaľ Poskytovateľ poskytol Poistencom počas kalendárneho mesiaca zdravotnú starostlivosť v rozsahu vyššom ako Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac, rozdiel medzi výškou úhrady za zdravotnú starostlivosť a Finančným objemom na aktuálny kalendárny mesiac (ďalej len „Prečerpanie objemu“) Poistovňa uhradí Poskytovateľovi v nasledujúcich kalendárnych mesiacoch, v ktorých Poskytovateľ Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 6.8. Zmluvy) nedočerpá.

- 6.10. Poskytovateľ berie na vedomie, že Poistovnía pri úhrade Prečerpania objemu postupuje tak, aby celková výška úhrady za zdravotnú starostlivosť podľa bodu 6.7. Zmluvy v kalendárnom mesiaci nepresiahla Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 6.8. Zmluvy). Poskytovateľ ďalej berie na vedomie, že zvýšenie Finančného objemu o nedočerpaný Finančný objem podľa bodu 6.8. Zmluvy a úhrada Prečerpania objemu podľa bodu 6.9. Zmluvy sú možné len v rámci jedného kalendárneho roka, a to toho kalendárneho roka, v ktorom Poskytovateľ Finančný objem nedočerpal alebo prečerpal.

VII. DODATKOVÁ KAPITÁCIA VLD

- 7.1. Poistovnía sa za podmienok dohodnutých v tomto bode zaväzuje spolu s Kapitáciou uhradiť Poskytovateľovi za každého Kapitovaného poistenca dodatkovú paušálnu mesačnú úhradu (ďalej len „Dodatková kapitácia“), ktorej hodnota je závislá od plnenia parametrov Kvality, Efektívnosti a Inovácií.
- 7.2. Poistovnía z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v tabuľkách označených ako „Parametre Kvality a Inovácií“, ktoré sa použijú na výpočet základu pre výpočet Dodatkovkej kapitácie a „Parametre Efektívnosti“, ktoré sa použijú na výpočet výslednej hodnoty Dodatkovkej kapitácie. Parametre Kvality, Efektívnosti a Inovácií sú súčasťou Cenníka VLD.
- 7.3. Poistovnía použije pre zistenie a výpočet hodnoty každého parametra uvedeného v tabuľke „Parametre Kvality a Inovácií“ údaje za dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky, z ktorých posledný kalendárny štvrťrok bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva výpočet (ďalej len „Sledované obdobie“).
- 7.4. Poistovnía zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov, ktorý je uvedený v tabuľke podľa bodu 7.3. Zmluvy tak, že zistí či Poskytovateľ v Sledovanom období dosiahol príslušnú hranicu stanovenú pre splnenie daného parametra.
- 7.5. Poistovnía vypočíta výsledný koeficient Kvality a Inovácií Poskytovateľa (ďalej aj „KKI“) podľa vzorca:
- $$KKI = h_1 \times v_1 + h_2 \times v_2 + h_3 \times v_3 + h_4 \times v_4 + h_5 \times v_5 + h_6 \times v_6 + h_7 \times v_7,$$
- kde h_1 až h_7 sú hodnoty parametra zistené z tabuľky podľa bodu 7.3. Zmluvy,
a v_1 až v_7 sú váhy príslušného parametra zistené z tabuľky podľa bodu 7.3. Zmluvy.

- 7.6. Výška základu pre výpočet Dodatkovkej kapitácie (ďalej len „ZDK“) sa vypočíta podľa vzorca:

$$ZDK = (ZvHDK - ZHDK) * KKI + ZHDK, \text{ kde}$$

ZvHDK znamená zvýhodnená hodnota Dodatkovkej kapitácie uvedená v Cenníku VLD

ZHDK znamená základná hodnota Dodatkovkej kapitácie uvedená v Cenníku VLD

- 7.7. Poistovnía z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v tabuľke označenej ako „Parametre Efektívnosti“, ktorá je súčasťou Cenníka VLD.
- 7.8. Poistovnía použije pre zistenie a výpočet hodnoty každého parametra uvedeného v tabuľke podľa bodu 7.7. Zmluvy údaje za dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky, z ktorých posledný kalendárny štvrťrok bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva výpočet.
- 7.9. Poistovnía zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov uvedený v tabuľke podľa bodu 7.7. Zmluvy týmto spôsobom:
- Poistovnía zistí každý z parametrov za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí poskytujú ambulantnú zdravotnú starostlivosť v rovnakom špecializačnom odbore ako Poskytovateľ;
 - Poistovnía zoradí hodnoty parametrov zistené za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti vzostupne;
 - Poistovnía neprihliada na hodnoty parametrov tých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí v poradí podľa písm. b. dosiahli 20 % najnižších hodnôt a 20 % najvyšších hodnôt;
 - Poistovnía z hodnôt parametrov zistených u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti s výnimkou tých, na ktorých hodnoty parametrov neprihliada podľa písm. c., vypočíta strednú hodnotu (priemer) a hodnotu štandardnej odchýlky
- 7.10. Poistovnía vypočíta Koeficient Efektívnosti Poskytovateľa (ďalej aj „KE“) podľa vzorca:

$$KE = h_1 \times v_1 + h_2 \times v_2 + h_3 \times v_3,$$

kde h_1 až h_3 je hodnota príslušného parametra zistená z tabuľky podľa bodu 7.7. 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 7.9. 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_3 je váha príslušného parametra zistená z tabuľky podľa bodu 7.7. Zmluvy.

- 7.11. Výška Dodatkovej kapitácie sa vypočíta ako násobok základu pre výpočet Dodatkovej kapitácie podľa bodu 7.6 Zmluvy a Koeficientu Efektívnosti. Dodatková kapitácia sa zaokrúhli matematicky na šesť desiatinných miest. Takto zistená Dodatková kapitácia patrí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti počas dvoch kalendárnych štvrtírokov nasledujúcich po výpočte podľa tohto článku Zmluvy. Poisťovňa je povinná vypočítať a oznámiť Poskytovateľovi výšku Dodatkovej kapitácie vždy najneskôr pred začiatkom toho kalendárneho štvrtíroka, za ktorý bude Poskytovateľovi Dodatková kapitácia patriť.

VIII. VÝŠKA ÚHRADY ZA ZDRAVOTNÚ STAROSTLIVOSŤ V ŠPECIALIZAČNOM ODBORE VŠEOBECNÉ LEKÁRSTVO PRE DETI A DORAST (VLDD)

- 8.1. Poisťovňa a Poskytovateľ sa v súlade so zákonom č. 18/1996 Z.z. o cenách v znení neskorších predpisov dohodli, že Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti úhradu podľa pravidiel uvedených v článku III., V., VIII. a IX. Zmluvy. Poskytovateľ berie na vedomie, že Zdravotná poisťovňa bude pri úhrade zdravotnej starostlivosti postupovať v súlade s ustanovením § 9 ods. 2 zákona č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (v znení zákona č. 718/2004 Z.z.). Zdravotná poisťovňa v spolupráci s Poskytovateľom a dodávateľom informačného systému Poskytovateľa za týmto účelom vyvinie maximálne úsilie vedúce k tomu, aby bola informácia o tom, či je poistenec uvedený v zozname dlžníkov sprístupnená priamo v informačnom systéme Poskytovateľa. Týmto však nie je dotknutá povinnosť Poskytovateľa uvedená v bode 4.1. VZP.
- 8.2. Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi za každého Poistenca do dovŕšenia 28. roku života, s ktorým mal Poskytovateľ k poslednému dňu kalendárneho mesiaca, za ktorý vykazuje poskytnutú zdravotnú starostlivosť, uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „Kapitovaný poistenec“), paušálnu mesačnú úhradu (ďalej len „Kapitácia“). Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli na výške Kapitácie tak, ako je uvedené v prílohe č. 9 Zmluvy (ďalej len „Cenník VLDD“). Poisťovňa hradí Poskytovateľovi iba pomernú časť Kapitácie s presnosťou na počet dní trvania dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v príslušnom mesiaci, za ktorý Poskytovateľ vykazuje poskytnutú zdravotnú starostlivosť za Poistencov:
- a. s ktorými Poskytovateľ uzatvoril dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v priebehu príslušného mesiaca, ak Kapitovaný poistenec nemal v tom čase uzatvorenú žiadnu dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v rovnakom špecializačnom odbore,
 - b. s ktorými zanikla v priebehu príslušného mesiaca dohoda o poskytovaní zdravotnej starostlivosti inak ako písomným odstúpením,
 - c. ktorým vzniklo alebo zaniklo verejné zdravotné poistenie v priebehu príslušného mesiaca.
- 8.3. Pokiaľ Kapitovaný poistenec uzatvoril skôr dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti okrem Poskytovateľa aj s iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v rovnakom špecializačnom odbore ako Poskytovateľ, Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi Kapitáciu len v prípade zániku pôvodnej dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej medzi iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a Kapitovaným poistencom, a to od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po mesiaci, v ktorom došlo k odstúpeniu od dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej medzi iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a Kapitovaným poistencom. Poskytovatelia sú povinní na základe informácie Poisťovne prostredníctvom kapitačného protokolu riešiť konfliktné prípady vzájomnou dohodou.
- 8.4. Pokiaľ má Poskytovateľ dočasne pozastavené povolenie alebo dočasne neobsadenú ambulanciu, Poisťovňa Kapitáciu počas tohto obdobia Poskytovateľovi nehradí. Poisťovňa 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 Poisťovni mesačný výkaz prírastku a úbytku Poistencov aj podľa platných kódov lekárov a Poskytovateľov a nielen podľa platnosti dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Neobsadenou ambulanciou sa na účely tejto Zmluvy rozumie ambulancia, na ktorú Poskytovateľ ukončil kód lekára a nenahlásil nový kód iného lekára.

- 8.5. 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 kategorizovaných liekov (ďalej len „Zoznam liekov“) označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ alebo „AS“; v tomto prípade patrí Poskytovateľovi cena lieku, ktorý podal Poistencovi, vo výške ceny nadobudnutia tohto lieku, ktorá však nesmie byť vyššia ako cena lieku uvedená v Zozname liekov ako „úhrada zdravotnou poisťovňou“. Ak Poskytovateľ podá Poistencovi len časť balenia lieku, cena lieku podľa predchádzajúcej vety sa určí ako súčin ceny celého balenia lieku a podielu podaných kusov lieku a celkového počtu kusov lieku v balení;
 - 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 VLDD;
 - iné náklady a zdravotné výkony, pokiaľ to vyplýva zo všeobecne záväzných právnych predpisov alebo z Cenníka VLDD.
- 8.6. Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi úhradu za zdravotnú starostlivosť, ktorú poskytol Kapitovanému poistencovi ako zdravotný výkon, ktorý nie je podľa bodu 8.5. Zmluvy zahrnutý v Kapitácii. Úhrada podľa predchádzajúcej vety sa stanoví:
- výpočtom ako násobok príslušnej jednotkovej ceny bodu uvedenej v Cenníku VLDD 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,
 - podľa jednotkovej ceny výkonu uvedenej v Cenníku VLDD.
- 8.7. Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi úhradu za iné náklady súvisiace s poskytnutou zdravotnou starostlivosťou, ktoré nie sú podľa bodu 8.5. Zmluvy zahrnuté v Kapitácii podľa Cenníka VLDD.

IX. ÚHRADA ZA VÝKONY VLDD

- 9.1. Poisťovňa sa za podmienok dohodnutých v tomto bode zaväzuje spolu s Kapitáciou uhradiť Poskytovateľovi úhradu za výkony uvedené v Cenníku VLDD. Základná cena a zvýhodnená cena výkonov je uvedená v Cenníku VLDD. Výsledná úhrada za výkony je závislá od plnenia parametrov Kvality, Efektívnosti a Inovácií a vypočíta sa spôsobom podľa tohto článku Zmluvy.
- 9.2. Poisťovňa z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v tabuľkách označených ako „Parametre Kvality a Inovácií“ a „Parametre Efektívnosti“, ktoré sú súčasťou Cenníka VLDD.
- 9.3. Poisťovňa použije pre zistenie a výpočet hodnoty každého parametra uvedeného v tabuľke „Parametre Kvality, Efektívnosti a Inovácií“ údaje za dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky, z ktorých posledný kalendárny štvrťrok bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva výpočet (ďalej len „Sledované obdobie“).
- 9.4. Poisťovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov Kvality a Inovácií, ktorý je uvedený v tabuľke podľa bodu 9.3. Zmluvy tak, že zistí či Poskytovateľ v Sledovanom období dosiahol príslušnú hranicu stanovenú pre splnenie daného parametra. V prípade, ak má niektorý z parametrov Kvality a Inovácií uvedené plnenie pod pásmom, v pásme a nad pásmom, určí sa jeho hodnota spôsobom podľa bodov 9.8. až 9.10. tohto článku Zmluvy.
- 9.5. Poisťovňa vypočíta výsledné plnenie parametrov a určí Koeficient Kvality a Inovácií Poskytovateľa (ďalej aj „KKI“) podľa vzorca:
- $$KKI = h_1 \times v_1 + h_2 \times v_2 + h_3 \times v_3 + h_4 \times v_4 + h_5 \times v_5 + h_6 \times v_6 + h_7 \times v_7,$$
- kde h_1 až h_7 sú hodnoty parametra zistené z tabuľky podľa bodu 9.3. Zmluvy,
a v_1 až v_7 sú váhy príslušného parametra zistené z tabuľky podľa bodu 9.3. Zmluvy.
- 9.6. Poisťovňa z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v tabuľke označenej ako „Parametre Efektívnosti“, ktorá je súčasťou Cenníka VLDD.
- 9.7. Poisťovňa použije pre zistenie a výpočet hodnoty každého parametra uvedeného v tabuľke podľa bodu 9.6. Zmluvy údaje za dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky, z ktorých posledný kalendárny štvrťrok bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva výpočet.
- 9.8. Poisťovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov uvedený v tabuľke podľa bodu 9.6. Zmluvy týmto spôsobom:

- a. Poisťovňa zistí každý z parametrov za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí poskytujú ambulantnú zdravotnú starostlivosť v rovnakom špecializačnom odbore ako Poskytovateľ;
- b. Poisťovňa zoradí hodnoty 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 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.

9.9. Poisťovňa vypočíta Koefficient Efektívnosti Poskytovateľa (ďalej aj „KE“) podľa vzorca:

$$KE = h_1 \times v_1 + h_2 \times v_2 + h_3 \times v_3,$$

kde h_1 až h_3 je hodnota príslušného parametra zistená z tabuľky podľa bodu 9.6. Zmluvy, pričom sa použije hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „pod pásmom“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je nižšia ako jeho stredná hodnota znížená o hodnotu štandardnej odchýlky (bod 9.8. písm. d. Zmluvy), alebo hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „v pásme“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je vyššia alebo rovná jeho strednej hodnote zníženej o hodnotu štandardnej odchýlky, avšak zároveň nižšia alebo rovná jeho strednej hodnote zvýšenej o hodnotu štandardnej odchýlky, alebo hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „nad pásmom“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je vyššia ako jeho stredná hodnota zvýšená o hodnotu štandardnej odchýlky a v_1 až v_3 je váha príslušného parametra zistená z tabuľky podľa bodu 9.2. Zmluvy.

9.10. Výška úhrady za výkony sa vypočíta podľa nasledujúceho vzorca

$$CV = (ZvCV - ZCV) * (KKI + KE) + ZCV, \text{ kde}$$

CV je výsledná cena výkonu

ZCV je základná cena výkonu

ZvCV je zvýhodnená cena výkonu

9.11. Výsledná cena sa zaokrúhli matematicky na dve desatinné miesta. Takto zistená výsledná cena výkonu patrí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti počas kalendárneho polroka nasledujúceho po výpočte podľa tohto článku Zmluvy. Poisťovňa je povinná vypočítať a oznámiť Poskytovateľovi výslednú cenu výkonov vždy najneskôr pred začiatkom kalendárneho polroka, za ktoré bude Poskytovateľovi výsledná cena výkonov patriť.

9.12. Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi úhradu podľa tohto článku Zmluvy len v rozsahu Finančného objemu uvedeného v Cenníku VLDD. Finančný objem je dohodnutý na kalendárny mesiac. Do Finančného objemu sa nezahrňa úhrada za výkony podľa bodu 9.14. Zmluvy a pripočítateľné položky uvedené v Cenníku VLDD. V prípade, ak Poskytovateľ poskytol Poistencom počas kalendárneho mesiaca zdravotnú starostlivosť v rozsahu nižšom ako je dolná hranica Finančného objemu na kalendárny mesiac, Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi sumu rovnajúcu sa dolnej hranici Finančného objemu. V prípade, ak Poskytovateľ poskytol Poistencom počas kalendárneho mesiaca zdravotnú starostlivosť v rozsahu vyššom ako je horná hranica Finančného objemu na kalendárny mesiac, Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi sumu rovnajúcu sa hornej hranici Finančného objemu.

9.13. Výška úhrady za výkony podľa predchádzajúceho bodu sa použije 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.

9.14. Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi úhradu za výkony, ktoré poskytol:

- a. Poistencovi, ktorý nie je Kapitovaným poistencom, ako neodkladnú zdravotnú starostlivosť;
- b. za podmienok uvedených v článku IX. VZP poistencovi Európskej únie;
- c. za podmienok uvedených v článku X. VZP poistencovi poisťovne Highmark.

Cena výkonov pre nekapitovaných poistencov je uvedená v Cenníku VLDD a nie je závislá od plnenia Parametrov Kvality, Efektívnosti a Inovácií.

X. VÝŠKA ÚHRADY ZA ZDRAVOTNÚ STAROSTLIVOSŤ V ŠPECIALIZAČNOM ODBORE GYNEKOLÓGIA A PÔRODNÍCTVO (GYN)

- 10.1. Poisťovňa a Poskytovateľ sa v súlade so zákonom č. 18/1996 Z.z. o cenách v znení neskorších predpisov dohodli, že Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti úhradu podľa pravidiel uvedených v článku III., V, X. a XI. Zmluvy. Poskytovateľ berie na vedomie, že Zdravotná poisťovňa bude pri úhrade zdravotnej starostlivosti postupovať v súlade s ustanovením § 9 ods. 2 zákona č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (v znení zákona č. 718/2004 Z.z.). Zdravotná poisťovňa v spolupráci s Poskytovateľom a dodávateľom informačného systému Poskytovateľa za týmto účelom vyvinie maximálne úsilie vedúce k tomu, aby bola informácia o tom, či je poistenec uvedený v zozname dlžníkov sprístupnená priamo v informačnom systéme Poskytovateľa. Týmto však nie je dotknutá povinnosť Poskytovateľa uvedená v bode 4.1. VZP.
- 10.2. Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi za každého Poistencu vo veku najmenej 15 rokov, s ktorým mal Poskytovateľ k poslednému dňu kalendárneho mesiaca, za ktorý vykazuje poskytnutú zdravotnú starostlivosť, uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „Kapitovaný poistenec“), paušálnu mesačnú úhradu (ďalej len „Kapitácia“). Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli na výške Kapitácie tak, ako je uvedené v prílohe č. 10 Zmluvy (ďalej len „Cenník GYN“). Poisťovňa hradí Poskytovateľovi iba pomernú časť Kapitácie s presnosťou na počet dní trvania dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v príslušnom mesiaci, za ktorý Poskytovateľ vykazuje poskytnutú zdravotnú starostlivosť za Poistencov:
- s ktorými Poskytovateľ uzatvoril dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v priebehu príslušného mesiaca, ak Kapitovaný poistenec nemal v tom čase uzatvorenú žiadnu dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v rovnakom špecializačnom odbore,
 - s ktorými zanikla v priebehu príslušného mesiaca dohoda o poskytovaní zdravotnej starostlivosti inak ako písomným odstúpením,
 - ktorým vzniklo alebo zaniklo verejné zdravotné poistenie v priebehu príslušného mesiaca.
- 10.3. Pokiaľ Kapitovaný poistenec uzatvoril skôr dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti okrem Poskytovateľa aj s iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v rovnakom špecializačnom odbore ako Poskytovateľ, Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi Kapitáciu len v prípade zániku pôvodnej dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej medzi iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a Kapitovaným poistencom, a to od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po mesiaci, v ktorom došlo k odstúpeniu od dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej medzi iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a Kapitovaným poistencom. Poskytovatelia sú povinní na základe informácie Poisťovne prostredníctvom kapitáčného protokolu riešiť konfliktné prípady vzájomnou dohodou.
- 10.4. Pokiaľ má Poskytovateľ dočasne pozastavené povolenie alebo dočasne neobsadenú ambulanciu Poisťovňa Kapitáciu počas tohto obdobia Poskytovateľovi nehradí. Poisťovňa 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 Poisťovni 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.
- 10.5. 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 kategorizovaných liekov (ďalej len „Zoznam liekov“) označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ alebo „AS“; v tomto prípade patrí Poskytovateľovi cena lieku, ktorý podal Poistencovi, vo výške ceny nadobudnutia tohto lieku, ktorá však nesmie byť vyššia ako cena lieku uvedená v Zozname liekov ako „úhrada zdravotnou poisťovňou“. Ak Poskytovateľ podá Poistencovi len časť balenia lieku, cena lieku podľa predchádzajúcej vety sa určí ako súčin ceny celého balenia lieku a podielu podaných kusov lieku a celkového počtu kusov lieku v balení;
 - 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 GYN;

- c. úhradu za zdravotné výkony, ktoré Poskytovateľ vykonal pomocou zdravotníckej techniky, ktorá netvorí materiálno-technické vybavenie Poskytovateľa podľa kritérií na uzatvorenie zmluvy (článok 3.8.);
- d. iné náklady a zdravotné výkony, pokiaľ to vyplýva zo všeobecne záväzných právnych predpisov alebo z Cenníka GYN.

10.6. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi úhradu za zdravotnú starostlivosť, ktorú poskytol:

- a. Kapitovanému poistencovi ako zdravotný výkon, ktorý nie je podľa bodu 10.5. Zmluvy zahrnutý v Kapitácii;
- b. Poistencovi, ktorý nie je Kapitovaným poistencom, ako neodkladnú zdravotnú starostlivosť;
- c. Poistencovi, ktorý nie je Kapitovaným poistencom, pomocou zdravotníckej techniky;
- d. za podmienok uvedených v článku IX. VZP poistencovi Európskej únie;
- e. za podmienok určených v článku X. VZP poistencovi poisťovne Highmark.

Úhrada podľa predchádzajúcej vety sa vypočíta ako násobok príslušnej jednotkovej ceny bodu uvedenej v Cenníku GYN 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.

- 10.7. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že Poskytovateľ poskytne zdravotnú starostlivosť podľa bodu 10.6. písm. a. a c. Zmluvy maximálne do finančného objemu vo výške uvedenej v Cenníku GYN (ďalej len „Finančný objem“), pokiaľ z pravidiel uvedených v bodoch 10.8. až 10.10. Zmluvy nevyplýva vyššia hodnota Finančného objemu. Finančný objem je dohodnutý na kalendárny mesiac. Do Finančného objemu sa nezahŕňa zdravotná starostlivosť poskytnutá pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia a zdravotné výkony a iné náklady uvedené v Cenníku GYN.
- 10.8. Pokiaľ Poskytovateľ poskytol Poistencom počas kalendárneho mesiaca zdravotnú starostlivosť v rozsahu nižšom ako Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac, potom platí, že Finančný objem na bezprostredne nasledujúci kalendárny mesiac sa zvyšuje o nedočerpaný Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac (t.j. zvyšuje sa o rozdiel medzi Finančným objemom na aktuálny kalendárny mesiac a hodnotou zdravotnej starostlivosti poskytnutej Poistencom v aktuálnom kalendárnom mesiaci).
- 10.9. Pokiaľ Poskytovateľ poskytol Poistencom počas kalendárneho mesiaca zdravotnú starostlivosť v rozsahu vyššom ako Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac, rozdiel medzi výškou úhrady za zdravotnú starostlivosť a Finančným objemom na aktuálny kalendárny mesiac (ďalej len „Prečerpanie objemu“) Poistovňa uhradí Poskytovateľovi v nasledujúcich kalendárnych mesiacoch, v ktorých Poskytovateľ Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 10.8. Zmluvy) nedočerpá.
- 10.10. Poskytovateľ berie na vedomie, že Poistovňa pri úhrade Prečerpania objemu postupuje tak, aby celková výška úhrady za zdravotnú starostlivosť podľa bodu 10.7. Zmluvy v kalendárnom mesiaci nepresiahla Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 10.8. Zmluvy). Poskytovateľ ďalej berie na vedomie, že zvýšenie Finančného objemu o nedočerpaný Finančný objem podľa bodu 10.8. Zmluvy a úhrada Prečerpania objemu podľa bodu 10.9. Zmluvy sú možné len v rámci jedného kalendárneho roka, a to toho kalendárneho roka, v ktorom Poskytovateľ Finančný objem nedočerpal alebo prečerpal.

XI.DODATKOVÁ KAPITÁCIA GYN

- 11.1. Poistovňa sa za podmienok dohodnutých v tomto článku zaväzuje spolu s Kapitáciou uhradiť Poskytovateľovi za každého Kapitovaného poistenca dodatkovú paušálnu mesačnú úhradu (ďalej len „Dodatková kapitácia“).
- 11.2. Poistovňa z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v tabuľke označenej ako „Parametre pre výpočet dodatkovej kapitácie“, ktorá je súčasťou Cenníka GYN.
- 11.3. Poistovňa použije pre zistenie a výpočet hodnoty parametra uvedeného v tabuľke podľa bodu 11.2. Zmluvy údaje za štyri po sebe nasledujúce kalendárne štvrtroky, z ktorých posledný kalendárny štvrtrok bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrtroku, v ktorom sa vykonáva výpočet. Pre výpočet parametra Dostupnosť zdravotnej starostlivosti sa použije stav k poslednému dňu sledovaného obdobia podľa predchádzajúcej vety.
- 11.4. Poistovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov uvedený v tabuľke podľa bodu 11.2. Zmluvy týmto spôsobom:
 - a. Poistovňa zistí každý z parametrov za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí poskytujú ambulantnú zdravotnú starostlivosť v rovnakom špecializačnom odbore ako Poskytovateľ;

- b. Poistovňa zoradí hodnoty parametrov zistené za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti vzostupne;
- c. Poistovňa neprihliada na hodnoty parametrov tých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí v poradí podľa písm. b. dosiahli 20 % najnižších hodnôt a 20 % najvyšších hodnôt;
- d. Poistovňa z hodnôt 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.

11.5. Poistovňa vypočíta hodnotiaci kapitačný koeficient Poskytovateľa (ďalej aj „HKK“) podľa vzorca:

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

kde h_1 až h_6 je hodnota príslušného parametra zistená z tabuľky podľa bodu 11.2. 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 11.4. 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_6 je váha príslušného parametra zistená z tabuľky podľa bodu 11.2. Zmluvy. V prípade, ak parameter nemá v tabuľke podľa bodu 11.2. Zmluvy uvedené plnenie v pásmach, určí sa jeho splnenie podľa toho či Poskytovateľ dosiahol, alebo nedosiahol podmienky uvedené v danom parametri.

- 11.6. Výška Dodatkovej kapitácie sa vypočíta ako násobok základu pre výpočet Dodatkovej kapitácie uvedeného v Cenníku GYN a HKK. Dodatková kapitácia sa zaokrúhli matematicky na šesť desatinných miest. Takto zistená Dodatková kapitácia patrí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti počas kalendárneho polroka nasledujúcom po výpočte podľa bodu 11.3. a nasl. Zmluvy, a to počnúc druhým kalendárnym polrokom trvania tejto Zmluvy. Poistovňa je povinná vypočítať a oznámiť Poskytovateľovi výšku Dodatkovej kapitácie vždy najneskôr pred začiatkom kalendárneho polroka, v ktorom bude Poskytovateľovi Dodatková kapitácia patriť.

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

- 12.1. Poistovňa a Poskytovateľ sa v súlade so zákonom č. 18/1996 Z.z. o cenách v znení neskorších predpisov dohodli, že Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti úhradu podľa pravidiel uvedených v článku III., V., XII. a XIII. Zmluvy. Poskytovateľ berie na vedomie, že Zdravotná poisťovňa bude pri úhrade zdravotnej starostlivosti postupovať v súlade s ustanovením § 9 ods. 2 zákona č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (v znení zákona č. 718/2004 Z.z.). Zdravotná poisťovňa v spolupráci s Poskytovateľom a dodávateľom informačného systému Poskytovateľa za týmto účelom vyvinie maximálne úsilie vedúce k tomu, aby bola informácia o tom, či je poistenec uvedený v zozname dlžníkov sprístupnená priamo v informačnom systéme Poskytovateľa. Týmto však nie je dotknutá povinnosť Poskytovateľa uvedená v bode 4.1. VZP.
- 12.2. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za všetky zdravotné výkony, ktoré počas zúčtovacieho obdobia vykonal pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti Poistencom, úhradu za zdravotnú starostlivosť podľa tohto článku. Právo Poistovne vykonať kontrolu poskytovania zdravotnej starostlivosti a neuhradiť úhradu za zdravotné výkony, ktoré neboli vykázané správne, pravdivo a úplne, tým nie je dotknuté.
- 12.3. Úhrada za zdravotnú starostlivosť sa vypočíta ako násobok príslušnej jednotkovej ceny bodu uvedenej v prílohe č. 11 Zmluvy a vypočítanej podľa článku XIII. 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“).
- 12.4. Pokiaľ hodnota zdravotných výkonov vyjadrená ich bodovou hodnotou, ktoré vykonal Poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti Poistencom počas šiestich zúčtovacích období v období

kalendárneho polroka, dosiahne hodnotu uvedenú v Cenníku výkonov (ďalej len „Základný rozsah“), Poistovnía uhradí Poskytovateľovi za tie zdravotné výkony, ktoré vykonal počas týchto zúčtovacích období po dosiahnutí Základného rozsahu, úhradu vypočítanú spôsobom podľa bodu 12.3. Zmluvy, avšak príslušná jednotková cena bodu sa vynásobí koeficientom Efektívnosti Poskytovateľa vypočítaným podľa článku XIII. Zmluvy; pokiaľ by súčin príslušnej jednotkovej ceny bodu a koeficientu Efektívnosti Poskytovateľa bol nižší ako minimálna jednotková cena uvedená v Cenníku výkonov, na výpočet sa použije jednotková cena bodu vo výške tejto minimálnej jednotkovej ceny. Pri zdravotných výkonoch, ktoré Poskytovateľ vykonal pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti osobe uvedenej v bode 1.1. Zmluvy, ktorá nie je poistencom Poistovne, sa koeficient Efektívnosti Poskytovateľa rovná číslu „1“; v Cenníku výkonov môže byť uvedené, pri ktorých ďalších zdravotných výkonoch sa hodnotiaci koeficient rovná číslu „1“. Ustanovenie tohto bodu Zmluvy platí len v prípade, ak sa podľa bodu 13.11. Zmluvy u Poskytovateľa uplatňuje Základný rozsah. Poistovnía si vyhradzuje právo uplatniť Základný rozsah pre vybrané špecializačné odbornosti odo dňa účinnosti Zmluvy. Zoznam špecializačných odborností, pre ktoré sa uplatňuje Základný rozsah je uvedený v Cenníku výkonov.

- 12.5. Pokiaľ Poskytovateľ podal Poistencovi liek, ktorý je v Zozname kategorizovaných liekov (ďalej len „Zoznam liekov“) označený v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ alebo „AS“, patrí Poskytovateľovi cena lieku vo výške ceny nadobudnutia tohto lieku, ktorá však nesmie byť vyššia ako cena lieku uvedená v Zozname liekov ako „úhrada zdravotnou poisťovňou“. Ak Poskytovateľ podal Poistencovi len časť balenia lieku, cena lieku podľa predchádzajúcej vety sa určí ako súčin ceny celého balenia lieku a podielu podaných kusov lieku a celkového počtu kusov lieku v balení.
- 12.6. Poistovnía a Poskytovateľ sa dohodli, že Poskytovateľ poskytne Poistencom:
- špecializovanú ambulantnú starostlivosť v špecializačných odboroch „zubné lekárstvo“, „čelustná ortopédia“ a „maxilofaciálna chirurgia“ spočívajúcu vo vykonaní akýchkoľvek zdravotných výkonov a vo vynaložení nákladov na zhotovenie alebo obstaranie Stomatologickej zdravotníckej pomôcky;
 - špecializovanú ambulantnú starostlivosť spočívajúcu vo vykonávaní výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek a vo vynaložení nákladov na lieky označené v Zozname liekov v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ alebo „AS“ a na materiál uvedený v bode 5.6. Zmluvy, ak boli tieto náklady vynaložené v súvislosti s výkonmi podľa tohto písmena, maximálne do finančných objemov uvedených v Cenníku výkonov (ďalej len „Finančný objem“), pokiaľ z pravidiel uvedených v bodoch 12.7. až 12.9. Zmluvy nevyplýva vyššia hodnota Finančného objemu. Finančný objem je dohodnutý na kalendárny mesiac. Do Finančného objemu sa nezahŕňa zdravotná starostlivosť poskytnutá iným osobám, ako sú poistenci Poistovne, a zdravotné výkony a iné náklady uvedené v Cenníku výkonov.
- 12.7. Pokiaľ Poskytovateľ poskytol Poistencom počas kalendárneho mesiaca zdravotnú starostlivosť v rozsahu nižšom ako Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac, potom platí, že Finančný objem na bezprostredne nasledujúci kalendárny mesiac sa zvyšuje o nedočerpaný Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac (t.j. zvyšuje sa o rozdiel medzi Finančným objemom na aktuálny kalendárny mesiac a hodnotou zdravotnej starostlivosti poskytnutej Poistencom v aktuálnom kalendárnom mesiaci).
- 12.8. Pokiaľ Poskytovateľ poskytol Poistencom počas kalendárneho mesiaca zdravotnú starostlivosť v rozsahu vyššom ako Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac, rozdiel medzi výškou úhrady za zdravotnú starostlivosť a Finančným objemom na aktuálny kalendárny mesiac (ďalej len „Prečerpanie objemu“) Poistovnía uhradí Poskytovateľovi v nasledujúcich kalendárnych mesiacoch, v ktorých Poskytovateľ Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 12.7. Zmluvy) nedočerpá.
- 12.9. Poskytovateľ berie na vedomie, že Poistovnía pri úhrade Prečerpania objemu postupuje tak, aby celková výška úhrady za zdravotnú starostlivosť v kalendárnom mesiaci nepresiahla Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 12.7. Zmluvy). Poskytovateľ ďalej berie na vedomie, že zvýšenie Finančného objemu o nedočerpaný Finančný objem podľa bodu 12.7. Zmluvy a úhrada Prečerpania objemu podľa bodu 12.8. Zmluvy sú možné len v rámci jedného kalendárneho roka, a to toho kalendárneho roka, v ktorom Poskytovateľ Finančný objem nedočerpal alebo prečerpal.

XIII. HODNOTIACI KOEFICIENT

- 13.1. V prípade, ak je pre niektoré výkony stanovená v Cenníku výkonov základná a zvýhodnená cena bodu, je výsledná cena bodu závislá od plnenia parametrov Kvality, Efektívnosti a Inovácií a vypočíta sa spôsobom podľa tohto článku Zmluvy.
- 13.2. Poistovnía z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v tabuľkách označených ako „Parametre Kvality a Inovácií“ a „Parametre Efektívnosti“, ktoré sú súčasťou Cenníka výkonov.

13.3. Poistovňa použije pre zistenie a výpočet hodnoty každého parametra uvedeného v tabuľke „Parametre Kvality, Efektívnosti a Inovácií“ údaje za dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky, z ktorých posledný kalendárny štvrťrok bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva výpočet (ďalej len „Sledované obdobie“).

13.4. Poistovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov Kvality a Inovácií, ktorý je uvedený v tabuľke podľa bodu 13.3. Zmluvy tak, že zistí či Poskytovateľ v Sledovanom období dosiahol príslušnú hranicu stanovenú pre splnenie daného parametra.

13.5. Poistovňa vypočíta výsledné plnenie parametrov a určí Koeficient Kvality a Inovácií Poskytovateľa (ďalej aj „KKI“) podľa vzorca:

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

kde h_1 až h_6 sú hodnoty parametra zistené z tabuľky podľa bodu 13.3. Zmluvy,

a v_1 až v_6 sú váhy príslušného parametra zistené z tabuľky podľa bodu 13.3. Zmluvy,

$$KKI^* = h_1 \times v_1 + h_2 \times v_2 + h_3 \times v_3 + h_4 \times v_4 + h_5 \times v_5 + h_6 \times v_6 + h_7 \times v_7$$

kde h_1 až h_7 sú hodnoty parametra zistené z tabuľky podľa bodu 13.3. Zmluvy,

a v_1 až v_7 sú váhy príslušného parametra zistené z tabuľky podľa bodu 13.3. Zmluvy.

*platí pre odbornosť 050 Diabetológia

13.6. Poistovňa z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v tabuľke označenej ako „Parametre Efektívnosti“, ktorá je súčasťou Cenníka výkonov.

13.7. Poistovňa použije pre zistenie a výpočet hodnoty každého parametra uvedeného v tabuľke podľa bodu 13.6. Zmluvy údaje vždy pre príslušný špecializačný odbor podľa prílohy č. 1, a to za dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky, z ktorých posledný kalendárny štvrťrok bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva výpočet.

13.8. Poistovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov uvedený v tabuľke podľa bodu 13.6. Zmluvy týmto spôsobom:

- Poistovňa zistí každý z parametrov za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí poskytujú ambulantnú zdravotnú starostlivosť v rovnakom špecializačnom odbore ako Poskytovateľ;
- Poistovňa zoradí hodnoty parametrov zistené za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti vzostupne;
- Poistovňa neprihliada na hodnoty parametrov tých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí v poradí podľa písm. b. dosiahli 20 % najnižších hodnôt a 20 % najvyšších hodnôt;
- Poistovňa z hodnôt parametrov zistených u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti s výnimkou tých, na ktorých hodnoty parametrov neprihliada podľa písm. c., vypočíta strednú hodnotu (priemer) a hodnotu štandardnej odchýlky.

13.9. Poistovňa vypočíta Koeficient Efektívnosti Poskytovateľa (ďalej aj „KE“) podľa vzorca:

$$KE = h_1 \times v_1 + h_2 \times v_2,$$

kde h_1 až h_2 je hodnota príslušného parametra zistená z tabuľky podľa bodu 13.6. Zmluvy, pričom sa použije hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „pod pásmom“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je nižšia ako jeho stredná hodnota znížená o hodnotu štandardnej odchýlky (bod 13.8. písm. d. Zmluvy), alebo hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „v pásme“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je vyššia alebo rovná jeho strednej hodnote zníženej o hodnotu štandardnej odchýlky, avšak zároveň nižšia alebo rovná jeho strednej hodnote zvýšenej o hodnotu štandardnej odchýlky, alebo hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „nad pásmom“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je vyššia ako jeho stredná hodnota zvýšená o hodnotu štandardnej odchýlky, a v_1 až v_2 je váha príslušného parametra zistená z tabuľky podľa bodu 13.6. Zmluvy.

13.10. Výška ceny bodu sa vypočíta podľa nasledujúceho vzorca

$$CB = (ZvCB - ZCB) * (KKI + KE) + ZCB, kde$$

CB je výsledná cena bodu

ZCB je základná cena bodu

ZvCB je zvýhodnená cena bodu

13.11. Výsledná cena sa zaokrúhli matematicky na šesť desatinných miest. Takto zistená výsledná cena bodu patrí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti počas kalendárneho polroka

nasledujúcim po výpočte podľa tohto článku Zmluvy. Poistovňa je povinná vypočítať a oznámiť Poskytovateľovi výslednú cenu bodu vždy najneskôr pred začiatkom toho kalendárneho polroka, za ktorý bude Poskytovateľovi bude výsledná cena výkonov patriť. V prípade, ak priemerný počet vykázaných bodov na jedného ošetrovaného Poistenca v príslušnom špecializačnom odbore počas sledovaného obdobia vzrastie o viac ako 10% v porovnaní s predchádzajúcim sledovaným obdobím, uplatní sa u Poskytovateľa Základný rozsah podľa bodu 12.4. Zmluvy. Takto určený Základný rozsah patrí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti počas kalendárneho polroka nasledujúcim po výpočte podľa tohto článku Zmluvy.

XIV. ÚHRADA ZA ÚSTAVNÚ STAROSTLIVOSŤ

- 14.1. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za Hospitalizáciu Poistenca trvajúcu dlhšie ako 24 hodín paušálnu úhradu za ukončenú Hospitalizáciu (ďalej len „Hospitalizačný paušál“) alebo paušálnu dennú úhradu (ďalej len „Lôžkodeň“) podľa cenníka hospitalizácií uvedeného v prílohe Zmluvy (ďalej len „Cenník hospitalizácie“), a to v závislosti od toho, na akom oddelení Poskytovateľa sa poskytovala tejto osobe ústavná starostlivosť.
- 14.2. 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.
- 14.3. V prípade Hospitalizácie Poistenca na jednotke intenzívnej starostlivosti, pokiaľ tejto zdravotnej starostlivosti predchádza Hospitalizácia na inom oddelení Poskytovateľa alebo po Hospitalizácii na jednotke intenzívnej starostlivosti pokračuje Hospitalizácia na inom oddelení Poskytovateľa, patrí Poskytovateľovi úhrada za Hospitalizáciu na tomto inom oddelení Poskytovateľa uvedená v Cenníku hospitalizácií. Pokiaľ Hospitalizácii na jednotke intenzívnej starostlivosti nepredchádzala Hospitalizácia na inom oddelení Poskytovateľa a po Hospitalizácii na jednotke intenzívnej starostlivosti nepokračovala Hospitalizácia na inom oddelení Poskytovateľa, patrí Poskytovateľovi úhrada vo výške uvedenej v Cenníku hospitalizácií pre príslušnú jednotku intenzívnej starostlivosti.
- 14.4. Poistovňa uhradí Hospitalizáciu Poistenca na oddelení anesteziológie a intenzívnej medicíny na základe individuálneho posúdenia odôvodnenosti poskytovania zdravotnej starostlivosti Poistenca na tomto oddelení v sume uvedenej v Cenníku hospitalizácie. Za individuálne posúdenie podľa predchádzajúcej vety sa považuje posúdenie poskytnutej zdravotnej starostlivosti v súlade s koncepciou príslušného špecializačného odboru v nadväznosti na zdravotný stav Poistenca zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii Poistenca. Pri schvaľovaní úhrady hospitalizácie poistenca môže Poistovňa ako pomocné kritériá uplatniť skórovacie systémy GCS (Glasgow Coma Scale), APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II) a TISS (Therapeutic Intervention Scoring System). Ustanovenie bodu 14.18. Zmluvy nie je týmto dotknuté.
- 14.5. Hospitalizačný paušál zahŕňa úhradu za akúkoľvek zdravotnú starostlivosť, ktorú Poskytovateľ poskytol tejto osobe počas Hospitalizácie, a všetky náklady, ktoré Poskytovateľ vynaložil pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti tejto osobe počas Hospitalizácie. Hospitalizačný paušál nezahŕňa náklady uvedené v bode 14.8. Zmluvy.
- 14.6. Opakovaná Hospitalizácia Poistenca na rovnakom oddelení u Poskytovateľa počas jedného súvislého poskytovania ústavnej starostlivosti tejto osobe sa považuje za jednu Hospitalizáciu na príslušnom oddelení a Poskytovateľovi patrí len jeden Hospitalizačný paušál za Hospitalizáciu na príslušnom oddelení.
- 14.7. Za Hospitalizáciu, ktorá nebola poskytovaním neodkladnej zdravotnej starostlivosti a Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť bez súhlasu alebo v rozpore so súhlasom Poistovne podľa bodu 4.7. Zmluvy, patrí Poskytovateľovi úhrada vo výške 10 % zo Základného hospitalizačného paušálu uvedeného v Cenníku hospitalizácie.
- 14.8. Hospitalizačný paušál nezahŕňa náklady na:
 - a. výkony poskytnuté pracoviskom spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek;
 - b. mimoriadne finančne náročnú zdravotnú starostlivosť podľa bodov 14.9. a 14.10. Zmluvy;
 - c. materiál uvedený v Zozname kategorizovaných materiálov zverejnenom na webovom sídle Poistovne a materiál uvedený v Prílohe č. 6 tejto Zmluvy;
 - d. zdravotné výkony, lieky a zdravotnícke pomôcky, pokiaľ to vyplýva z rozhodnutia Ministerstva zdravotníctva SR o regulácii cien výrobkov, služieb a výkonov v oblasti zdravotníctva;

- e. materské mlieko a transfúzne lieky poskytnuté v súvislosti s Hospitalizáciou;
- f. tkanivá a bunky na účely transplantácie použité v súvislosti s Hospitalizáciou.

14.9. Za mimoriadne finančne náročnú zdravotnú starostlivosť sa na účely Zmluvy považuje zdravotná starostlivosť poskytnutá Poistencovi na oddelení anesteziológie a intenzívnej medicíny, neurologickom, internom, oddeleniach chirurgických disciplín a na JIS týchto oddelení, ktorá predstavuje jediný možný liečebný postup vzhľadom na zdravotný stav Poistenca (nevyhnutnú terapeutickú alternatívu pre Poistenca), ktorej celkový náklad prekročí zmluvne dohodnutý Hospitalizačný paušál o 100%, t. j. dvojnásobne. Do sumy celkového nákladu podľa tohto bodu Poskytovateľ započíta len priame náklady na lieky a zdravotnícke pomôcky poskytnuté počas Hospitalizácie, ktorých úhrada je zahrnutá v hospitalizačnom paušály a ktoré neboli centrálné obstarané Poistovňou podľa bodu 4.18. VZP, v prípadoch, ak:

- a. maximálna konečná cena za jedno balenie lieku je vyššia ako 100 eur a zároveň cena jedného terapeutického cyklu alebo liečby týmto liekom, určených v súlade so súhrnom charakteristických vlastností lieku presiahne 500 eur;
 - b. maximálna konečná cena za jeden kus zdravotníckej pomôcky je vyššia ako 200 eur;
- za predpokladu, že lieky podľa bodu a.) boli predpísané na indikácie schválené pri registrácii lieku a zdravotnícke pomôcky podľa bodu b.) boli predpísané na indikáciu alebo na účel určenia uvedený pri posudzovaní zhody zdravotníckej pomôcky.

Poskytovateľ predloží Poistovni bezodkladne, najneskôr do 30 dní, od ukončenia Hospitalizácie Poistenca žiadosť o úhradu mimoriadne finančne náročnej zdravotnej starostlivosti podľa tohto bodu, ku ktorej priloží prepúšťaciu správu a kópie nadobúdacích dokladov kalkulovaných položiek. Poistovňa uhradí príplatok k zmluvne dohodnutému Hospitalizačnému paušálu vo výške schválenej revíznym lekárom Poistovne na základe Poskytovateľom vystavenej osobitnej faktúry.

- 14.10. V prípade, ak zdravotná starostlivosť poskytovaná Poistencovi počas Hospitalizácie spočíva v odbere orgánu, Poskytovateľ má nárok na príplatok k Hospitalizačnému paušálu vo výške a za podmienok uvedených v bode 4.14 Zmluvy.
- 14.11. Lôžkodenň zahŕňa úhradu za akúkoľvek zdravotnú starostlivosť, ktorú Poskytovateľ poskytol tejto osobe počas jedného dňa Hospitalizácie, a všetky náklady, ktoré Poskytovateľ vynaložil pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti tejto osobe počas jedného dňa Hospitalizácie.
- 14.12. Deň začatia Hospitalizácie a deň ukončenia Hospitalizácie sa na účel výpočtu úhrady za Hospitalizáciu považujú za jeden deň Hospitalizácie.
- 14.13. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že Poistovňa Poskytovateľovi uhradí ústavnú zdravotnú starostlivosť poskytnutú poistencom Poistovne maximálne do finančných objemov uvedených v Cenníku hospitalizácie (ďalej len „Finančný objem“), pokiaľ z pravidiel uvedených v bodoch 14.14. až 14.16. Zmluvy nevyplýva vyššia hodnota Finančného objemu. Finančný objem je dohodnutý na kalendárny mesiac. Ustanovenie tohto bodu sa nepoužije, ak z Cenníka hospitalizácie vyplýva, že finančný objem sa nedohodol.
- 14.14. Pokiaľ Poskytovateľ poskytol Poistencom počas kalendárneho mesiaca ústavnú zdravotnú starostlivosť v rozsahu nižšom ako Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac, potom platí, že Finančný objem na bezprostredne nasledujúci kalendárny mesiac sa zvyšuje o nedočerpaný Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac (t.j. zvyšuje sa o rozdiel medzi Finančným objemom na aktuálny kalendárny mesiac a hodnotou zdravotnej starostlivosti poskytnutej Poistencom v aktuálnom kalendárnom mesiaci).
- 14.15. Pokiaľ Poskytovateľ poskytol Poistencom počas kalendárneho mesiaca ústavnú zdravotnú starostlivosť v rozsahu vyššom ako Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac, rozdiel medzi výškou úhrady za zdravotnú starostlivosť a Finančným objemom na aktuálny kalendárny mesiac (ďalej len „Prečerpanie objemu“) Poistovňa uhradí Poskytovateľovi v nasledujúcich kalendárnych mesiacoch, v ktorých Poskytovateľ Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 14. 14. Zmluvy) nedočerpá.
- 14.16. Poskytovateľ berie na vedomie, že Poistovňa pri úhrade Prečerpania objemu postupuje tak, aby celková výška úhrady za zdravotnú starostlivosť podľa bodu 14.13. Zmluvy v kalendárnom mesiaci nepresiahla Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 14.14. Zmluvy). Poskytovateľ ďalej berie na vedomie, že zvýšenie Finančného objemu o nedočerpaný Finančný objem podľa bodu 14.14. Zmluvy a úhrada Prečerpania objemu podľa bodu 14.15. Zmluvy sú možné len v rámci jedného kalendárneho roka, a to toho kalendárneho roka, v ktorom Poskytovateľ Finančný objem nedočerpal alebo prečerpal, alebo do zániku Zmluvy v priebehu kalendárneho roka.
- 14.17. Za poskytnutie zdravotnej starostlivosti Poistencovi, ktorá má povahu ústavnej starostlivosti, avšak zdravotná starostlivosť bola poskytovaná kratšie ako 24 hodín, patrí Poskytovateľovi úhrada za

zdravotné výkony, ktoré Poskytovateľ vykonal pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti tejto osobe, stanovená podľa článku VIII. Zmluvy; ustanovenie bodu 14.18. Zmluvy tým nie je dotknuté.

- 14.18. Za poskytnutie zdravotnej starostlivosti Poistencovi na oddelení anesteziológie a intenzívnej medicíny, ak zdravotná starostlivosť bola poskytovaná kratšie ako 24 hodín, avšak viac ako 12 hodín, patrí Poskytovateľovi za túto časť poskytovanej zdravotnej starostlivosti úhrada vo výške 50 % zo Základného hospitalizačného paušálu.

XV. ÚHRADA OSOBITNÝCH VÝKONOV

- 15.1. Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi za zdravotnú starostlivosť spočívajúcu vo výkonoch uvedených v prílohe Zmluvy úhradu podľa tohto článku za podmienok ustanovených v tomto článku Zmluvy. Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli na výške úhrady za takúto zdravotnú starostlivosť podľa cenníka týchto výkonov, ktorý tvorí prílohu Zmluvy (ďalej len „Cenník osobitných výkonov“).
- 15.2. Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi za zdravotnú starostlivosť spočívajúcu vo výkonoch podľa bodu 15.1. Zmluvy úhradu Hospitalizačným paušálom príslušného oddelenia uvedeného v Cenníku hospitalizácie podľa podmienok uvedených v článku XIV. Zmluvy v prípadoch, kedy pre komplikáciu v zdravotnom stave Poistenca trvalo poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 96 hodín.
- 15.3. Cena jednotlivých výkonov zdravotnej starostlivosti uvedená v Cenníku osobitných výkonov zahŕňa úhradu za akúkoľvek zdravotnú starostlivosť, ktorú Poskytovateľ poskytol Poistencovi a všetky náklady, ktoré Poskytovateľ vynaložil v súvislosti s poskytnutím zdravotnej starostlivosti tejto osobe, okrem nákladov na materiál uvedený v Zozname kategorizovaných materiálov zverejnenom na webovom sídle Poisťovne v časti týkajúcej sa osobitných výkonov a nákladov podľa bodu 14.8. písm. a), d), e) a f) Zmluvy.
- 15.4. Poskytovateľ je povinný pri vykazovaní zdravotnej starostlivosti podľa tohto článku uvádzať kódy výkonov zdravotnej starostlivosti uvedené v Cenníku osobitných výkonov. V prípade, ak zdravotná starostlivosť bola poskytnutá na príslušnom oddelení Poskytovateľ vykazuje výkony podľa tohto článku ako pripočítateľnú položku v dátovom rozhraní určenom pre ústavnú starostlivosť. V prípade poskytnutia zdravotnej starostlivosti na ambulancii jednodňovej ambulantnej starostlivosti Poskytovateľ vykazuje výkony podľa tohto článku v dátovom rozhraní určenom pre ambulantnú starostlivosť.
- 15.5. Poskytovateľ je povinný zasielať Poisťovni údaje potrebné na vedenie zoznamu poistencov čakajúcich na zdravotnú starostlivosť spočívajúcu v poskytnutí osobitných výkonov (ďalej len „Zoznam osobitných výkonov“), a to najmä:
- a. meno, priezvisko a rodné číslo Pacienta;
 - b. kód choroby podľa MKCH-10, v súvislosti s ktorou Poskytovateľ navrhuje poskytnutie osobitného výkonu;
 - c. kód osobitného výkonu uvedeného v prílohe tejto Zmluvy;
 - d. kód Poskytovateľa a kód oddelenia Poskytovateľa, na ktorom má byť osobitný výkon Poistencovi vykonaný.
- 15.6. Poskytovateľ je povinný pomocou Programu hospiCOM zasielať Poisťovni najmenej jedenkrát počas pracovného dňa údaje potrebné na vedenie Zoznamu osobitných výkonov v štruktúre (dátovom rozhraní) určenej Poisťovňou a zverejnenej na internetovej stránke Poisťovne; to neplatí, ak Poskytovateľ počas pracovného dňa nemá naplánovaný osobitný výkon alebo osobitný výkon nevykonával žiadnemu Pacientovi.
- 15.7. Poskytovateľ, ktorý vykonal osobitný výkon Pacientovi v dôsledku potreby poskytnúť mu neodkladnú zdravotnú starostlivosť, je povinný oznámiť túto skutočnosť Poisťovni prostredníctvom Programu hospiCOM najneskôr v pracovný deň bezprostredne nasledujúci po dni poskytnutia osobitného výkonu.
- 15.8. Poskytovateľ je povinný v zdravotnej dokumentácii Pacienta vyznačiť dátum a hodinu začatia osobitného výkonu a dátum a hodinu ukončenia zdravotnej starostlivosti súvisiacej s vykonaním osobitného výkonu poskytnutej po jeho vykonaní. Poskytovateľ je ďalej povinný oznámiť Poisťovni prostredníctvom Programu hospiCOM trvanie zdravotnej starostlivosti súvisiacej s osobitným výkonom.
- 15.9. Poskytovateľ nesmie vykonať zdravotnú starostlivosť spočívajúcu v osobitnom výkone, ak mu Poisťovňa neudelila súhlas na poskytnutie plánovaného osobitného výkonu Pacientovi pred jeho uskutočnením, s výnimkou poskytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti.
- 15.10. Za osobitné výkony, ktoré neboli poskytnutím neodkladnej zdravotnej starostlivosti a Poskytovateľ ich vykonal bez súhlasu alebo v rozpore so súhlasom Poisťovne podľa bodu 15.9 Zmluvy, patrí

Poskytovateľovi úhrada vo výške 10% z ceny určenej v Cenníku osobitných výkonov podľa bodu 15.1 Zmluvy.

- 15.11. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že Poistovňa Poskytovateľovi uhradí zdravotnú starostlivosť poskytnutú podľa tohto článku poistencom Poistovne maximálne do finančného objemu uvedeného v Cenníku osobitných výkonov (ďalej len „Finančný objem“), pokiaľ z pravidiel uvedených v bodoch 15.12. až 15.13. Zmluvy nevyplýva vyššia hodnota Finančného objemu. Finančný objem je dohodnutý na kalendárny mesiac. Do Finančného objemu sa nezahŕňa zdravotná starostlivosť poskytnutá iným osobám, ako sú poistenci Poistovne, a zdravotné výkony a iné náklady uvedené v Cenníku osobitných výkonov. Ustanovenie tohto bodu sa nepoužije, ak z Cenníka osobitných výkonov vyplýva, že finančný objem sa nedohodol.
- 15.12. Pokiaľ Poskytovateľ poskytol poistencom Poistovne počas kalendárneho mesiaca zdravotnú starostlivosť v rozsahu nižšom ako Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac, potom platí, že Finančný objem na bezprostredne nasledujúci kalendárny mesiac sa zvyšuje o nedočerpaný Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac (t.j. zvyšuje sa o rozdiel medzi finančným objemom na aktuálny kalendárny mesiac a hodnotou zdravotnej starostlivosti poskytnutej Poistencom v aktuálnom kalendári mesiaci).
- 15.13. Pokiaľ Poskytovateľ poskytol poistencom Poistovne počas kalendárneho mesiaca zdravotnú starostlivosť v rozsahu vyššom ako Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac, rozdiel medzi výškou úhrady za zdravotnú starostlivosť a Finančným objemom na aktuálny kalendárny mesiac (ďalej len „Prečerpanie objemu“) Poistovňa uhradí Poskytovateľovi v nasledujúcich kalendárnych mesiacoch, v ktorých Poskytovateľ Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 15.12. Zmluvy) nedočerpá.
- 15.14. Poskytovateľ berie na vedomie, že Poistovňa pri úhrade Prečerpania objemu postupuje tak, aby celková výška úhrady za zdravotnú starostlivosť podľa bodu 15.11. Zmluvy v kalendárnom mesiaci nepresiahla Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 15.12. Zmluvy). Poskytovateľ ďalej berie na vedomie, že zvýšenie Finančného objemu o nedočerpaný Finančný objem podľa bodu 15.12. Zmluvy a úhrada Prečerpania objemu podľa bodu 15.13. Zmluvy sú možné len v rámci jedného kalendárneho roka, a to toho kalendárneho roka, v ktorom Poskytovateľ Finančný objem nedočerpal alebo prečerpal, alebo do zániku Zmluvy v priebehu kalendárneho roka.

XVI. CELKOVÁ MESAČNÁ ÚHRADA

- 16.1. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že Poistovňa sa zaväzuje u Poskytovateľa uhradiť zdravotnú starostlivosť poskytnutú poistencom Poistovne podľa Článku V. bod 5.6., Článku XII. bod 12.6. písm.b, Článku XIV. a Článku XV. maximálne do výšky Celkovej mesačnej úhrady. Celková mesačná úhrada je dohodnutá na kalendárny mesiac. Výška celkovej mesačnej úhrady je medzi Poskytovateľom a Poistovňou dohodnutá v sume **35 220 Eur (slovom: tridsaťpäťtisícdeväťsto dvadsať Eur)**.
- 16.2. V prípade, ak Poskytovateľ poskytne poistencom Poistovne zdravotnú starostlivosť podľa Článku V. bod 5.6., Článku XII. bod 12.6. písm.b, Článku XIV. a Článku XV. v rozsahu vyššom ako je Celková mesačná úhrada podľa predchádzajúceho bodu tohto článku Zmluvy, znižuje sa cena úhrady za túto zdravotnú starostlivosť tak, že výsledná suma sa rovná Celkovej mesačnej úhrade podľa predchádzajúceho bodu tohto článku Zmluvy.
- 16.3. V prípade, ak Poskytovateľ poskytne poistencom Poistovne zdravotnú starostlivosť podľa Článku V. bod 5.6., Článku XII. bod 12.6. písm.b, Článku XIV. a Článku XV. v rozsahu nižšom ako je Celková mesačná úhrada podľa bodu 16.1. tohto článku Zmluvy, zvyšuje sa cena úhrady za túto zdravotnú starostlivosť tak, že výsledná suma sa rovná Celkovej mesačnej úhrade podľa bodu 16.1. tohto článku Zmluvy.
- 16.4. V prípade, ak Poskytovateľ poskytne poistencom Poistovne zdravotnú starostlivosť podľa Článku V. bod 5.6., Článku XII. bod 12.6. písm.b, Článku XIV. a Článku XV. v rozsahu, ktorý je počas sledovaného obdobia v priemere o viac ako 20% nižší než Celková mesačná úhrada podľa bodu 12.1. tohto článku, znižuje sa Celková mesačná úhrada podľa bodu 16.1. tohto článku o 10%, pričom takto upravená Celková mesačná úhrada sa uplatní najskôr za štvrtý kalendárny mesiac nasledujúci po poslednom mesiaci sledovaného obdobia.
- 16.5. V prípade, ak Poskytovateľ poskytne poistencom Poistovne zdravotnú starostlivosť podľa Článku V. bod 5.6., Článku XII. bod 12.6. písm.b, Článku XIV. a Článku XV. v rozsahu, ktorý je počas sledovaného obdobia v priemere o viac ako 20% vyšší než Celková mesačná úhrada podľa bodu 16.1. tohto článku, zvyšuje sa Celková mesačná úhrada podľa bodu 16.1. tohto článku o 10%, pričom takto

upravená Celková mesačná úhrada sa uplatní najskôr za štvrtý kalendárny mesiac nasledujúci po poslednom mesiaci sledovaného obdobia.

- 16.6. Sledovaným obdobím pre účely bodu 16.4. a 16.5. tohto článku je kalendárny polrok.
- 16.7. Poskytovateľ sa zaväzuje, že počas platnosti a účinnosti Zmluvy nedôjde k navýšeniu čakacích dôb na poskytnutie ústavnej zdravotnej starostlivosti pre poistencov Poistovne, a zároveň sa zaväzuje zabezpečiť zdravotnú starostlivosť pre poistencov Poistovne tak, aby bola zachovaná regionálnu štruktúra a rozloženie poskytovania zdravotnej starostlivosti.
- 16.8. V prípade, ak Poskytovateľ poruší svoj záväzok podľa bodu 16.7. tohto článku Zmluvy zaväzuje sa pristúpiť na výzvu Poistovne k rokovaniu o uzavretí dodatku k Zmluve, ktorým sa upraví Celková mesačná úhrada podľa bodu 16.1. tohto článku Zmluvy.
- 16.9. V prípade, ak dôjde u Poskytovateľa k zásadnej zmene rozsahu alebo štruktúry poskytovanej zdravotnej starostlivosti, Poistovňa sa zaväzuje pristúpiť na výzvu Poskytovateľa k rokovaniu o uzavretí dodatku k Zmluve, ktorým sa upraví Celková mesačná úhrada podľa bodu 16.1. tohto článku Zmluvy.
- 16.10. 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.
- 16.11. 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.
- 16.12. Poistovňa aj Poskytovateľ sa zaväzujú v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti informovať poistencov Poistovne vždy korektne, pravdivo a neskreslene o skutočnostiach vyplývajúcich zo Zmluvy, VZP a platných právnych predpisov.

XVII. ÚČINNOSŤ ZMLUVY

- 17.1. 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.
- 17.2. Poistovňa a Poskytovateľ sa zaväzujú pristúpiť k uzavretiu Zmluvy tak, aby nadobudla účinnosť **k 1.5.2019.**

XVIII. ELEKTRONICKÁ KOMUNIKÁCIA

- 18.1. Poistovňa a Poskytovateľ sa v súlade s ust. § 7 ods. 20 Zákona o zdravotných poisťovniach dohodli, že Poskytovateľ prostredníctvom svojho softvéru poskytne Poistovni 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.
- 18.2. 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 Poistovni 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.

- 18.3. 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.
- 18.4. 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.
- 18.5. 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, sprístupnená priamo v informačnom systéme Poskytovateľa.
- 18.6. 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.
- 18.7. 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.
- 18.8. 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.
- 18.9. 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.
- 18.10. 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, lekárske predpisoch, lekárske 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.

- 18.11. 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, lekárske predpisoch, lekárske 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.
- 18.12. V prípade, ak sa akýkoľvek údaj uvedený v elektronickom zázname podľa bodu 18.1. až 18.4. a 18.7. až 18.9. ukáže ako nepravdivý, neúplný, nepresný alebo nesprávny, Poskytovateľ sa zaväzuje bez zbytočného odkladu takýto údaj uviesť do súladu so skutočným stavom prostredníctvom svojho softvéru.

XIX. PRIJÍMANIE ÚHRADY DLŽNÉHO POISTNÉHO

- 19.1. 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.
- 19.2. Dohoda Poskytovateľa a Poistenca podľa bodu 15.1. tohto článku je možná iba v prípade, ak i) Poistenec bude ochotný uhradiť dlžné poistné v celej výške, t.j. vo výške v akej bude ku dňu prijatia platby Poistovňou sprístupnená v informačnom systéme Poskytovateľa a zároveň ii) Poistenec udelí Poskytovateľovi písomný súhlas podľa ust. § 11 zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, na spracúvanie osobných údajov, ktoré Poskytovateľ poskytne Poistovni a Poistovňa Poskytovateľovi za účelom spracovania úhrady Poistenca a odstránení Poistenca zo zoznamu dlžníkov.
- 19.3. Poistovňa za týmto účelom splnomocňuje Poskytovateľa v zmysle ust. § 31 a nasl. zákona č. 40/1964 Zb. Občianskeho zákonníka na prijatie úhrady dlžného poistného od Poistenca, ktorý je dlžníkom podľa ust. § 9 ods. 2 Zákona o zdravotnom poistení, v mene a na účet Poistovne. Poskytovateľ je oprávnený úhradu dlžného poistného zadržať u seba a to až do momentu najbližšieho zúčtovania poskytnutej zdravotnej starostlivosti a vykázať Poistovni celkovú sumu prijatých úhrad dlžného poistného za Zúčtovacie obdobie prostredníctvom svojho informačného systému.
- 19.4. 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.
- 19.5. 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 18.4. Zmluvy.

XX. ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA

- 20.1. 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.
- 20.2. 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.
- 20.3. 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.
- 20.4. Poskytovateľ je oprávnený odmietnuť poistencovi Poistovne poskytnutie ústavnej starostlivosti iba v prípade ak:

- a. materiálo-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.

20.5. Zmluva je vyhotovená v dvoch rovnopisoch, po jednom rovnopise pre každú zmluvnú stranu.

20.6. 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 3.7. písm. b. Zmluvy;
- d. príloha č. 4, ktorá obsahuje zoznam zdravotníckej techniky a zoznam zdravotných výkonov podľa bodu 3. 8. Zmluvy;
- e. príloha č. 5, ktorá obsahuje zoznam špecializovaných nemocníc a liečební a vzor žiadosti o ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti podľa bodu 3.12. Zmluvy;
- f. príloha č. 6, obsahuje Zoznam kategorizovaného materiálu podľa bodu 5.6. Zmluvy;
- g. príloha č. 7, ktorá obsahuje ceny a spôsob vykazovania výkonov hyperbarickej oxygenoterapie, stereorádiokirurgie a pozitronovej emisnej tomografie podľa bodu 5.7. Zmluvy;
- h. príloha č. 8 (Cenník VLD), ktorá obsahuje výšku Kapitácie podľa bodu 7.2. Zmluvy, zoznam zdravotných výkonov a iných nákladov, ktoré podľa bodu 7.5. Zmluvy nie sú zahrnuté v Kapitácii a výšku Dodatkovej kapitácie podľa článku VII. Zmluvy;
- i. príloha č. 9 (Cenník VLDD), ktorá obsahuje výšku Kapitácie podľa bodu 9.2. Zmluvy, zoznam zdravotných výkonov a iných nákladov, ktoré podľa bodu 9.5. Zmluvy nie sú zahrnuté v Kapitácii a pripočítateľné položky vzťahujúce sa k výkonom podľa článku IX. Zmluvy;
- j. príloha č. 10 (Cenník GYN), ktorá obsahuje výšku Kapitácie podľa bodu 10.2. Zmluvy, zoznam zdravotných výkonov a iných nákladov, ktoré podľa bodu 10.5. Zmluvy nie sú zahrnuté v Kapitácii, tabuľku s parametrami pre výpočet Dodatkovej kapitácie podľa bodu 11.2. Zmluvy a základ pre výpočet Dodatkovej kapitácie podľa bodu 11.6. Zmluvy;
- k. príloha č. 11 (Cenník výkonov), ktorá obsahuje výšku jednotkovej ceny bodu podľa bodu 12.2. Zmluvy a zoznam zdravotných výkonov podľa bodu 12.3. Zmluvy, tabuľky s parametrami Kvality, Efektívnosti a Inovácií;
- l. príloha č. 12, (Cenník hospitalizácií), ktorá obsahuje úhrady podľa bodu 14.1. Zmluvy, sumy podľa bodu 14.2. Zmluvy, paušálny príplatok podľa bodu 14.3. Zmluvy, výšky úhrady podľa bodu 14.4. Zmluvy a Finančný objem podľa bodu 14. 13. Zmluvy;
- m. príloha č. 13 (Cenník osobitných výkonov), ktorá obsahuje zoznam výkonov a výšku ich úhrady podľa bodu 15.1. Zmluvy, materiál podľa bodu 15.3. Zmluvy, kódy výkonov podľa bodu 15.4. Zmluvy a Finančný objem podľa bodu 15.11. Zmluvy.

20.7. Poistovňa sa podľa zákona č. 315/2016 Z. z. o registri partnerov verejného sektora a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o RPVS“) zapisuje do registra partnerov verejného sektora (ďalej len „register“). Poskytovateľ, ktorý prijíma na základe Zmluvy finančné prostriedky alebo plnenie od Poistovne, ktoré jednorazovo presiahnu sumu 100 000,00 EUR alebo v kalendárnom roku v úhrne presiahnu sumu 250 000,00 EUR je povinný byť najmenej počas doby platnosti Zmluvy registrovaný v registri a plniť všetky povinnosti, ktoré Poskytovateľovi zo zákona o RPVS vyplývajú. Poskytovateľ berie na vedomie oprávnenia, ktoré Poistovni priznáva § 15 a 23 zákona o RPVS v prípade nesplnenia povinností Poskytovateľom, ktorými sú právo odstúpiť od Zmluvy a skutočnosť, že Poistovňa sa nedostane do omeškania s plnením pri neuhradení úhrady Poskytovateľovi podľa VZP. Poistovňa o skutočnosti neuhradenia úhrady podľa predchádzajúcej vety Poskytovateľa informuje v lehote splatnosti faktúry dohodnutej vo VZP.

20.8. Neoddeliteľnou súčasťou rovnopisu tejto Zmluvy určeného pre Poskytovateľa sú VZP účinné od 1. apríla 2012.

20.9. Poistovňa aj Poskytovateľ sa zaväzujú v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti informovať poistencov Poistovne vždy korektne, pravdivo a neskreslene o skutočnostiach vyplývajúcich zo Zmluvy, VZP a platných právnych predpisov.

- 20.10. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že prvá veta bodu 4.19. VZP sa použije len v prípade, ak by náklady na biomedicínsky výskum u Poskytovateľa mali byť čo i len čiastočne hrazené z verejného zdravotného poistenia.
- 20.11. Poistovňa aj Poskytovateľ vyhlasujú, že si Zmluvu aj VZP prečítali, ich obsahu porozumeli a na znak toho, že obsah Zmluvy aj VZP zodpovedá ich skutočnej a slobodnej vôli, túto Zmluvu podpísali.

V Košiciach, dňa

V _____, dňa

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

Nemocnica svätého Michala, a. s.

Zoznam špecializačných odborov
(podľa bodu 3.2. Zmluvy)

Špecializačný odbor	Druh poskytovanej Zdravotnej starostlivosti			
	ambulancie	pracovisko SVLZ	ústavná zdravotná starostlivosť	JAS
Všeobecné lekárstvo	Áno	-	-	-
vnútorné lekárstvo	Áno	-	-	-
neuroológia	Áno	-	-	-
Psychiatria	Áno	-	-	-
chirurgia	Áno	-	-	-
Ortopédia	-	-	-	-
urológia	-	-	-	-
otorinolaryngológia	Áno	-	-	-
oftalmológia	Áno	-	-	-
dermatovenerológia	Áno	-	-	-
fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	Áno	Áno	-	-
hematológia a transfúziológia,	Áno	Áno	-	-
Plastická chirurgia	-	-	-	-
Klinická imunológia a alergológia	áno	-	-	-
Gastroenterológia	Áno	-	-	-
Kardiológia	Áno	-	-	-
diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy	áno	-	-	-
Angiológia	Áno	-	-	-
Letecké lekárstvo	áno	-	-	-
Klinická psychológia	áno	-	-	-
Rádiológia	-	Áno	-	-
klinická biochémia	-	Áno	-	-
funkčná diagnostika	-	Áno	-	-
Dlhodobó chorých	-	-	Áno	-
GeriatRIA	áno	-	áno	-
Stomatológia	Áno	-	-	-
-----	-	-	-	-

Kritériá na uzatvorenie zmluvy s Poskytovateľom
podľa bodu 2.1. Zmluvy

Názov kritéria Popis kritéria	Váha kritéria (%)
Personálne vybavenie zdravotníckeho zariadenia 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.	25
Materiálno-technické vybavenie zdravotníckeho zariadenia Materiálno-technické vybavenie pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti je najmenej na úrovni stanovenej všeobecne záväznými právnymi predpismi.	25
Parametre efektivity a kvality 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	40
Využívanie elektronických služieb (inovácií) Využívanie: eRecept, eZúčtovanie, eLAB, návrhy online	10

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

Poznámka:

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

Preventívna prehliadka pre dospelých
v zmysle platnej legislatívy

Meno a priezvisko poistenca: _____

Rodné číslo _____

Dátum poslednej preventívnej prehliadky: _____

Anamnéza:

Subjektívne: bez ťažkostí ☐ popis ťažkostí: _____

Prekonané choroby (aké a kedy): _____

Škodlivé návyky: _____

Kontrola očkovania (kedy naposledy, aké očkovanie, odporúčenie očkovania): _____

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

Objektívne vyšetrenie (patologické nálezy):

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

Hlava: _____

Krk: _____

Hrudník: _____

Pulmo: _____

Cor: _____

Abdomen: _____

Urogenitálny aparát (u mužov a per rectum vyšetrenie): _____

Pohybový aparát: _____

Výška: _____ cm

Hmotnosť _____ kg

Teplota _____ °C

FW _____

TK: _____ mmHg

PF: _____ /min

Moč chem.: _____

EKG (nad 40 rokov): _____

V štyridsiatom roku života: celkový cholesterol: _____ triaglyceridy: _____

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

Iné potrebné vyšetrenie: _____

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

Záver preventívnej prehliadky:

Odporúčenie:

Preventívnu prehliadku vykonal:

V _____ dňa: _____

praktický lekár pre dospelých
(pečiatka a podpis lekára)

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

_____ podpis poistenca

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

Meno a priezvisko poistenca: _____

Rodné číslo: _____

Dátum poslednej preventívnej prehliadky: _____

Anamnéza:

Prekonané choroby: _____

Hospitalizácie: _____

Alergie: _____

Dispenzár: _____

Predchádzajúce očkovanie: úplné ☐ neúplné: _____

Objektívne vyšetrenie:

Výška: _____ cm Váha: _____ kg TK: _____ mmHg

Habitus: normostenický ☐ hyperstenický ☐ astenický ☐

Držanie tela: správne ☐ chybné ☐ skolióza ☐

Koža: čistá ☐ ekzém ☐

Psychomotorický vývoj: primeraný veku ☐ zaostáva ☐

Zrak: _____ Farby: rozlišuje ☐ nerozlišuje ☐

Sluch: _____

Pulmo: eupnoe ☐ dyspnoe ☐ vedľ. fenomény ☐

Cor: AS pravidelná ☐ AS nepravidelná ☐ šelest ☐

Brucho: _____

Genitál: _____ Končatiny: _____

Zaradenie do kolektívu: áno ☐ nie ☐

Očkovanie v rámci prehliadky:

DiTePer ☐ DiTe ☐ Polio ☐ MMR ☐ Tetanus ☐ HB ☐

Iné ☐ _____ neuskutočnené ☐ dôvod: _____

Záver preventívnej prehliadky:

dieťa zdravé ☐

dieťa odoslané do poradne: nie ☐

 áno ☐ _____

Preventívnu prehliadku vykonal:

V _____ dňa _____

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

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

popis zákonného zástupcu
(poistenca)

Preventívna gynekologická prehliadka
v zmysle platnej legislatívy

Meno a priezvisko poistenca:**Rodné číslo**

Dátum poslednej preventívnej prehliadky:

Anamnéza:

Prekonané choroby:

Prekonané 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 3.8. Zmluvy

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

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

Názov prístroja	Kódy zdravotných výkonov
Počítačový tomograf	5200, 5201, 5202, 5203, 05204, 5204a-e, 5205, 5206, 5206a-b, 5207, 5208, 5207a, 5209, 5210, 5211, 5212, 5212a
Magnetická rezonancia	-
Mamograf	5029b, 5092, 5092a, 5092c, 5093
Pozitrónový emisný tomograf	-
PCR analyzátor	-
Osteodenzitometer celotelový	5330, 5331, 5332

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

Zoznam špecializovaných nemocníc a liečební

Názov	Mesto	Adresa
Národné rehabilitačné centrum	Kováčová	Slnecná 1

ŽIADOSŤ o ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti
v špecializovaných nemocniciach a liečebniach

Názov a sídlo liečebného zariadenia.....

Meno poistenca:.....tel.

Rodné číslo:.....BydliskoPSČ.....

Medicínske odôvodnenie návrhu:

Anamnéza:

Objektívne vyšetrenie:.....

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

Epikríza:.....

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

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

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

Predpokladané obdobie liečby:

Prílohy (uviesť poradové číslo a názov prílohy)

Dňa:

.....
riaditeľ zdrav. zariadenia

.....
primár oddelenia

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

I. Zoznam kategorizovaného materiálu podľa bodu 5.6. Zmluvy

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

kód ZM	Názov ZM
-	-

II. Zoznam kategorizovaného materiálu podľa bodu 15.3. Zmluvy

kód ZM	Názov ZM
-	-

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	-----	-----	-----
Celotelová pozitronová emisná tomografia s PET kamerou (vyšetrený trup od bazy lebečnej po inuini). Súčasťou ceny výkonu sú náklady na rádiofarmaká a doplňujúce snímania PET kamerou	5480	-----	-----	-----
Pozitronová emisná tomografia s PET kamerou vybranej časti tela – mozgu, srdca alebo inej časti tela. Súčasťou ceny výkonu sú náklady na rádiofarmaká a doplňujúce snímania PET kamerou	5480a	-----	-----	-----
Stereorádiokirurgia	3272	-----	-----	-----

Cenník VLD

Výška kapitácie

<i>Označenie</i>	<i>hodnota v €</i>
Kapitácia za jedného Kapitovaného poistenca	do dovŕšenia 19. roku života
	3,14
	od 19 rokov veku do dovŕšenia 27. roku života
	2,03
	od 27 rokov veku do dovŕšenia 45. roku života
	2,13
	od 45 rokov veku do dovŕšenia 51. roku života
	2,15
	od 51 roku veku do dovŕšenia 53. roku života
	2,34
	od 53 roku veku do dovŕšenia 57. roku života
	2,75
	od 57 roku veku do dovŕšenia 61. roku života
	2,95
	od 61 roku veku do dovŕšenia 64. roku života
	3,15
	od 64 roku veku do dovŕšenia 68. roku života
	3,33
	od 68 roku veku do dovŕšenia 72. roku života
	3,60
	od 72 roku veku do dovŕšenia 87. roku života
	3,97
	od 87 roku veku
	3,92

Jednotková cena bodu

<i>Cena bodu hodnota v €</i>	<i>Základná cena</i>
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“	0,008190
pri iných zdravotných výkonoch ako uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“	0,022089
pri zdravotných výkonoch vykonaných pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia: 159a, 159b, 159x (počet bodov 180), 159z (počet bodov 180), 160 (počet bodov 390)	0,048972
pri zdravotnom výkone: 3671 (určenie glykémie glukometrom pri kvantitatívnej, alebo kvalitatívnej poruche vedomia)	0,020895
pri výkone očkovania: 252b, ktorý nie je zahrnutý v kapitácii	0,048972
pri výkonoch: 25, 26, 29, 30, ktoré nie sú zahrnuté v kapitácii	0,022089
pri neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnutej inému ako Kapitovanému poistencovi	0,022973

Jednotková cena výkonu, ktorá sa nezahŕňa do kapitácie

<i>Cena výkonu</i>	<i>hodnota v €</i>
4571a C – reaktívny proteín pre kapitovaných poistencov	4,00
Výkon 10 - Rozbor a plánovanie cielených terapeutických postupov na ovplyvnenie chronických ochorení alebo ochorení viacerých orgánových systémov na účely racionálnej farmakoterapie, vrátane rád a dokumentácie. Výkon 10 vykazuje lekár prvýkrát pri prevzatí kapitovaného pacienta s chronickými ochoreniami 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.	8,00

60b - Základné vyšetrenie Úhrada zahŕňa potrebné odbery krvi, zhodnotenie laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení a zaradenie pacienta do rizikovej skupiny ASA. Úhrada nezahŕňa poskytnutie EKG vyšetrenia. Výkon možno vykazovať iba raz v rámci jednej operácie. Výkon sa vykazuje samostatne s diagnózou, pre ktorú je poistenec plánovaný na operáciu V prípade odoslania poistenca k špecialistovi (konziliárnemu lekárovi), ktorý vykoná predoperačné vyšetrenie, zdravotná poisťovňa poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súvislosti s predoperačným vyšetrením uhrádza v rámci kapitálnej platby za poistenca.	10,50
5702ZV - Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie Štandardné 12-zvodové zosnímanie ako súčasť predoperačného vyšetrenia. Nutná kombinácia s výkonom 60b	4,41

Finančný objem

Finančný objem na kalendárny mesiac podľa bodu 6.7. Zmluvy	15,00 €
--	---------

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

<i>Zdravotné výkony a iné náklady, ktoré sa nezahŕňajú do finančného objemu podľa bodu 4.7. Zmluvy</i>
Náklady na lieky, ktoré sú v Zozname liekov označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ alebo „AS“
Výkony, ktoré Poskytovateľ vykonal pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia
Výkon očkovania 252b, výkon 3671, 60b, 5702ZV, výkon 4571a C – reaktívny proteín, výkon 10

Základ pre výpočet Dodatkovej kapitácie

Špecializačný odbor	Základná hodnota v €	Zvýhodnená hodnota v €
Všeobecný lekár pre dospelých	0,324835	1,018926

Parametre Kvality a Inovácií

	Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
KVALITA	Subjektívna spokojnosť	I ₁ = najmenej 6 dotazníkov vyplnených Kapitovanými poistencami Poskytovateľa
	Bezpečná medikácia	I ₂ = najmenej jedno zobrazenie elektronickej liekovej knižky počas najmenej 90% ordinačných dní
	Prístrojové vybavenie	I ₃ = vybavenie ambulancie prístrojom typu POCT (Point of Care Testing) (s výnimkou CRP) a prístrojom ABI (v prípade vybavenia ambulancie len jedným prístrojom je plnenie parametra 50%)
INOVÁCIE	eRecept	I ₄ = najmenej 75% Liekov predpísaných Poskytovateľom elektronicke
	eZúčtovanie	I ₅ = najmenej 75% zúčtovacích dokladov zasielaných a potvrdených elektronicke, a to prostredníctvom Elektronickej pobočky alebo zo softvéru Poskytovateľa
	eLab	I ₆ = najmenej 75% elektronických žiadostí o vykonanie laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení odoslaných po zobrazení existujúcich žiadostí o vykonanie laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení
	NávrhyOnline	I ₇ = najmenej 10% návrhov na poskytnutie zdravotnej starostlivosti odoslaných elektronicke

váhy pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h _n		v _n
	neplní	plní	
Subjektívna spokojnosť	0 %	100 %	v ₁ = 15 %
Bezpečná medikácia	0 %	100 %	v ₂ = 15 %
Prístrojové vybavenie	0 %	100 %	v ₃ = 10 %
eRecept	0 %	100 %	v ₄ = 10 %
eZúčtovanie	0 %	100 %	v ₅ = 10 %
eLab	0 %	100 %	v ₆ = 25 %
NávrhyOnline	0 %	100 %	v ₇ = 15 %

Parametre Efektívnosti

	Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
EFEKTÍVNOSŤ	Starostlivosť o pacienta	I_1 = počet návštev Kapitovaných poistencov v špecializovanej ambulantnej starostlivosti, ambulantnej pohotovostnej službe a urgentných príjmov/počet rizikovo vážených Kapitovaných poistencov podľa veku, pohlavia (s výnimkou 2% najdrahších poistencov)
	Náklady na pacienta	I_2 = náklady na lieky, dietetické potraviny a zdravotnícke pomôcky predpísané poskytovateľom a celkové náklady na vlastné SValZ zdravotné výkony vykonané bez objednania a objednané SValZ zdravotné výkony vykonané pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti poistencom/počet rizikovo vážených Kapitovaných poistencov podľa veku a pohlavia (s výnimkou 2% najdrahších poistencov)
	Preventívne prehliadky	I_3 = 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	
Starostlivosť o pacienta	100 %	100 %	0 %	$v_1 = 40 \%$
Náklady na pacienta	100 %	100 %	0 %	$v_2 = 40 \%$
Preventívne prehliadky	0 %	100 %	100 %	$v_5 = 20 \%$

Cenník VLDD

Výška kapitácie

Označenie		hodnota v €
Kapitácia za jedného Kapitovaného poistenca	do dovŕšenia 1. roku života	-
	od 1 roku veku do dovŕšenia 2. roku života	-
	od 2 roku veku do dovŕšenia 7. roku života	-
	od 7 rokov veku do dovŕšenia 19. roku života	-
	od 19 rokov veku do dovŕšenia 27. roku života	-
	od 27 rokov do dovŕšenia 28.roku života	-

Jednotková cena bodu

Cena bodu	hodnota v €
pri zdravotných výkonoch vykonaných pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia: 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, 159a, 159x(počet bodov 180), 159z(počet bodov 180), 160 (počet bodov 390)	-
pri zdravotných výkonoch vykonaných pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia: 142	-
pri výkone očkovania: 252b, ktorý nie je zahrnutý v kapitácii	-

Finančný objem

Finančný objem na kalendárny mesiac podľa bodu 9.12. Zmluvy	Dolná hranica	Horná hranica
	- €	- €

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

Zdravotné výkony a iné náklady, ktoré sa nezahrňajú do finančného objemu podľa bodu 9.12. Zmluvy
Výkony, ktoré Poskytovateľ vykonal pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia
Náklady na lieky, ktoré sú v Zozname liekov označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ alebo „AS“
Výkon očkovania 252b
Pripočítateľné položky k výkonu 8 alebo 4

Výkony podľa článku IX. Zmluvy		
8	Vyšetrenie všeobecným lekárom I	Komplexné vstupné vyšetrenie pacienta pri prevzatí do starostlivosti, alebo cielené vyšetrenie osoby s akútnou chorobou alebo s akútnou exacerbáciou chronického ochorenia bez odoslania pacienta k špecialistovi, alebo predoperačné vyšetrenie. V prípade potreby vyšetrenia C-reaktívny proteín, sa toto vykazuje ako pripočítateľná položka k výkonu pod kódom "4571a".
4	Vyšetrenie všeobecným lekárom II	Cielené vyšetrenie pacienta s akútnou chorobou alebo s akútnou exacerbáciou chronického ochorenia s odslaním pacienta k špecialistovi, alebo kontrolné vyšetrenie pacienta. V prípade potreby vyšetrenia C-reaktívny proteín, sa toto vykazuje ako pripočítateľná položka k výkonu pod kódom "4571a".
1	Vyhodnotenie sprievodnej zdravotnej dokumentácie, konzultácie.	Vyhodnotenie obsahuje: zhodnotenie laboratórnych výsledkov vo vzťahu k zdravotnému stavu a optimalizácii liečby s písomným záverom a odporúčaním, opakované vystavenie lekárskeho predpisu alebo lekárskeho poukazu na predpísanom tlačíve, poskytnutie odpovede lekára inému lekárovi, inému zdravotníckemu pracovníkovi alebo pacientovi na základe telefonической konzultácie.
250	Odbery, merania, injekcie, infúzie a ošetrovania v ambulancii všeobecného lekára pre deti a dorast	Odmeranie krvného tlaku manuálnym alebo automatickým manžetovým manometrom a odmeranie pulzovej frekvencie. Odmeranie telesnej teploty teplomerom. Meranie, váženie, meranie obvodu brucha a končatín. Odobratie venóznej krvi do uzavretého systému, odobratie vzorky stolice do predpísanej odberovej plastovej nádoby za vopred stanovených podmienok. Odobratie moču na kvantitatívne a kvalitatívne vyšetrenie, odobratie moču a vyšetrenie moču pomocou testovacích prúžkov. Lokálna aplikácia masti, pást alebo roztokov na kožu alebo sliznice. Nácvik prikladania novorodenca k prsníku matky. Posudzovanie váhového prírastku novorodenca s prípadným plánovaním vhodných intervencií. Príprava pomôcok, meranie a váženie detí. Edukácia šestonedielky, rodičov dieťaťa alebo osôb, ktorým je dieťa zverené do starostlivosti. Edukácia rodičov a dieťaťa alebo osôb, ktorým je dieťa zverené do starostlivosti o ošetrovaní chorého dieťaťa alebo adolescenta v domácom prostredí. Aseptická príprava infúznej zmesi zmiešaním. Podávanie injekcií a infúzií. Kontrola miesta vpichu, funkčnosti katétra, výmena filtra, vrátane fixácie a preväzu. Preplach permanentného močového katétra, kontrola jeho funkčnosti, starostlivosť o jeho okolie. Dezinfekcia okolia, vyplnenie nerovností, výmena stomického setu, edukácia. Odborný nácvik potrebných výkonov pri ošetrovaní chorého v domácom prostredí.

* Poskytovateľ pri jednej návšteve vykazuje práve jeden výkon 8, 4, 1 alebo 250. V prípade kumulácie viacerých výkonov pri jednej návšteve sa vykáže ten najnáročnejší.

Základná a zvýhodnená cena výkonov podľa článku IX. Zmluvy

Výkon	Základná cena (ZC) (€)	Zvýhodnená cena (ZvC) (€)
8	-	-
4	-	-
1	-	-
250	-	-

Cena výkonov podľa článku IX. Zmluvy pre nekapitovaných poistencov

Výkon	Cena (€)
8	-
4	-

Pripočítateľné položky k výkonom

Pripočítateľná položka „4571a“ k výkonom 8 a 4 za spotrebovaný materiál pri výkone C – reaktívny proteín pre kapitovaných poistencov	-
--	---

Parametre Kvality a Inovácií

	Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
KVALITA	Subjektívna spokojnosť	I ₁ = najmenej 6 dotazníkov vyplnených Kapitovanými poistencami Poskytovateľa
	Bezpečná medikácia	I ₂ = najmenej jedno zobrazenie elektronickej liekovej knižky počas najmenej 90% ordinačných dní
	Predpis ATB	I ₃ = celkové náklady na poskytovateľom predpísané ATB/ počet rizikovo vážených kapitovaných poistencov podľa veku a pohlavia
INOVÁCIE	eRecept	I ₄ = najmenej 75% Liekov predpísaných Poskytovateľom elektronicke poskytovateľom vydaných lekárske predpisy a lekárske poukazy
	eZúčtovanie	I ₅ = najmenej 75% zúčtovacích dokladov zasielaných a potvrdených elektronicke, a to prostredníctvom Elektronickej pobočky alebo zo softvéru Poskytovateľa
	eLab	I ₆ = najmenej 75% elektronicke žiadostí o vykonanie laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení odoslaných po zobrazení existujúcich žiadostí o vykonanie laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení
	NávrhyOnline	I ₇ = najmenej 10% návrhov na poskytnutie zdravotnej starostlivosti odoslaných elektronicke

váhy pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h _n			v _n
	plnenie	Plnenie		
Subjektívna spokojnosť	0 %	100 %		v ₁ = 10 %
Bezpečná medikácia	0 %	100 %		v ₂ = 10 %
Predpis ATB	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	v ₃ = 10 %
	100 %	100 %	0 %	
eRecept	0 %	100 %		v ₄ = 5 %
eZúčtovanie	0 %	100 %		v ₅ = 5 %
eLab	0 %	100 %		v ₆ = 15 %
NávrhyOnline	0 %	100 %		V ₇ = 10 %

Parametre Efektívnosti

	Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
EFEKTÍVNOSŤ	Starostlivosť o pacienta	I ₁ = počet návštev Kapitovaných poistencov v špecializovanej ambulantnej starostlivosti, ambulantnej pohotovostnej službe a urgentných príjmov/počet rizikovo vážených Kapitovaných poistencov podľa veku, pohlavia (s výnimkou 2% najdrahších poistencov)
	Náklady na pacienta	I ₂ = náklady na lieky, dietetické potraviny a zdravotnícke pomôcky predpísané poskytovateľom a celkové náklady na vlastné SValZ zdravotné výkony vykonané bez objednania a objednané SValZ zdravotné výkony vykonané pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti poistencom/počet rizikovo vážených Kapitovaných poistencov podľa veku a pohlavia (s výnimkou 2% najdrahších poistencov)
	Preventívne prehliadky	I ₃ = 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	
Starostlivosť o pacienta	100 %	100 %	0 %	v ₁ = 15 %
Náklady na pacienta	100 %	100 %	0 %	v ₂ = 15 %
Preventívne prehliadky	0 %	100 %	100 %	v ₃ = 5 %

Cenník GYN**Výška kapitácie**

Označenie	hodnota v EUR
Kapitácia za jedného Kapitovaného poistenca pri špecializovanej ambulantnej starostlivosti v špecializačnom odbore „gynekológia a pôrodníctvo“	-

Jednotková cena bodu

Cena bodu	hodnota v €
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“	-
pri iných zdravotných výkonoch ako uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“	-
pri zdravotných výkonoch vykonaných pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia: 157, 102, 103, 105, 108 (max 4 krát počas fyziologického priebehu tehotenstva), 167	-
pri zdravotných výkonoch: 5305	-
pri neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnutej inému ako Kapitovanému poistencovi	-

Finančný objem

Finančný objem na kalendárny mesiac podľa bodu 10.7. Zmluvy	- €
---	-----

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

Zdravotné výkony a iné náklady, ktoré sa nezahŕňajú do finančného objemu podľa bodu 10.7. Zmluvy
Náklady na lieky, ktoré sú v Zozname liekov označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ alebo „AS“
Výkony, ktoré Poskytovateľ vykonal pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia

Parametre kvality a efektívnosti pre výpočet Dodatkovej kapitácie

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 kapítovaných 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
Prevenencia karcinómu prsníka	I_3 = počet poistencov s vykonaným mamografickým alebo sonografickým vyšetrením prsníkov /počet kapítovaných poistencov v súlade s náplňou preventívnej prehliadky
Preventívne prehliadky	I_4 = počet kapítovaných poistencov s vykonanou preventívnou prehliadkou / počet kapítovaných poistencov
Dostupnosť zdravotnej starostlivosti	I_5 = aspoň jeden lekár s úväzkom u Poskytovateľa najmenej 0,8 lekárskeho miesta a zároveň ordinálny čas najmenej v rozsahu 30 hodín/týždeň
Subjektívna spokojnosť	I_6 = najmenej 6 dotazníkov vyplnených Kapítovanými poistencami Poskytovateľa

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 %	$v_1 = 25 \%$
Vyšetrenia SValZ	100 %	100 %	0 %	$v_2 = 15 \%$
Prevenencia karcinómu prsníka	0 %	100 %	100 %	$v_3 = 20 \%$
Preventívne prehliadky	0 %	100 %	100 %	$v_4 = 10 \%$
Dostupnosť zdravotnej starostlivosti	neplní		plní	$v_5 = 15 \%$
	0%		100%	
Subjektívna spokojnosť	neplní		plní	$v_6 = 15 \%$
	0%		100%	

Základ pre výpočet Dodatkovej kapitácie

Gynekológia a pôrodnictvo	hodnota v €
Základná hodnota	-
Zvýhodnená hodnota pri splnení podmienky: Prístrojové vybavenie	-
Zvýhodnená hodnota pri splnení: Podmienok pre vznik nároku na zvýhodnenú dodatkovú kapitáciu okrem podmienky Prístrojové vybavenie	-
Zvýhodnená hodnota pri splnení: Podmienok pre vznik nároku na zvýhodnenú dodatkovú kapitáciu vrátane podmienky Prístrojové vybavenie	-

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 75% zo všetkých poskytovateľom vydaných lekárske predpisov a lekárske poukazov a aktívne využívanie elektronickej zdravotnej karty, liekovej knihy, alebo interakcií pacienta na vyžiadanie Poskytovateľa, ktoré sú zobrazované v softvéri Poskytovateľa

Poistovňa je povinná vyhodnotiť následné splnenie podmienok a oznámiť Poskytovateľovi výšku základu pre výpočet Dodatkovej kapitácie vždy najneskôr pred začiatkom tých dvoch kalendárnych štvrtrokov, za ktoré bude Poskytovateľovi Dodatková kapitácia patriť.

Cenník výkonov

Cena bodu hodnota v €	Základná cena	Zvýhodnená cena*
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačnom odbore funkčná diagnostika (P36845187511, P36845187512, P36845187513, P36845187514)	0,006639	-
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačnom odbore hematológia a transfuziológia (P36845031509)	0,005378	-
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačnom odbore klinická biochémia (P36845024510)	0,004780	-
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačnom odbore rádiológia (P36845023511)	0,007801	-
pri zdravotných výkonoch počítačovej tomografie vrátane aplikovania kontrastnej látky vykázané na pracovisku (P36845023512)	0,004514	-
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačnom odbore fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia (P36845027510)	0,008617	-
pri zdravotných výkonoch: 509a, 512, 513, 514a, 516, 518, 522, 523a, 530, 531, 532, 533a, 540, 541, 542 vykonaných v špecializačnom odbore fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia (P36845027510)	0,013766	-
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“, v ambulancii špecializačného odboru, pre ktorú nie je dohodnutý finančný objem v zmysle bodu 12.6. Zmluvy	0,008195	-
pri iných zdravotných výkonoch ako uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“, v ambulancii špecializačného odboru, pre ktorú nie je dohodnutý finančný objem v zmysle bodu 12.6. Zmluvy	0,022725	0,027614
pri zdravotnom výkone: 60 (420bodov)	0,026432	-
pri zdravotných výkonoch: 62 (270 bodov); 63 (210 bodov)	0,022725	0,027614
pri zdravotnom výkone 15D (50bodov) – Zhodnotenie RTG dokumentácie, ak nie je vykonané pracoviskom RTG, vrátane popisu v zdravotnej dokumentácii, pre odbornosti: 003, 010, 011, 013, 014, 045, 114, 156, 145, 107,108	0,0193	-
pri zdravotnom výkone 159c vykonanom lekárom so špecializáciou v špecializačnom odbore urológia	0,048972	-
pri zdravotných výkonoch 5330, 5331, 5332	0,0055	-
pri zdravotných výkonoch: 5793, 5794, 5795 v špecializačnom odbore neurológia	0,012610	-
pri zubno lekárskej zdravotnej starostlivosti poskytnutej poistencovi Poistovne , pričom bodová hodnota výkonu V12 je Zmluvnými stranami dohodnutá na 300 bodov	0,09	

Základný rozsah

Základný rozsah na kalendárny polrok pre špecializačný odbor podľa bodu 13.11. Zmluvy	hodnota v bodoch
vnútorné lekárstvo	427 200
neuroológia	680 000
psychiatria	240 000
chirurgia	192 600
ortopédia	3 000
urológia	3 000
otorinolaryngológia	790 000
oftalmológia	790 000
dermatovenerológia	420 000
anestéziológia a intenzívna medicína	3 000
fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	540 000
hematológia a transfuziológia	54 000
neurochirurgia	6 000
klinická imunológia a alergológia	27 000
reumatológia	4 200
algeziológia	1 200
gastroenterológia	580 400
kardiológia	242 000
diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy	120 000
angiológia	100 000
geriatria	60 000
letecké lekárstvo	6 000
klinická psychológia	318 000

Základný rozsah

Základný rozsah na kalendárny polrok pre špecializačný odbor odo dňa účinnosti Zmluvy	hodnota v bodoch
V prípade, ak zmluva začína a končí v priebehu kalendárneho polroka, použije sa pomerná časť. Pomerná časť sa uplatňuje aj pri zmene hodnoty v priebehu kalendárneho polroka.	
diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy	120 000

Finančný objem

Finančný objem	hodnota v €
podľa bodu 12.6. písm. a. Zmluvy	1 634,00
podľa bodu 12.6. písm. b. Zmluvy	-

Zoznam zdravotných výkonov a iných nákladov, ktoré sa nezahŕňajú do finančného objemu podľa bodu 12.6. Zmluvy

Náklady na lieky, ktoré sú v Zozname liekov označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ alebo „AS“ pre stanovené finančné objemy podľa bodu 12.6. písm. a. Zmluvy

Parametre Kvality a Inovácií

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

váhy pre jednotlivé parametre

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

Parametre Kvality a Inovácií*

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

*váhy pre jednotlivé parametre

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

* platí pre odbornosť 050 Diabetológia

Parametre Efektívnosti

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

váhy a pásma pre jednotlivé parametre

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

špecializačný odbor klinická psychológia, klinická logopédia, klinická psychológia, liečebná pedagogika, špeciálna pedagogika, psychoterapia

Parametre Kvality a Inovácií

	Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
KVALITA	-	-
INOVÁCIE	eZúčtovanie	I_1 = najmenej 75% zúčtovacích dokladov zasielaných a potvrdených elektronicke, a to prostredníctvom Elektronickej pobočky alebo zo softvéru Poskytovateľa

váhy pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h_n		v_n
	Neplní	Plní	
eZúčtovanie	0 %	100 %	$v_1 = 20 \%$

Parametre Efektívnosti

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

váhy a pásma pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h_n			v_n
	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	
Počet bodov na poistenca pri psychoterapii	75 %	100 %	0 %	$v_1 = 25 \%$
Počet bodov na poistenca pri psychodiagnostike	75 %	100 %	0 %	$v_2 = 15 \%$
Počet vyšetrení na jedného poistenca pri psychoterapii	100 %	100 %	0 %	$v_3 = 25 \%$
Počet vyšetrení na jedného poistenca pri psychodiagnostike	100 %	100 %	0 %	$v_4 = 15 \%$

Cenník hospitalizácií

Oddelenie	KÓD oddelenia	základný hospitalizačný paušál*	Úprava HP podľa dĺžky trvania hospitalizácií v dňoch			
			1 - 10	11 - 20	21 – 40	41 a viac
GeriatRIA	P36845060101	795,00	----	----	----	----
Dlhodobó chorých	P36845205101	1 230,00	615,00	923,00	1 230,00	1 845,00

Pozn: *Konečná cena za HP je pohyblivá vzhľadom na článok XVI. Zmluvy.

Jednotková cena výkonu

H5556B - expektácia pacienta nad 24 hod	60% zo základnej ceny HP na príslušnom lôžkovom oddelení
--	--

Pod expektáciou pacienta na lôžku oddelenia ústavnej starostlivosti sa rozumie poskytnutie zdravotnej starostlivosti, trvajúce **viac ako 24 hodín**, ktorá je potrebná a bezprostredne súvisí s poskytovaním:

- len diagnostických výkonov (laboratórne, zobrazovacie, klinické vyšetrovacie postupy),
- s observáciou zdravotného stavu, vrátane základných terapeutických výkonov súvisiacich s observáciou (infúzna, inhalačná, detoxikačná, parenterálna liečba a pod.)

Cena (zaokrúhlená matematicky na celé eurá) zahŕňa komplexne poskytnutú ZS, vrátane konziliárnych vyšetrení, spotrebovaných liekov (vrátane A liekov) a ZP.

Realizované SVLZ výkony sú hradené osobitne SVLZ pracovišku. V prípade prekladu pacienta na iné oddelenie sa tento výkon nevykazuje.

V prípade poskytnutia zdravotnej starostlivosti formou expektácie pacienta na lôžku oddelenia ústavnej starostlivosti sa vykazuje výkon H5556B ako pripočítateľná položku v dátovom rozhraní určenom pre ústavnú starostlivosť.

Poskytovateľ je povinný pomocou Programu hospiCOM zasielať výkon H5556B k príslušnej hospitalizácii najneskôr pri ukončení hospitalizácie.

V prípade, ak PZS vykázal výkon H5556B ako pripočítateľnú položku v dátovom rozhraní určenom pre ústavnú starostlivosť a zároveň nezaslal výkon H5556B k príslušnej hospitalizácii najneskôr pri ukončení hospitalizácie prostredníctvom Programu hospiCOM, patrí Poskytovateľovi úhrada vo výške 10% z ceny určenej pre výkon H5556B.

Cenník osobitných výkonov

Kód výkonov	Názov výkonu	Obsah kombinovaných výkonov („K“)	Hodnota v €*
1390	Operácia sivého zákalu s implantáciou umelej vnútroočnej šošovky		370,00
1391	Sekundárna implantácia intraokulárnej šošovky do prednej očnej komory alebo do sulcus ciliare		370,00
1392	Sekundárna implantácia intraokulárnej šošovky transsklerálnou fixáciou		370,00
1393	Operácia sekundárnej katarakty bez umelej vnútroočnej šošovky		330,00
1394	Repozícia implantovanej umelej vnútroočnej šošovky		290,00
1395	Primárna implantácia umelej vnútroočnej šošovky zo zdravotných dôvodov		330,00
8501	Jednostranná operácia slabínovej hernie s použitím sieťky		460,00
8501K	Jednostranná operácia slabínovej hernie s použitím sieťky v kombinácii s iným výkonom	K: plastika hydrokély; plastika varikokély; plastika druhostrannej slabínovej hernie; plastika inej hernie, prípadne iné súvisiace výkony v odbornosti	500,00
8502	Transrektálna polypektómia (do troch polypov)		450,00
8507	operácia poúrazovej paraartikulárnej burzitídy vo všetkých lokalizáciách		260,00
8508	Operačná mobilizácia kontraktúry stuhnutého kĺbu		400,00
8509	Dynamizácia vnútrodreňových klincov		200,00
8510	Repozícia jednoduchých zlomenín v celkovej anestéze		360,00
8511	Operačné riešenie pollex saltans		300,00
8512	Operačné riešenie fractura metacarpi		380,00
8513	Operačné riešenie epicondylitis radialis		300,00
8514	Operačné riešenie epicondylitis ulnaris		300,00
8516	operačné riešenie fractura capitis radii		300,00
8517	Operačné riešenie synovitis cubiti		350,00
8518A	operačné riešenie luxatio acromioclavicularis		400,00
8519	operačné riešenie fractura claviculae		400,00
8520	Operačné riešenie abruptio tuberculi majoris et minoris humeri		350,00
8525	Operačné riešenie hallux valgus		350,00
8525K	Operačné riešenie hallux valgus v kombinácii s iným výkonom	K: operačné riešenie digitus hammaty; operačné riešenie digitus malleus, druhostranný hallux valgus, prípadne iné súvisiace výkony v odbornosti	450,00
8526	operačné riešenie pes transversoplanus		350,00
8527	operačná riešenie digitus hammaty		350,00
8528	operačné riešenie digitus malleus		350,00
8529	operačné riešenie digitus supraductus		350,00
8530	operačné riešenie metatarsus i. varus		350,00
8532	Operačné riešenie neuralgie Mortoni		250,00
8533	artroskopické výkony v lakťovom kĺbe		600,00
8534	artroskopické výkony v ramennom kĺbe bez použitia vstrebateľného fixačného materiálu		700,00
8534A	artroskopické výkony v ramennom kĺbe s použitím vstrebateľného fixačného materiálu		900,00
8535	artroskopické výkony v kolennom kĺbe bez použitia fixačného materiálu		700,00
8535A	artroskopické výkony v kolennom kĺbe s použitím fixačného materiálu		900,00
8536	artroskopické výkony v členkovom kĺbe		600,00
8538	exstirpácia sakrálneho dermoidu		300,00
8539	operácia varixov jednej dolnej končatiny		410,00
8539K	Operácia varixov oboch dolných končatín	K: bilaterálne	500,00
8540	operácia análnych fistúl a/alebo fisúr		330,00
8542	operácia ruptúry achilovej šľachy		410,00

8544	Operácia Dupuytrenovej kontraktúry		350,00
8546	discízia ligamentum carpi transversum s epineurolyzou nervus medianus		350,00
8547	exstirpácia a excízia benígnych a malígnych nádorov kože, podkožia a svalov		110,00
8548	tenolýza šliach ruky		300,00
8549	sekundárna sutúra šľachy		400,00
8551	transpozícia šľachy		300,00
8552	Operácia malých kĺbov ruky - artrolýza		300,00
8553	Operácia malých kĺbov ruky - artrodéza		300,00
8564	Laparoskopická cholecystektómia		560,00
8565	operácia hemoroidov		330,00
8567	vytvorenie alebo rekonštrukcia arteriovenózneho fistuly pri chronickej liečbe hemodialýzou		300,00
8568	zrušenie arteriovenózneho fistuly		200,00
8569	diagnostické biopsie kože, podkožia a svalov		50,00
8572	exstirpácia benígneho nádoru prsnej žľazy		300,00
8573	exstirpácia jedného gangliomu		50,00
8573K	Exstirpácia dvoch a viacerých gangliomov	K: viacnásobný výkon	75,00
8575	amputácia prsta pre gangrénu		50,00
8577	Laparoskopická apendektómia		550,00
8578	artroskopické výkony v zápästí		600,00
8582	punkčná fasciotómia		200,00
8583	parciálna fasciektómia		250,00
8584	totálna fasciektómia		300,00
8588	lobektómia štítnej žľazy		400,00
8610	gynekologické vyšetrenie v celkovej anestézii		250,00
8611	Konizácia cervixu		310,00
8611K	Konizácia cervixu v kombinácii s iným výkonom	iný výkon: dilatácia a kyretáž, prípadne iné súvisiace výkony v odbornosti	350,00
8612	excízia vulvy - len ako terapeutický zákrok v ca		250,00
8613	exstirpácia cyst glandule vestibularis - bartolinskej žľazy		250,00
8614	Kordocentéza		250,00
8615	Amnioinfúzia		250,00
8616	Punkcia ovariálnych cyst		150,00
8617	hysterosalpingografia		200,00
8619	resekcia vaginálneho septa		250,00
8620	hysteroskopia (+ prípadná resekcia uterinného septa)		380,00
8622	diagnostická laparoscopia bez adheziolýzy		310,00
8623	sterilizácia ženy zo zdravotných indikácií		300,00
8626	salpingektómia laparoskopicky		370,00
8627	ovariálna cystektómia laparoskopicky		370,00
8628	oophorektómia- laparoskopicky		370,00
8629	ablácia endometriotických ložísk - laparoskopicky		370,00
8630	kolpoperineoplastika (zadná pošvová plastika bez použitia sieťky)		350,00
8633	biopsia prsníka		150,00
8634	dilatácia a kyretáž		310,00
8635	amniocentéza - invazívna sonografia		110,00
8636	excízia zo steny pošvy na histológiu		250,00
8637	punkcia hydronefrózy		150,00
8640	ablácia cervikálneho polypu		250,00
8641	adnexektómia - laparoskopicky		370,00
8642	myomektómia		370,00
8643	predná pošvová plastika		350,00
8643K	Predná pošvová plastika v kombinácii s iným výkonom	iný výkon: konizácia, zadná plastika, vaginálna hysterektómia	450,00
8644	Rekonštrukčná operácia defektu panvového dna s použitím setu (predný alebo zadný oddiel)		370,00
8648	prerušenie tehotenstva		300,00

8700	operácia strabizmu		290,00
8701	plastické operácie na jednej mihalnici (ektropium, entropium, blefarochalázia)		230,00
8701K	Plastické operácie na oboch mihalniciach (ektropium, entropium, blefarochalázia)	K: bilaterálne	300,00
8702	operácia nystagmu jedného oka		250,00
8702K	Operácia nystagmu oboch očí	K: bilaterálne	350,00
8703	elektroepilácia		60,00
8704	excimer-laserová operácia rohovky jedného oka zo zdravotných indikácií (anizometropia od 3,5d a v prípade rohovkových lézií)		300,00
8704K	Excimer-laserová operácia rohovky oboch očí zo zdravotných indikácií (anizometropia od 3,5D a v prípade rohovkových lézií)	K: bilaterálne	400,00
8705	fotodynamická terapia sietnice		300,00
8706A	Filtračná operácia glaukómu		360,00
8706B	Operácia glaukómu laserom		220,00
8706C	Operácia glaukómu (kryo)		500,00
8707	operácia pterygia jedného oka - ablácia a plastika		220,00
8707K	Operácia pterygia oboch očí - ablácia a plastika	K: bilaterálne	300,00
8708	operácia nádoru mihalnice jednostranne		220,00
8709	operácia nádorov spojovky		195,00
8710A	Predná lamelárna keratoplastika - vrátane ceny za transplantát (rohovku)		1 300,00
8710B	Zadná lamelárna keratoplastika - vrátane ceny za transplantát (rohovku)		1 500,00
8711	operácie slzných bodov		150,00
8712	operácie slzného vaku jedného oka		150,00
8712K	Operácie slzného vaku oboch očí	K: bilaterálne	200,00
8713	zavedenie trvalej alebo dočasnej sondy do slzných ciest		150,00
8714	tarzorafia jednostranne		230,00
8714K	Tarzorafia obojstranne	K: bilaterálne	300,00
8715	operácia lagoftalmu s implantáciou závažia hornej mihalnice (vrátane závažia)		400,00
8716	operácia zrastov spojovky (operácia zrastov spojovky s voľným transplantátom)		250,00
8717	krytie rohovky amniovou membránou		250,00
8718	CXL - corneal cross linking		330,00
8719	IAK - incízna astigmatická keratotómia		330,00
8720	intraštomálna implantácia distančných prstencov - vrátane nákladov za prstence		1 300,00
8721	transpupilárna termoterapia nádorov sietnice a cieľovky		250,00
8722	explantácia a reimplantácia umelej vnútroočnej šošovky		330,00
8723	skleroplastika		330,00
8724	intravitreálna aplikácia liekov		130,00
8730	laserová koagulácia sietnice (operácie sietnice laserom)		100,00
8800	endoskopická adenotómia		360,00
8800K	Endoskopická adenotómia v kombinácii s iným výkonom	K: tonzilotómia; tonzilektómia; tonzilotomia; turbinoplastika; septoplastika; myringotómia; zavedenie ventilačných trubičiek, prípadne iné súvisiace výkony v odbornosti	410,00
8801	tonzilektómia		260,00
8801K	Tonzilektómia v kombinácii s iným výkonom	K: adenotómia, uvulopalatoplastika, prípadne iné súvisiace výkony v odbornosti	400,00
8802	tonzilotómia		300,00
8802K	Tonzilotómia v kombinácii s iným výkonom	K: adenotómia, uvulopalatoplastika, prípadne iné súvisiace výkony v odbornosti	400,00
8803	uvulopalatoplastika		300,00
8804	plastika oroantrálnej komunikácie		300,00
8806	exstirpácia sublingválnej slinnej žľazy		250,00
8807	exstirpácia submandibulárnej slinnej žľazy		250,00
8809	endoskopická chordektómia		250,00
8810	Endoskopická laterofixácia		300,00

8811	arytenoidektómia		300,00
8812	mediopozícia hlasivky vonkajším prístupom		300,00
8813A	Exstirpácia krčnej cysty		400,00
8815	turbinoplastika		250,00
8815K	Turbinoplastika v kombinácii s iným výkonom	K: FESS; dakrycystorinostómia; dacrycystorinoskopia; septoplastika; rekonštrukcia perforácie septa nosa; uvulopalatoplastika; funkčná septorinoplastika, prípadne iné súvisiace výkony v odbornosti	510,00
8816	Dakryocystorinoskopia		450,00
8819	operácia stenózy zvukovodu - plastika zvukovodu		300,00
8820	myringoplastika		350,00
8821	tympanoplastika bez protézy		300,00
8822	tympanoplastika s protézou		350,00
8823	stapedoplastika		350,00
8824	sanačná operácia stredného ucha		400,00
8825	Adenotómia		160,00
8825K	Adenotómia v kombinácii s iným výkonom	K: tonzilotómia; tonzilektómia; tonzilotomia; turbinoplastika; septoplastika; myringotómia; zavedenie ventilačných trubičiek, prípadne iné súvisiace výkony v odbornosti	250,00
8826	mikrochirurgické výkony na hrtane (spevácke uzlíky, polypy, granulómy, cysty hlasiviek)		300,00
8827	septoplastika (podmienkou je zdravotná indikácia výkonu)		300,00
8828	uzáver perforácie nosového septa		300,00
8829	plastika nosovej chlopne		300,00
8831	operácia prínosovej dutiny vonkajším prístupom		400,00
8833	aurikuloplastika zo zdravotných dôvodov (podmienkou je zdravotná indikácia výkonu)		250,00
8834	frenulotómia frenuli brevi		100,00
8836	diagnostická mikroendoskopia hrtana		250,00
8838	diagnostická excízia z tumoru nosohltana		250,00
8839	tyroidektómia štítnej žľazy limitovanej veľkosti do 30 ml objemu tkaniva		300,00
8841	endoskopická operácia prínosových dutín		450,00
8841K	Endoskopická operácia prínosových dutín (FESS) v kombinácii s iným výkonom	K: septorinoplastika; septoplastika, prípadne iné súvisiace výkony v odbornosti	550,00
8842	dakryocystorinostómia		400,00
8845	blefaroplastika jedného oka zo zdravotných dôvodov		290,00
8845K	Blefaroplastika oboch očí zo zdravotných dôvodov	K: bilaterálne	350,00
8847	transmyringická drenáž so zavedením ventilačnej trubičky jednostranne		100,00
8847K	Transmyringická drenáž so zavedením ventilačnej trubičky obojstranne	K: bilaterálne	150,00
8858	Operácia stenózy zvukovodu + tympanoplastika		500,00
8900	orchiektómia pri atrofickom semenníku		300,00
8901	Orchiektómia pre karcinóm prostaty		300,00
8902	Resekcia kondylomat na penise		200,00
8904	biopsia steny močového mechúra		100,00
8905	jednostranné zavedenie a/alebo odstránenie ureterálnej endoprotézy		260,00
8905K	Obojstranné zavedenie a/alebo odstránenie ureterálnej endoprotézy	K: bilaterálne	350,00
8906	Perkutánná nefrostómia		350,00
8908	suburetrálna aplikácia implantátov pri stresovej inkontinencii alebo pri vezikorenálnom refluxe		360,00
8909	operácia fimózy - cirkumcizia		310,00
8910	divulzia uretry pri stenóze ženskej uretry		200,00
8911	jednostranná plastika varikokely		350,00
8911K	Jednostranná plastika varikokely v kombinácii s iným výkonom	K: plastika druhostrannej varikokély; operácia hernie; plastika hydrokély, prípadne iné súvisiace výkony v odbornosti	450,00
8912	resekcia spermatokély alebo cysty nadsemenníka		300,00
8914	jednostranná operácia hydrokély		350,00

8914K	Jednostranná operácia hydrokély v kombinácii s iným výkonom	K: operácia hydrokély na druhej strane; plastika varikokély; operácia hernie; resekcia kondylomat na penise , prípadne iné súvisiace výkony v odbornosti	400,00
8915	frenuloplastika pre frenulum breve penis		200,00
8916	sterilizácia u muža		250,00
8917	resekcia karunkuly uretry		150,00
8920	optická uretrotómia krátkej striktúry		200,00
8921	biopsia prostaty		150,00
8922	biopsia glans penis		50,00
8923	laserová ablácia prostaty		500,00
8924	diagnostická cystoskopia		210,00
8925	extrakorporálna litotripsia		460,00
8926	ureteroskopia		250,00
8927	ureteroskopická litotripsia a extrakcia konkrementu pri jednoduchej ureterolitiáze		300,00
8929	operačná repozícia parafimózy		150,00
8954	Turbinoplastika + funkčná septorinoplastika		500,00
8968	Spontánny pôrod s pobytom do 24 hodín		235,00
9016	operačné odstránenie osteosyntetického materiálu alebo vonk. fixátora (v ca)		310,00
9019	exstirpácia a/alebo biopsia lymfatických uzlín z viacerých lokalít		200,00
9026	frenulektómia frenulum labii, frenulum accessorii a frenulum linguae		100,00
9032	krytie defektov alebo korekcia jazvy plastikou		200,00
9202	resekcia alebo iná operácia dolnej nosovej mušle		250,00
9215	dermabrázia kože v ktorejkoľvek lokalizácii z inej príčiny ako jazva		200,00
9216	dermofasciektómia s krytím voľným kožným transplantátom		200,00
9236	operácia deformity labutej šije		200,00
9237	rozpojenie mäkkej syndaktýlie		200,00
9245	korekcia asymetrie prsníkov vložení implantátu zo zdravotných dôvodov		420,00
9246	redukčná mamoplastika zo zdravotných dôvodov		450,00
9250A	Ošetrovanie popáleniny v celkovej anestéze		250,00
9255	operácia diastázy priamych brušných svalov		400,00
9256	operácia hernie prednej brušnej steny		400,00
9302	nekrektómia v ca		200,00
9306	operačné odstránenie zarastajúceho nechta u detí (resekcia a plastika nechťového lôžka)		50,00
9308	exstirpácia hemangiómu		100,00
9309	exstirpácia lyfangiómu		100,00
9310	exstirpácia a/alebo biopsia lymfatických uzlín z jednej lokality		100,00
9311	jednostranná operácia slabínovej hernie bez použitia sieťky		360,00
9311K	Jednostranná operácia slabínovej hernie bez použitia sieťky v kombinácii s iným výkonom	K: plastika hydrokély; plastika varikokély; plastika druhostrannej slabínovej hernie; plastika inej hernie, prípadne iné súvisiace výkony v odbornosti	450,00
9312	operácia pupečníkovej hernie		350,00
9317	orchiopexia retinovaného hmatného semenníka (nie pri kryptorchizme)		300,00
9317K	Orchiopexia retinovaného hmatného semenníka (nie pri kryptorchizme) v kombinácii s iným výkonom	K: inguinálna hernia vrátane kontraetrálnej, prípadne iné súvisiace výkony v odbornosti	350,00
9319	incízia perianálneho abscesu		50,00
9400	presádrovanie v anestézii		100,00
9501	funkčná septorinoplastika		350,00
9503	uzáver vestibuloorálnej alebo oronazálnej komunikácie		250,00
9509	odstránenie benígneho alebo malígneho tumoru kože a podkožia s krytím defektu lalokovou plastikou alebo voľným kožným transplantátom		100,00
9511	korekcia hypertrofickej alebo keloidnej jazvy dermabráziou, excíziou alebo iným spôsobom		200,00

9603	exstirpácia jedného chalazea		210,00
9606	sondáž slzných ciest		100,00
9607	injekčná aplikácia kortikoidu do periokulárneho hemangiómu		100,00
9609	diódová laserová koagulácia sietnice		100,00
9611	operácia lagoftalmu		300,00
9613	aplikácia botoxu pri strabizme jedného oka		150,00
9613K	Aplikácia botoxu pri strabizme obojstranne	K: bilaterálne	200,00
9614	operácia kongenitálnej katarakty s implantáciou umelej vnútroočnej šošovky		370,00
9804	korekcia hypospádie		250,00
9911	exstirpácia príušnej žľazy		350,00

Pozn: *Konečná cena za osobitne hradený výkon je pohyblivá vzhľadom na článok XVI. Zmluvy.

Finančný objem

Finančný objem na kalendárny mesiac podľa bodu 15.11. Zmluvy	-----
--	-------

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

Materiál uvedený v prílohe č. 6 Zmluvy – v časti týkajúcej sa osobitných výkonov podľa bodu 15.3. Zmluvy
--

