

# ZMLUVA O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

č. 71OPLK005718

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

Zdravotná poisťovňa:

**DÓVERA zdravotná poisťovňa, a. s.**

so sídlom Einsteinova 25, 851 01 Bratislava

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

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

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

(ďalej len „Poisťovňa“)

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti:

Obchodné meno / Priezvisko, meno a titul:	Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave
Kód poskytovateľa zdravotnej starostlivosti:	P43079
IČO / registračné číslo:	00165361
DIČ, IČ DPH:	2020341895
Sídlo / Miesto trvalého pobytu:	LIMBOVÁ 12, 831 01 BRATISLAVA
Miesto prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia:	LIMBOVÁ 12, 831 01 BRATISLAVA
Zápis v registri (iba v prípade takéhoto zápisu):	
Označenie orgánu, ktorý vydal povolenie:	Bratislavský samosprávny kraj
Bankové spojenie:	
Mená a funkcie konajúcich osôb:	PROF.MUDR. PETER ŠIMKO, CSC. - konateľ

(ďalej len „Poskytovateľ“)

## I. PREDMET ZMLUVY

- 1.1. Poskytovateľ sa za podmienok stanovených v Zmluve a vo Všeobecných zmluvných podmienkach pre zdravotnú starostlivosť (ďalej len „VZP“) zaväzuje poskytovať poisťencom Poisťovne a ďalším osobám uvedeným vo VZP (ďalej spolu ako „Poistenci“) zdravotnú starostlivosť plne alebo čiastočne uhrádzanú z verejného zdravotného poistenia.
- 1.2. Poskytovateľ sa zaväzuje poskytovať zdravotnú starostlivosť vo vecnom rozsahu vyplývajúcom z povolenia, ktoré orgán uvedený v záhlaví Zmluvy vydal Poskytovateľovi na poskytovanie zdravotnej starostlivosti; Poskytovateľ bude poskytovať zdravotnú starostlivosť v tých špecializačných odboroch, ktoré sú uvedené v prílohe č. 1 k Zmluve. Táto Zmluva sa nevzťahuje na poskytovanie jednodňovej zdravotnej starostlivosti; Poskytovateľ môže poskytovať jednodňovú zdravotnú starostlivosť len na základe osobitnej zmluvy uzavretej s Poisťovňou.

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

## II. KRITÉRIÁ NA UZATVORENIE ZMLUVY

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

## III. POVINNOSTI PRI POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

- 3.1. Poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti postupuje v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi, Zmluvou a VZP.
- 3.2. Poskytovateľ, ktorý vykonáva preventívnu prehliadku Poistenca uhrádzanú z verejného zdravotného poistenia, je povinný dodržať tieto podmienky:
  - a. Poskytovateľ je povinný sám vykonať všetky vyšetrenia, ktoré vyplývajú z náplne preventívnej prehliadky vyplývajúcej zo všeobecne záväzných právnych predpisov. Poskytovateľ je oprávnený odoslať Poistenca na ďalšie poskytnutie zdravotnej starostlivosti vyplývajúcej z náplne preventívnej prehliadky k inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti len vtedy, pokiaľ Poskytovateľ nie je vybavený zdravotníckou technikou, ktorá je potrebná na vykonanie vyšetrenia; v tomto prípade Poskytovateľ požiada poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorému odošle Poistenca na ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti, aby vykonal len požadované vyšetrenie pomocou zdravotníckej techniky a neposkytoval Poistencovi ďalšiu zdravotnú starostlivosť;
  - b. pokiaľ Poskytovateľ žiada poskytovateľa prevádzkujúceho zariadenie spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek o vykonanie laboratórnych alebo diagnostických vyšetrení nad rámec náplne preventívnej prehliadky, je povinný vyhotoviť samostatnú žiadamku na vyšetrenia podľa náplne preventívnej prehliadky a samostatnú žiadamku na vyšetrenia požadované nad rámec náplne preventívnej prehliadky;
  - c. vykonanie preventívnej prehliadky preukáže Poskytovateľ, ktorý poskytuje všeobecnú ambulanciu starostlivosť alebo špecializovanú ambulanciu starostlivosť v špecializačnom odbore „gynekológia a pôrodníctvo“, vyplnením formulára podľa príslušného vzoru uvedeného v prílohe č. 3 Zmluvy, alebo iného formulára obsahujúceho rovnakú sadu údajov; formulár podpíše Poskytovateľ aj Poistenec alebo zákonný zástupca Poistenca a Poskytovateľ ho po podpísaní založí do zdravotnej dokumentácie Poistenca. Poskytovateľ, ktorý poskytuje špecializovanú ambulanciu starostlivosť v špecializačnom odbore „zubné lekárstvo“, zašle Poistovní oznámenie o vykonaní preventívnej prehliadky, a to v lehote 10 kalendárnych dní po skončení zúčtovacieho obdobia, v ktorom vykonal preventívnu prehliadku.
- 3.3. Poskytovateľ je oprávnený pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti používať zdravotnícku techniku, ktorá netvorí povinné materiálno-technické vybavenie Poskytovateľa podľa všeobecne záväzných právnych predpisov alebo materiálno-technické vybavenie podľa kritérií na uzatvorenie zmluvy (článok II. Zmluvy), ak je uvedená v prílohe č. 4 k Zmluve, alebo ak s jej použitím vyslovila Poistovní predchádzajúci písomný súhlas; Poskytovateľ môže vykázať Poistovní len vykonanie tých zdravotných výkonov, ktoré sú uvedené v prílohe č. 4 k Zmluve alebo v súhlase Poistovne s použitím zdravotníckej techniky.
- 3.4. Zdravotné výkony, ktoré sú v Katalógu zdravotných výkonov označené ako „podobné vyšetrenia“ alebo iným slovným spojením rovnakého významu (ďalej len „Podobné vyšetrenia“), môže Poskytovateľ vykazovať len s predchádzajúcim písomným súhlasom Poistovne. Poskytovateľ v žiadosti o udelenie predchádzajúceho súhlasu podľa predchádzajúcej vety uvedie, aké Podobné vyšetrenia v rámci jednotlivých skupín zdravotných výkonov podľa Katalógu zdravotných výkonov mieni vykonávať a vykazovať. Poistovní v súhlase podľa prvej vety tohto bodu uvedie, ktoré zdravotné výkony môže Poskytovateľ vykazovať v rámci jednotlivých skupín zdravotných výkonov ako Podobné vyšetrenia; Poistovní môže súhlas časovo ohraničiť.
- 3.5. Poskytovateľ je povinný informovať Poistenca, ktorému poskytuje zdravotnú starostlivosť a mieni mu predpísať zdravotnícku pomôcku, alebo zákonného zástupcu Poistenca, že výdaj

- a. individuálne zhotovovanej ortopedicko-protetickej zdravotníckej pomôcky bandážového typu s predajnou cenou najmenej 165, 97 EUR
  - b. ortopedickej obuvi s predajnou cenou najmenej 265, 55 EUR,
  - c. ortézy nebandážového typu s predajnou cenou najmenej 497, 91 EUR a
  - d. inej zdravotníckej pomôcky s predajnou cenou najmenej 1 327, 76 EUR
- podlieha predchádzajúcemu súhlasu Poistovne.
- 3.6. Poskytovateľ môže Poistencovi predpísať individuálne zhotovovanú ortopedicko-protetickú zdravotnícku pomôcku len vtedy, pokiaľ použitie sériovo vyrábanej zdravotníckej pomôcky je pre túto osobu zrejme nevhodné. Poskytovateľ je na lekárskom poukaze na zdravotnícku pomôcku povinný uviesť všetky údaje vyplývajúce zo všeobecne záväzných právnych predpisov a ako kód zdravotníckej pomôcky uvedie číselný kód uvedený v Zozname kategorizovaných zdravotníckych pomôcok. Poskytovateľ pripojí k lekárskeму poukazu podľa tohto bodu aj odborný nález, v ktorom z medicínskeho hľadiska odôvodní nevhodnosť použitia sériovo vyrábanej zdravotníckej pomôcky a nevyhnutnosť predpisania zdravotníckej pomôcky uvedenej v bode 3.5. Zmluvy. Poskytovateľ berie na vedomie, že v prípade ak Poskytovateľ predpíše individuálne zhotovovanú ortopedicko-protetickú zdravotnícku pomôcku v rozpore s týmto bodom Zmluvy, alebo v rozpore s indikačnými alebo preskripčnými obmedzeniami, poisťovňa bude postupovať v súlade s ust. § 121 ods. 6 Zákona o liekoch.
  - 3.7. Poskytovateľ je oprávnený odoslať Poistenca na ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti do špecializovanej nemocnice alebo liečebne len s predchádzajúcim súhlasom Poistovne. Zoznam špecializovaných nemocníc a liečební podľa predchádzajúcej vety a vzor žiadosti o udelenie predchádzajúceho súhlasu sú uvedené v prílohe č. 5 Zmluvy.
  - 3.8. 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 poskytovatelia zdravotnej starostlivosti alebo odosielajúci lekári Poskytovateľa.
  - 3.9. Poskytovateľ sa zaväzuje na požiadanie Poistovne poskytnúť jej v lehote do 10 kalendárnych dní výsledky laboratórnych a diagnostických vyšetrení, ktoré vykonal v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti Poistencom. Poistovňa je povinná výsledky podľa predchádzajúcej vety vrátiť Poskytovateľovi do 30 kalendárnych dní odo dňa ich prevzatia od Poskytovateľa.
  - 3.10. Poskytovateľ je povinný pri nákupe liekov, zdravotníckych pomôcok aj akéhokoľvek materiálu, ktorých použitie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vykazuje a účtuje Poistovní, postupovať účelne, efektívne a hospodárne. Pokiaľ nadobúdacia cena liekov, zdravotníckych pomôcok alebo materiálu podľa predchádzajúcej vety je vyššia ako ich obvyklá cena na trhu, Poistovňa si vyhradzuje právo neuhradiť Poskytovateľovi tú časť ich nadobúdacej ceny, ktorá preyšuje obvyklú cenu.
  - 3.11. Poskytovateľ môže pri výkonoch intervenčnej rádiológie a rádioterapie, nukleárnej medicíny a klinickej rádiofyziky vykazovať len použitie originálnych sád zdravotného materiálu určeného na jednotlivé výkony intervenčnej rádiológie a rádioterapie, nukleárnej medicíny a klinickej rádiofyziky (ďalej len „Sety“). Poskytovateľ je povinný na požiadanie preukázať Poistovní nadobudnutie Setu účtovným dokladom, ktorý musí obsahovať názov výrobcu Setu, katalógové číslo Setu pridelené výrobcom, rozpis všetkých položiek tvoriacich Set a celkovú cenu Setu. Ak Poskytovateľ použije iné ako originálne Sety, ich použitie nevykáže ako použitie Setu, ale ako použitie jednotlivého zdravotného a spotrebného materiálu určeného na uvedené výkony.
  - 3.12. 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 zubnom lekárstve 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 touto osobou na dobu dlhšiu ako 6 mesiacov; to sa nevzťahuje na prípady, ak liečba bola prerušená so súhlasom Poskytovateľa.
  - 3.13. Pokiaľ Poskytovateľ v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti Poistencovi spotreboval materiál uvedený v Zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov vydanom Ministerstvom zdravotníctva SR (ďalej len „Zoznam kategorizovaných materiálov“) a tento materiál je zároveň uvedený v zozname kategorizovaných materiálov zverejnenom na webovom sídle Poistovne v sekcii „Lekár- časť zúčtovanie“ aktuálnom v čase použitia kategorizovaného materiálu alebo uvedený

v prílohe č. 6 tejto Zmluvy, Poistovňa uhradí Poskytovateľovi samostatne cenu za tento materiál najviac do výšky určenej v Zozname kategorizovaných materiálov ako "maximálna výška úhrady zdravotnou poisťovňou". Poskytovateľ vykazuje kategorizovaný materiál s použitím kódu uvedeného v Zozname kategorizovaných materiálov. Poistovňa týmto zároveň udeľuje na základe písomnej žiadosti Poskytovateľa súhlas s použitím nekategorizovaných materiálov uvedených v zozname, ktorý tvorí prílohu č. 6 tejto Zmluvy (ďalej len „Zoznam nekategorizovaných materiálov“) potrebných na poskytnutie zdravotnej starostlivosti jej Poistencom, pričom Poistovňa uhradí Poskytovateľovi náklady účelne, efektívne a hospodárne vynaložené na nadobudnutie takého materiálu, najviac však do výšky sumy určenej v tomto Zozname nekategorizovaných materiálov. Použitie nekategorizovaného materiálu vykazuje Poskytovateľ pomocou kódu uvedeného v Zozname nekategorizovaných materiálov. V prípade, že sa špeciálny zdravotnícky materiál stane na základe kategorizácie súčasťou Zoznamu kategorizovaných materiálov, bude hradený podľa prvej vety tohto bodu Zmluvy.

- 3.14. Poskytovateľ vykazuje poskytnutú zdravotnú starostlivosť spôsobom uvedeným vo VZP. Poskytovateľ je povinný vo faktúre okrem celkovej výšky úhrady za zdravotnú starostlivosť poskytnutú v zúčtovacom období uviesť aj výšku úhrady za:
- všeobecnú ambulatnú starostlivosť;
  - špecializovanú ambulatnú starostlivosť;
  - lieky a zdravotnícke pomôcky.

#### **IV. ÚHRADA ZA ZDRAVOTNÚ STAROSTLIVOSŤ V ŠPECIALIZAČNOM ODBORE VŠEOBECNÉ LEKÁRSTVO (VLD)**

- 4.1. 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., IV. a V. 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.
- 4.2. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za každého Poistencu 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. 7 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:
- 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.
- 4.3. 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.

- 4.4. 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.
- 4.5. 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“; 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;
  - 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.
- 4.6. Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi úhradu za zdravotnú starostlivosť, ktorú poskytol:
- a. Kapitovanému poistencovi ako zdravotný výkon, ktorý nie je podľa bodu 4.5. 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 poisťovne 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.
- 4.7. Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že Poskytovateľ poskytne zdravotnú starostlivosť podľa bodu 4.6. písm. a. Zmluvy maximálne do finančného objemu vo výške uvedenej v Cenníku VLD (ďalej len „Finančný objem“), pokiaľ z pravidiel uvedených v bodoch 4.8. až 4.10. 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.
- 4.8. 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).
- 4.9. 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“) Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi v nasledujúcich kalendárnych mesiacoch, v ktorých Poskytovateľ Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 4.8. Zmluvy) nedočerpá.
- 4.10. Poskytovateľ berie na vedomie, že Poisťovňa pri úhrade Prečerpania objemu postupuje tak, aby celková výška úhrady za zdravotnú starostlivosť podľa bodu 4.7. Zmluvy v kalendárnom mesiaci nepresiahla Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 4.8. Zmluvy). Poskytovateľ ďalej berie na vedomie, že zvýšenie Finančného objemu o nedočerpaný Finančný objem podľa bodu 4.8. Zmluvy a úhrada

Prečerpania objemu podľa bodu 4.9. Zmluvy sú možné len v rámci jedného kalendárneho roka, a to toho kalendárneho roka, v ktorom Poskytovateľ Finančný objem nedočerpal alebo prečerpal.

## V. DODATKOVÁ KAPITÁCIA VLD

- 5.1. Poisťovňa 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.
- 5.2. Poisťovňa 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.
- 5.3. Poisťovňa 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“).
- 5.4. Poisťovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov, ktorý je uvedený v tabuľke podľa bodu 5.3. Zmluvy tak, že zistí či Poskytovateľ v Sledovanom období dosiahol príslušnú hranicu stanovenú pre splnenie daného parametra.
- 5.5. Poisťovňa 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 5.3. Zmluvy, a  $v_1$  až  $v_7$  sú váhy príslušného parametra zistené z tabuľky podľa bodu 5.3. Zmluvy.
- 5.6. Výška základu pre výpočet Dodatkovkej kapitácie (ďalej len „ZDK“) sa vypočíta podľa vzorca:  
$$ZDK = (ZvHDK - ZHDK) * KKI + ZHDK,$$
kde

ZvHDK znamená zvýhodnená hodnota Dodatkovkej kapitácie uvedená v Cenníku VLD

ZHDK znamená základná hodnota Dodatkovkej kapitácie uvedená v Cenníku VLD

- 5.7. Poisťovňa z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v tabuľke označenej ako „Parametre Efektívnosti“, ktorá je súčasťou Cenníka VLD.
- 5.8. Poisťovňa použije pre zistenie a výpočet hodnoty každého parametra uvedeného v tabuľke podľa bodu 5.7. Zmluvy údaje za dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky, z ktorých posledný kalendárny štvrťrok bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva výpočet.
- 5.9. Poisťovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov uvedený v tabuľke podľa bodu 5.7. Zmluvy týmto spôsobom:
  - a. Poisťovňa zistí každý z parametrov za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí poskytujú ambulatnú 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
- 5.10. Poisťovňa 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 5.7. 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 5.9. 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 5.7. Zmluvy.

- 5.11. Výška Dodatkovej kapitácie sa vypočíta ako násobok základu pre výpočet Dodatkovej kapitácie podľa bodu 5.7. 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 štvrtrokov nasledujúcich po výpočte podľa tohto článku Zmluvy. Poisťovňa je povinná vypočítať a oznámiť Poskytovateľovi výšku Dodatkovej kapitácie vždy najneskôr pred začiatkom toho kalendárneho štvrtroka, za ktorý bude Poskytovateľovi Dodatková kapitácia patriť.
- 5.12. Zmluvné strany sa dohodli, že v prechodnom období **do 31.12.2018** sa uplatní Koeficient Kvality a Inovácií (KKI) vo výške **43%** a Koeficient Efektívnosti (KE) vo výške **71%**. Výsledná výška Dodatkovej kapitácie **do 31.12.2018** vypočítaná podľa tohto článku je **DK=0,442539 €**.
- 5.13. Výška Dodatkovej kapitácie podľa predchádzajúceho bodu sa použije aj v kalendárnom polroku bezprostredne nasledujúcom po kalendárnom štvrtroku, 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.

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

- 6.1. 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., VI. VII. Zmluvy. Poskytovateľ berie na vedomie, že Zdravotná poisťovňa bude pri úhrade zdravotnej starostlivosti postupovať v súlade s ustanovením § 9 ods. 2 zákona č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (v znení zákona č. 718/2004 Z.z.). Zdravotná poisťovňa v spolupráci s Poskytovateľom a dodávateľom informačného systému Poskytovateľa za týmto účelom vyvinie maximálne úsilie vedúce k tomu, aby bola informácia o tom, či je poistenec uvedený v zozname dlžníkov sprístupnená priamo v informačnom systéme Poskytovateľa. Týmto však nie je dotknutá povinnosť Poskytovateľa uvedená v bode 4.1. VZP.
- 6.2. 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. 8 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:
- 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.
- 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, 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.
- 6.4. Pokiaľ má Poskytovateľ dočasne pozastavené povolenie alebo dočasne neobsadenú ambulanciu, Poisťovňa Kapitáciu počas tohto obdobia Poskytovateľovi nehradí. Poisťovňa nehradí 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.

- 6.5. Kapitácia zahŕňa úhradu za zdravotnú starostlivosť, ktorú Poskytovateľ poskytol Kapitovanému poistencovi a náklady, ktoré Poskytovateľ vynaložil pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti Kapitovanému poistencovi. Kapitácia nezahŕňa:
- náklady na lieky, ktoré sú v Zozname kategorizovaných liekov (ďalej len „Zoznam liekov“) označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“; 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.
- 6.6. Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi úhradu za zdravotnú starostlivosť, ktorú poskytol Kapitovanému poistencovi ako zdravotný výkon, ktorý nie je podľa bodu 6.5. 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.
- 6.7. Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi úhradu za iné náklady súvisiace s poskytnutou zdravotnou starostlivosťou, ktoré nie sú podľa bodu 6.5. Zmluvy zahrnuté v Kapitácii podľa Cenníka VLDD.

## VII. ÚHRADA ZA VÝKONY VLDD

- 7.1. Poisťovňa sa za podmienok dohodnutých v tomto bode zaväzuje spolu s Kapitáciou uhradí 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.
- 7.2. 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.
- 7.3. 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“).
- 7.4. Poisťovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov Kvality a Inovácií, ktorý je uvedený v tabuľke podľa bodu 7.3. Zmluvy tak, že zistí či Poskytovateľ v Sledovanom období dosiahol príslušnú hranicu stanovenú pre splnenie daného parametra. 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 7.8. až 7.10. tohto článku Zmluvy.
- 7.5. 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 7.3. Zmluvy, a  $v_1$  až  $v_7$  sú váhy príslušného parametra zistené z tabuľky podľa bodu 7.3. Zmluvy.
- 7.6. Poisťovňa z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v tabuľke označenej ako „Parametre Efektívnosti“, ktorá je súčasťou Cenníka VLDD.
- 7.7. Poisťovňa použije pre zistenie a výpočet hodnoty každého parametra uvedeného v tabuľke podľa bodu 7.6. Zmluvy údaje za dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky, z ktorých posledný kalendárny štvrťrok bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva výpočet.



8. Poistovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov uvedený v tabuľke podľa bodu 7.6. Zmluvy týmto spôsobom:

- a. Poistovňa zistí každý z parametrov za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí poskytujú ambulatnú 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.

7.9. Poistovňa 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 7.6. Zmluvy, pričom sa použije hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „pod pásmom“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je nižšia ako jeho stredná hodnota znížená o hodnotu štandardnej odchýlky (bod 9.4. 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  $v_3$  je váha príslušného parametra zistená z tabuľky podľa bodu 9.2. Zmluvy.

7.10. 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

7.11. 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. Poistovňa je povinná vypočítať a oznámiť Poskytovateľovi výslednú cenu výkonov vždy najneskôr pred začiatkom kalendárneho polroka, za ktoré bude Poskytovateľovi výsledná cena výkonov patriť.

7.12. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že Poistovňa 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 nezahŕňa úhrada za výkony podľa bodu 7.15. 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, Poistovňa 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, Poistovňa uhradí Poskytovateľovi sumu rovnajúcu sa hornej hranici Finančného objemu.

7.13. Zmluvné strany sa dohodli, že v prechodnom období do **31.12.2018** sa uplatní Koefficient Kvality a Inovácií a Koefficient Efektívnosti (KKI+KE) vo výške **54%**. Výsledná výška úhrady za výkony do **31.12.2018** vypočítaná podľa tohto článku je:

Výkon	Cena (€)
8	2,62
4	1,96
1	0,52
250	0,52

7.14. 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 Poistovníou zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s obdobným vecným rozsahom zdravotnej starostlivosti, aký sa dohodol v Zmluve.

7.15. Poistovnía 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 Ceníku VLDD a nie je závislá od plnenia Parametrov Kvality, Efektívnosti a Inovácií.

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

- 8.1. Poistovnía a Poskytovateľ sa v súlade so zákonom č. 18/1996 Z.z. o cenách v znení neskorších predpisov dohodli, že Poistovnía uhradí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti úhradu podľa pravidiel uvedených v článku III., VIII. a IX. Zmluvy. Poskytovateľ berie na vedomie, že Zdravotná poisťovnía 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 poisťovnía 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. Poistovnía uhradí Poskytovateľovi za každého Poistenca 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“). Poistovnía a Poskytovateľ sa dohodli na výške Kapitácie tak, ako je uvedené v prílohe č. 9 Zmluvy (ďalej len „Cenník GYN“). Poistovnía 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, Poistovnía 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 Poisťovnía Kapitáciu počas tohto obdobia Poskytovateľovi nehradí. Poisťovnía 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 Poisťovní 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.
- 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:

- a. náklady na lieky, ktoré sú v Zozname kategorizovaných liekov (ďalej len „Zoznam liekov“) označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“; 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;
- 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 GYN;
- c. úhradu za zdravotné výkony, ktoré Poskytovateľ vykonal pomocou zdravotníckej techniky, ktorá netvorí materiálno-technické vybavenie Poskytovateľa podľa kritérií na uzatvorenie zmluvy (článok 3.3.);
- d. iné náklady a zdravotné výkony, pokiaľ to vyplýva zo všeobecne záväzných právnych predpisov alebo z Cenníka GYN.

8.6. Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi úhradu za zdravotnú starostlivosť, ktorú poskytol:

- a. Kapitovanému poistencovi ako zdravotný výkon, ktorý nie je podľa bodu 8.5. 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.

- 8.7. Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že Poskytovateľ poskytne zdravotnú starostlivosť podľa bodu 8.6. 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 8.8. až 8.10. 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.
- 8.8. 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).
- 8.9. 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“) Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi v nasledujúcich kalendárnych mesiacoch, v ktorých Poskytovateľ Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 8.8. Zmluvy) nedočerpá.
- 8.10. Poskytovateľ berie na vedomie, že Poisťovňa pri úhrade Prečerpania objemu postupuje tak, aby celková výška úhrady za zdravotnú starostlivosť podľa bodu 8.7. Zmluvy v kalendárnom mesiaci nepresiahla Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 8.8. Zmluvy). Poskytovateľ ďalej berie na vedomie, že zvýšenie Finančného objemu o nedočerpaný Finančný objem podľa bodu 8.8. Zmluvy a úhrada Prečerpania objemu podľa bodu 8.9. Zmluvy sú možné len v rámci jedného kalendárneho roka, a to toho kalendárneho roka, v ktorom Poskytovateľ Finančný objem nedočerpá alebo prečerpá.

## IX. DODATKOVÁ KAPITÁCIA GYN

- 9.1. Poisťovňa sa za podmienok dohodnutých v tomto článku zaväzuje spolu s Kapitáciou uhradiť Poskytovateľovi za každého Kapitovaného poistenca dodatkovú paušálnu mesačnú úhradu (ďalej len „Dodatková kapitácia“).
- 9.2. Poisťovňa z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v tabuľke označenej ako „Parametre pre výpočet dodatkovej kapitácie“, ktorá je súčasťou Cenníka GYN.

- 9.3. Poisťovňa použije pre zistenie a výpočet hodnoty parametra uvedeného v tabuľke podľa bodu 9.2. 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.
- 9.4. Poisťovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov uvedený v tabuľke podľa bodu 9.2. Zmluvy týmto spôsobom:
- Poisťovňa zistí každý z parametrov za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí poskytujú ambulantnú zdravotnú starostlivosť v rovnakom špecializačnom odbore ako Poskytovateľ;
  - Poisťovňa zoradí hodnoty parametrov zistené za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti vzostupne;
  - Poisťovňa neprihliada na hodnoty parametrov tých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí v poradí podľa písm. b. dosiahli 20 % najnižších hodnôt a 20 % najvyšších hodnôt;
  - Poisťovňa z hodnôt parametrov zistených u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti s výnimkou tých, na ktorých hodnoty parametrov neprihliada podľa písm. c., vypočíta strednú hodnotu (priemer) a hodnotu štandardnej odchýlky.
- 9.5. Poisťovňa vypočíta hodnotiaci kapitačný koeficient Poskytovateľa (ďalej aj „HKK“) podľa vzorca:
- $$HKK = h_1 \times v_1 + h_2 \times v_2 + h_3 \times v_3 + h_4 \times v_4 + h_5 \times v_5 + h_6 \times v_6,$$
- kde  $h_1$  až  $h_6$  je hodnota príslušného parametra zistená z tabuľky podľa bodu 9.2. 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 9.4. 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 9.2. Zmluvy. V prípade, ak parameter nemá v tabuľke podľa bodu 9.2. Zmluvy uvedené plnenie v pásmach, určí sa jeho splnenie podľa toho či Poskytovateľ dosiahol, alebo nedosiahol podmienky uvedené v danom parametri.
- 9.6. 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 desiatinných miest. Takto zistená Dodatková kapitácia patrí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti počas kalendárneho polroka nasledujúcom po výpočte podľa bodu 9.3. a nasl. Zmluvy, a to počnúc druhým kalendárnym polrokom trvania tejto Zmluvy. Poisťovňa je povinná vypočítať a oznámiť Poskytovateľovi výšku Dodatkovej kapitácie vždy najneskôr pred začiatkom kalendárneho polroka, v ktorom bude Poskytovateľovi Dodatková kapitácia patriť.
- 9.7. Do skončenia toho kalendárneho polroka, v ktorom Zmluva nadobudla účinnosť, sa použije ako HKK číslo uvedené v tabuľke podľa bodu 9.2. Zmluvy. HKK podľa predchádzajúcej vety 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.

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

- 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., 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. 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.
- 10.3. Úhrada za zdravotnú starostlivosť sa vypočíta ako násobok príslušnej jednotkovej ceny bodu uvedenej v prílohe č. 10 Zmluvy a vypočítanej podľa článku XI. 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“).
- 10.4. Pokiaľ Poskytovateľ podal Poistencovi liek, ktorý je v Zozname kategorizovaných liekov (ďalej len „Zoznam liekov“) označený v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“, 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.
- 10.5. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že Poskytovateľ poskytne Poistencom:
  - a. 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;
  - b. 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“ a na materiál uvedený v bode 3.13. 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 10.6. až 10.8. 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.

- 10.6. 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).
- 10.7. 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 10.6. Zmluvy) nedočerpá.
- 10.8. Poskytovateľ berie na vedomie, že Poistovňa pri úhrade Prečerpania objemu postupuje tak, aby celková výška úhrady za zdravotnú starostlivosť v kalendárnom mesiaci nepresiahla Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 10.6. Zmluvy). Poskytovateľ ďalej berie na vedomie, že zvýšenie Finančného objemu o nedočerpaný Finančný objem podľa bodu 10.6. Zmluvy a úhrada Prečerpania objemu podľa bodu 10.7. Zmluvy sú možné len v rámci jedného kalendárneho roka, a to toho kalendárneho roka, v ktorom Poskytovateľ Finančný objem nedočerpá alebo prečerpal.

## XI. HODNOTIACI KOEFICIENT

- 11.1. 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.
- 11.2. Poistovňa z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v tabuľkách označených ako „Parametre Kvality a Inovácií“ a „Parametre Efektívnosti“, ktoré sú súčasťou Cenníka výkonov.
- 11.3. Poistovňa použije pre zistenie a výpočet hodnoty každého parametra uvedeného v tabuľke „Parametre Kvality, Efektívnosti a Inovácií“ údaje za dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrtroky, z ktorých

posledný kalendárny štvrťrok bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva výpočet (ďalej len „Sledované obdobie“).

11.4. Poisťovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov Kvality a Inovácií, ktorý je uvedený v tabuľke podľa bodu 11.3. Zmluvy tak, že zistí či Poskytovateľ v Sledovanom období dosiahol príslušnú hranicu stanovenú pre splnenie daného parametra.

11.5. Poisťovňa vypočíta výsledné plnenie parametrov a určí Koefficient Kvality a Inovácií Poskytovateľa (ďalej aj „KKI“) podľa vzorca:

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

kde  $h_1$  až  $h_6$  sú hodnoty parametra zistené z tabuľky podľa bodu 11.3. Zmluvy,

a  $v_1$  až  $v_6$  sú váhy príslušného parametra zistené z tabuľky podľa bodu 11.3. 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 11.3. Zmluvy,

a  $v_1$  až  $v_7$  sú váhy príslušného parametra zistené z tabuľky podľa bodu 11.3. Zmluvy.

*\*platí pre odbornosť 050 Diabetológia*

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

11.7. Poisťovňa použije pre zistenie a výpočet hodnoty každého parametra uvedeného v tabuľke podľa bodu 11.6. 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.

11.8. Poisťovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov uvedených v tabuľke podľa bodu 11.6. Zmluvy týmto spôsobom:

a. Poisťovňa zistí každý z parametrov za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí poskytujú ambulatnú 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.

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

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

kde  $h_1$  až  $h_2$  je hodnota príslušného parametra zistená z tabuľky podľa bodu 11.6. 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 11.8. 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 11.6. Zmluvy.

11.10. Výška ceny bodu sa vypočíta podľa nasledujúceho vzorca

$$CB = (ZvCB - ZCB) * (KKI + KE) + ZCB, \text{ kde}$$

CB je výsledná cena bodu

ZCB je základná cena bodu

ZvCB je zvýhodnená cena bodu

11.11. Výsledná cena sa zaokrúhli matematicky na šesť desiatinných miest. Takto zistená výsledná cena bodu 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 bodu vždy najneskôr pred začiatkom toho kalendárneho polroka, za ktorý bude Poskytovateľovi výsledná cena výkonov patriť.

- 11.12. Zmluvné strany sa dohodli, že v prechodnom období do **31.12.2018** sa uplatní Koeficient Kvality a Inovácií a Koeficient Efektívnosti (KKI+KE) vo výške **65%**. Výsledná výška úhrady za výkony do **31.12.2018** vypočítaná podľa tohto článku je:

Cena bodu hodnota v €	Cena do 31.12.2018
pri iných zdravotných výkonoch ako uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“, pokiaľ z ďalších položiek v tejto tabuľke nevyplýva iná cena bodu	0,025903
pri zdravotných výkonoch: 62 (270 bodov); 63 (210 bodov)	0,025903

## XII. ÚČINNOSŤ ZMLUVY

- 12.1. Zmluva nadobúda účinnosť prvým dňom kalendárneho mesiaca bezprostredne nasledujúceho 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 poradií prvá zmluvná strana.
- 12.2. Poistovňa a Poskytovateľ sa zaväzujú pristúpiť k uzavretiu Zmluvy tak, aby nadobudla účinnosť **k 1.9.2018**.
- 12.3. Zmluva sa uzatvára na dobu neurčitú.
- 12.4. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že dňom účinnosti Zmluvy zanikajú všetky zmluvy, na základe ktorých Poskytovateľ poskytoval zdravotnú starostlivosť poistencom Poistovne v rovnakom vecnom rozsahu zdravotnej starostlivosti, aký sa dohodol v Zmluve, ak nie je dohodnuté v tejto Zmluve inak (bod 12.5. Zmluvy).
- 12.5. Zmluvné strany sa dohodli, že po uzavretí tejto Zmluvy, naďalej platí prechádzajúci súhlas, ktorý Poistovňa udelila Poskytovateľovi na poskytovanie zdravotnej starostlivosti pomocou zdravotníckej techniky, ktorá netvorí povinné materiálne-technické vybavenie Poskytovateľa v písomnej forme.

## XIII. ELEKTRONICKÁ KOMUNIKÁCIA

- 13.1. Poistovňa a Poskytovateľ sa v súlade s ust. § 7 ods. 20 Zákona o zdravotných poisťovniach dohodli, že Poskytovateľ prostredníctvom svojho softvéru poskytne Poistovní kompletne spracovaný elektronický záznam obsahujúci údaje uvedené na lekárskom predpise, resp. poukaze čo najskôr po predpísaní Lieku Poistencovi. Elektronický záznam podľa predchádzajúcej vety Poskytovateľ poskytuje za účelom výkonu analytickej, poradenskej a kontrolnej činnosti Poistovne a vedenia účtu Poistenca.
- 13.2. Ak Poskytovateľ disponuje softvérovým vybavením, ktoré umožňuje zaslanie údajov uvedených na žiadosti o laboratórne a zobrazovacie vyšetrenia (ďalej len „žiadanka“) v elektronickej podobe, zaväzuje sa Poskytovateľ zaslať Poistovní elektronický záznam obsahujúci údaje uvedené na žiadanke v rozsahu stanovenom Metodickým usmernením č. 5/2015 o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou (ďalej len „Metodické usmernenie“) čo najskôr po obdržaní alebo po vyhotovení žiadanky. Poistovňa vyhlasuje, že bude v plnej miere akceptovať elektronickú formu zaslaných údajov a
- nebude od Poskytovateľa vyžadovať žiadanky v listinnej podobe podľa článku VII. bod 7.15 VZP,
  - nevychytenie žiadanky v listinnej forme nie je možné považovať za porušenie článku IV. bod 4.2. VZP.
- 13.3. Ak Poskytovateľ disponuje softvérovým vybavením, ktoré umožňuje zaslanie údajov uvedených na žiadanke v elektronickej podobe, zaväzuje sa Poskytovateľ poskytovať výpisy zo zdravotnej dokumentácie podľa ust. § 24 ods. 3 Zákona o zdravotnej starostlivosti oprávneným osobám priebežne a elektronicke.
- 13.4. Ak Poskytovateľ disponuje softvérovým vybavením, ktoré umožňuje zaslanie dočasného elektronického záznamu o poskytnutej zdravotnej starostlivosti Poistovní elektronicke, zaväzuje sa Poskytovateľ zaslať dočasný elektronický záznam o poskytnutej zdravotnej starostlivosti v rozsahu stanovenom Metodickým usmernením čo najskôr po poskytnutí zdravotnej starostlivosti. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností a vzhľadom na informatívny charakter dočasného elektronického záznamu Zmluvné strany konštatujú,



že zaslaním dočasného elektronického záznamu nie je dotknutá povinnosť Poskytovateľa vykázat 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.

- 13.5. 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.
- 13.6. 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.
- 13.7. 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 zaslať 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.
- 13.8. 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 zaslať Poistovni prostredníctvom priameho prepojenia softvérového vybavenia Poskytovateľa s elektronickou pobočkou určí Poistovňa v pravidlách elektronickej komunikácie. Poskytovateľ sa zaväzuje zaslať 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.
- 13.9. 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 vyšetrovania spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, v elektronických žiadankách na vyšetrovania 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 elektronicke z informačného systému Poistovne a z informačného systému Poskytovateľa, v ktorých sú spracovávané.
- 13.10. V prípade, ak sa akýkoľvek údaj uvedený v elektronickom zázname podľa bodu 13.1. až 13.8. ukáže ako nepravdivý, neúplný, nepresný alebo nesprávny, Poskytovateľ sa zaväzuje bez zbytočného odkladu takýto údaj uviesť do súladu so skutočným stavom prostredníctvom svojho softvéru.

#### **XIV. PRIJÍMANIE ÚHRADY DLŽNÉHO POISTNÉHO**

- 14.1. 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.
- 14.2. Dohoda Poskytovateľa a Poistenca podľa bodu 14.1. tohto článku je možná iba v prípade, ak i) Poistenec bude ochotný uhradiť dlžné poistné v celej výške, t.j. vo výške, v akej bude ku dňu prijatia platby Poistovňou sprístupnená v informačnom systéme Poskytovateľa a zároveň ii) Poistenec udelí Poskytovateľovi v súlade s NARIADENÍM EURÓPSKEHO PARLAMENTU A RADY (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) (ďalej len „GDPR“) písomný súhlas so spracúvaním osobných údajov, ktoré Poskytovateľ poskytne Poistovni a Poistovňa Poskytovateľovi za účelom spracovania úhrady Poistenca a odstránení Poistenca zo zoznamu dlžníkov.



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 vykázat Poistovni celkovú sumu prijatých úhrad dlžného poisteného za Zúčtovacie obdobie prostredníctvom svojho informačného systému.
- 14.4. 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.
- 14.5. 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 14.4. Zmluvy.

## XV. ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA

- 15.1. 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.
- 15.2. Zmluva je vyhotovená v dvoch rovnopisoch, po jednom rovnopise pre každú zmluvnú stranu.
- 15.3. Neoddeliteľnou súčasťou tejto Zmluvy je:
- príloha č. 1, ktorá obsahuje zoznam špecializačných odborov podľa bodu 1.2. Zmluvy;
  - príloha č. 2, ktorá obsahuje kritériá na uzatvorenie zmluvy podľa bodu 2.1. Zmluvy;
  - príloha č. 3, ktorá obsahuje vzory formulárov preukazujúcich vykonanie preventívnych prehliadok podľa bodu 3.2. písm. c. Zmluvy;
  - príloha č. 4, ktorá obsahuje zoznam zdravotníckej techniky a zoznam zdravotných výkonov podľa bodu 3.3. Zmluvy;
  - príloha č. 5, ktorá obsahuje zoznam špecializovaných nemocníc a liečební a vzor žiadosti o ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti podľa bodu 3.7. Zmluvy;
  - príloha č. 6, ktorá obsahuje zoznam kategorizovaného materiálu a nekategorizovaného materiálu podľa bodu 3.13. Zmluvy ;
  - príloha č. 7 (Cenník VLD), ktorá obsahuje výšku Kapitácie podľa bodu 4.2. Zmluvy, zoznam zdravotných výkonov a iných nákladov, ktoré podľa bodu 4.5. Zmluvy nie sú zahrnuté v Kapitácii a výšku Dodatkovej kapitácie podľa článku V. Zmluvy.
  - príloha č. 8 (Cenník VLDD), ktorá obsahuje výšku Kapitácie podľa bodu 6.2. Zmluvy, zoznam zdravotných výkonov a iných nákladov, ktoré podľa bodu 6.5. Zmluvy nie sú zahrnuté v Kapitácii a pripočítateľné položky vzťahujúce sa k výkonom podľa článku VII. Zmluvy.
  - príloha č. 9 (Cenník GYN), ktorá obsahuje výšku Kapitácie podľa bodu 8.2. Zmluvy, zoznam zdravotných výkonov a iných nákladov, ktoré podľa bodu 8.5. Zmluvy nie sú zahrnuté v Kapitácii, tabuľku s parametrami pre výpočet Dodatkovej kapitácie podľa bodu 9.2. Zmluvy a základ pre výpočet Dodatkovej kapitácie podľa bodu 9.6. Zmluvy.
  - príloha č. 10 (Cenník výkonov), ktorá obsahuje výšku jednotkovej ceny bodu podľa bodu 10.2. Zmluvy a zoznam zdravotných výkonov podľa bodu 10.3. Zmluvy, tabuľky s parametrami Kvality, Efektívnosti a Inovácií.
- 15.4. 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..
- 15.5. Neoddeliteľnou súčasťou rovnopisu tejto Zmluvy určeného pre Poskytovateľa sú VZP účinné od 1. apríla 2012. V prípade, ak Poskytovateľ s Poistovňou uzavrel pred účinnosťou Zmluvy zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, VZP sú mu známe a sú zverejnené na webovom sídle Poistovne [www.dovera.sk/lekar/zmluvy](http://www.dovera.sk/lekar/zmluvy).

- 15.6. 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.
- 15.7. Pre prípad, že Ministerstvo zdravotníctva SR rozhodne čo i len čiastočne o zrušení regulácie cien výrobkov, služieb a výkonov v oblasti zdravotníctva, Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že zdravotné výkony, ktorých bodová hodnota nevyplýva z rozhodnutia Ministerstva zdravotníctva SR, budú ocenené takou bodovou hodnotou, akú upravovalo posledné účinné rozhodnutie Ministerstva zdravotníctva SR.
- 15.8. Ak Poskytovateľ na základe zanikajúcej zmluvy doručil Poistovni zmeny v zozname lekárov podľa príslušných ustanovení VZP, považuje sa to za splnenie povinnosti podľa bodu 1.3. Zmluvy.
- 15.9. 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.
- 15.10. Poistovňa aj Poskytovateľ vyhlasujú, že si Zmluvu aj VZP prečítali, ich obsahu porozumeli a na znak toho, že obsah Zmluvy aj VZP zodpovedá ich skutočnej a slobodnej vôli, túto Zmluvu podpísali.

V Bratislave, dňa 22.augusta 2018

V Bratislave, dňa 22.augusta 2018

---

DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s.  
Ing. JUDr. Irén Sárközy  
regionálna riaditeľka pre nákup ZS

---

Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave

**ZOZNAM ŠPECIALIZAČNÝCH ODBOROV**

(podľa bodu 1.2 Zmluvy)

Názov PZS:

Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave

Špecializačný odbor	Druh poskytovanej zdravotnej starostlivosti					
	VLD	VLDD	GYN	Zubné lekárstvo	ŠAS	SVLZ
Všeobecné lekárstvo pre dospelých	áno	-	-	-	-	-
Zubné lekárstvo	-	-	-	áno	-	-
vnútorné lekárstvo	-	-	-	-	áno	-
klinická imunológia a alergológia	-	-	-	-	áno	-
kardiológia	-	-	-	-	áno	-
nefrológia	-	-	-	-	áno	-
klinická farmakológia	-	-	-	-	áno	-
hepatológia	-	-	-	-	áno	-
rádiológia	-	-	-	-	-	áno
Klinická biochémia	-	-	-	-	-	áno
Klinická mikrobiológia	-	-	-	-	-	áno
Klinická imunológia a alergológia	-	-	-	-	-	áno

**Kritériá na uzatvorenie zmluvy s Poskytovateľom podľa bodu 2.1. Zmluvy**

<b>Názov kritéria</b> <i>Popis kritéria</i>	<b>Váha kritéria (%)</b>
<b>Zabezpečenie dostupnosti zdravotnej starostlivosti</b>  Dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre poistenca najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľov.	<b>20</b>
<b>Personálne vybavenie zdravotníckeho zariadenia</b>  Poskytovanie zdravotnej starostlivosti je zabezpečené osobami, ktoré spĺňajú podmienky na výkon zdravotníckeho povolania alebo samostatnej zdravotníckej praxe v príslušnom odbore v počte najmenej na úrovni stanovenej všeobecne záväznými právnymi predpismi.	<b>20</b>
<b>Materiálno-technické vybavenie zdravotníckeho zariadenia</b>  Materiálno-technické vybavenie pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti je najmenej na úrovni stanovenej všeobecne záväznými právnymi predpismi.	<b>20</b>
<b>Parametre efektivity a kvality</b>  Jednotnými ukazovateľmi sú: náklady na lieky, počet bodov na poistenca, počet hospitalizácií, počet vyšetrení na jedného poistenca	<b>20</b>
<b>Využívanie elektronických služieb</b>  Využívanie služieb elektronickej pobočky, bezpečné lieky online, elektronické zasielanie návrhov	<b>10</b>
<b>Úväzky</b>  Pracovný úväzok lekára poskytujúceho zdravotnú starostlivosť u poskytovateľa je minimálne vo výške 0,8 lekárskeho miesta.	<b>10</b>

**Poistovňa uzatvára zmluvu v prípade, že poskytovateľ spĺňa stanovené kritériá aspoň vo výške 75 %.**

Poznámka:

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

## Preventívna prehliadka pre dospelých

v zmysle platnej legislatívy

**Príjmenie a priezvisko poistenca:** \_\_\_\_\_

**Meno:** \_\_\_\_\_

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

**Pracovná činnosť:** \_\_\_\_\_

**Prítomnosť ťažkostí:**  bez ťažkostí  popis ťažkostí: \_\_\_\_\_

**Prítomnosť chorôb (aké a kedy):** \_\_\_\_\_

**Prítomnosť zlého návyku:** \_\_\_\_\_

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

**Prítomnosť ochorení rodičov, manžela (manželky), detí (kedy a v akom veku):** \_\_\_\_\_

**Prítomnosť vyšetrení (patologické nálezy):**

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Prítomnosť vyšetrení:** \_\_\_\_\_

**Prítomnosť vyšetrení (u mužov a per rectum vyšetrenie):** \_\_\_\_\_

**Prítomnosť vyšetrení aparát:** \_\_\_\_\_

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

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

**Prítomnosť vyšetrení (od 40 rokov):** \_\_\_\_\_

**Prítomnosť vyšetrení (od 40 rokov):** celkový cholesterol: \_\_\_\_\_ triacylyceridy: \_\_\_\_\_

**Prítomnosť vyšetrení (od 40 rokov):** od nad päťdesiat rokov a u mladších jedincov s pozitívnou RA karcinómu hrubého čreva alebo

**Prítomnosť vyšetrení (od 40 rokov):** ka vyšetrenie stolice na okultné krvácanie: \_\_\_\_\_

**Prítomnosť vyšetrení (od 40 rokov):** laboratórnych vyšetrení určených zákonom č. 577/2004 je uvedený v prílohe č. 1.

**Prítomnosť vyšetrení (od 40 rokov):** \_\_\_\_\_

**Prítomnosť vyšetrení preventívnej prehliadky:**

\_\_\_\_\_

**Prítomnosť vyšetrení (od 40 rokov):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Prítomnosť vyšetrení (od 40 rokov):** Prítomnosť vyšetrení preventívnu prehliadku vykonal:

\_\_\_\_\_ dňa: \_\_\_\_\_

praktický lekár pre dospelých

## 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.

\_\_\_\_\_  
podpis 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: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Vyšetrenie per rectum: \_\_\_\_\_

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

Cytologia endocervix \_\_\_\_\_ exocervix: \_\_\_\_\_

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 3.3. Zmluvy

Poskytovateľ je oprávnený pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti používať zdravotnícku techniku a vykazovať zdravotné výkony uvedené v Zozname výkonov s bodovou hodnotou, s výnimkou výkonov vykonávaných zdravotníckou technikou uvedených v nasledujúcej tabuľke. Poskytovateľ je oprávnený vykazovať výkony vykonávané pomocou zdravotníckej techniky uvedenej v nasledujúcej tabuľke, len v rozsahu výkonov v nej uvedených.

Názov prístroja	Kódy zdravotných výkonov
Počítačový tomograf	-
Magnetická rezonancia	-
Mamograf	-
Pozitronový emisný tomograf	-
PCR-analyzátor	-
Osteodenzitometer celotelový	-
EKG	-
USG (GYN)	-

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



**Zoznam špecializovaných nemocníc a liečební**

Názov	Mesto	Adresa
Národné rehabilitačné centrum	Kováčová	Slnečná 1

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

Názov a sídlo liečebného zariadenia.....

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

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

**Medicínske odôvodnenie návrhu:**

Anamnéza: .....

Objektívne vyšetrenie:.....

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

Epikríza:.....

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

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

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

Predpokladané obdobie liečby: .....

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

Dňa: .....

.....  
riaditeľ zdrav. zariadenia

.....  
primár oddelenia

.....  
navrhujúci lekár

.....  
pečiatka a kód navrhujúceho lekára

**I. Zoznam kategorizovaného materiálu podľa bodu 3.13. Zmluvy**Materiál spotrebovaný priamo pri vyšetrení a liečbe v spoločných vyšetrovacích a liečebných zložkách

kód ZM	Názov ZM
-	-

**II. Zoznam nekategorizovaného materiálu podľa bodu 3.13. Zmluvy**Materiál spotrebovaný priamo pri vyšetrení a liečbe v spoločných vyšetrovacích a liečebných zložkách

Kód skupiny	Skupina ZM	Kód ZM	Názov druhu ZM	Max. cena
-	-	-	-	-

## Cenník VLD

## Výška kapitácie

Označenie	hodnota v €	
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

Cena bodu hodnota v €	Základná cena
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 nezahrňa do kapitácie

Cena výkonu	hodnota v €
<b>4571a C – reaktívny proteín</b> pre kapitovaných poistencov	4,00
<b>Výkon 10</b> - Rozbor a plánovanie cielených terapeutických postupov na ovplyvnenie chronických ochorení alebo ochorení viacerých orgánových systémov na účely racionálnej farmakoterapie, vrátane rád a dokumentácie. Výkon 10 vykazuje lekár prvýkrát pri prevzatí kapitovaného pacienta s chronickým ochorením do komplexnej starostlivosti a poisťovňa ho akceptuje a uhrádza osobitne nad rámec kapitácie vo frekvencii jedenkrát za 6 mesiacov (maximálne 2x za rok). V prípade vyššej frekvencie návštev je ďalšia poskytnutá zdravotná starostlivosť uhrádzaná prostredníctvom kapitácie.	8,00
<b>60b - Základné vyšetrenie</b>	10,50

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 poskytne zdravotnú starostlivosť v súvislosti s predoperačným vyšetrením uhrádza v rámci kapitálnej platby za poistenca.	
<b>5702ZV - Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie</b> Štandardné 12-zvodové zosnímanie ako súčasť predoperačného vyšetrenia. Nutná kombinácia s výkonom 60b	4.41

### Finančný objem

Finančný objem na kalendárny mesiac podľa bodu 4.7. Zmluvy	15,00€
--	--------

### 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 4.7. Zmluvy
Náklady na lieky, ktoré sú v Zozname liekov označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“
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 <sub>1</sub> = najmenej 6 dotazníkov vyplnených Kapitovanými poistencami Poskytovateľa
	Bezpečná medikácia	I <sub>2</sub> = najmenej jedno zobrazenie elektronickej liekovej knižky počas najmenej 90% ordinačných dní
	Prístrojové vybavenie	I <sub>3</sub> = 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	eReceipt	I <sub>4</sub> = najmenej 75% Liekov predpísaných Poskytovateľom elektroniccky
	eZúčtovanie	I <sub>5</sub> = najmenej 75% zúčtovacích dokladov zasielaných a potvrdených elektroniccky, a to prostredníctvom Elektronickej pobočky alebo zo softvéru Poskytovateľa
	DôveraLab	I <sub>6</sub> = najmenej 75% elektronických žiadostí o vykonanie laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení odoslaných po zobrazení existujúcich žiadostí o vykonanie laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení
	NávrhyOnline	I <sub>7</sub> = najmenej 10% návrhov na poskytnutie zdravotnej starostlivosti odoslaných elektroniccky

váhy pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h <sub>n</sub>		V <sub>n</sub>
	neplní	plní	
Subjektívna spokojnosť	0 %	100 %	v <sub>1</sub> = 15 %
Bezpečná medikácia	0 %	100 %	v <sub>2</sub> = 15 %
Prístrojové vybavenie	0 %	100 %	v <sub>3</sub> = 10 %
eReceipt	0 %	100 %	v <sub>4</sub> = 10 %
eZúčtovanie	0 %	100 %	v <sub>5</sub> = 10 %
DôveraLab	0 %	100 %	v <sub>6</sub> = 25 %
NávrhyOnline	0 %	100 %	v <sub>7</sub> = 15 %

## Parametre Efektívnosti

		Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
<b>EFEKTÍVNOSŤ</b>		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 %	$v_3 = 20 \%$

## 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 7.12. Zmluvy	Dolná hranica	Horná hranica
	-€	-€

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

<b>Zdravotné výkony a iné náklady, ktoré sa nezahŕňajú do finančného objemu podľa bodu 7.12. Zmluvy</b>
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“
Výkon očkovania 252b
Pripočítateľné položky k výkonu 8 alebo 4



**Výkony podľa článku VII. Zmluvy**

8	Vyšetrenie všeobecným lekárom I	<p>Komplexné vstupné vyšetrenie pacienta pri prevzatí do starostlivosti, alebo cielečné vyšetrenie osoby s akútnou chorobou alebo s akútnou exacerbáciou chronického ochorenia bez odoslania pacienta k špecialistovi, alebo predoperačné vyšetrenie.</p> <p>V prípade potreby vyšetrenia C-reaktívny proteín, sa toto vykazuje ako pripočítateľná položka k výkonu pod kódom "4571a".</p>
4	Vyšetrenie všeobecným lekárom II	<p>Cielečné vyšetrenie pacienta s akútnou chorobou alebo s akútnou exacerbáciou chronického ochorenia s odslaním pacienta k špecialistovi, alebo kontrolné vyšetrenie pacienta.</p> <p>V prípade potreby vyšetrenia C-reaktívny proteín, sa toto vykazuje ako pripočítateľná položka k výkonu pod kódom "4571a".</p>
1	Vyhodnotenie sprievodnej zdravotnej dokumentácie, konzultácie.	<p>Vyhodnotenie obsahuje: zhodnotenie laboratórnych výsledkov vo vzťahu k zdravotnému stavu a optimalizácií 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 telefonickéj konzultácie.</p>
250	Odbery, merania, injekcie, infúzie a ošetrovania v ambulancii všeobecného lekára pre deti a dorast	<p>Odmeranie krvného tlaku manuálnym alebo automatickým manžetovým manometrom a odmeranie pulzovej frekvencie. Odmeranie telesnej teploty teplomerom. Meranie, váženie, meranie obvodu brucha a končatín.</p> <p>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.</p> <p>Lokálna aplikácia mastí, pást alebo roztokov na kožu alebo sliznice.</p> <p>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.</p> <p>Edukácia rodičov a dieťaťa alebo osôb, ktorým je dieťa zverené do starostlivosti o ošetrovaní chorého dieťaťa alebo adolescenta v domácom prostredí.</p> <p>Aseptická príprava infúznej zmesi zmiešaním. Podávanie injekcií a infúzií. Kontrola miesta vpichu, funkčnosti katétra, výmena filtra, vrátane fixácie a preväzu.</p> <p>Preplach permanentného močového katétra, kontrola jeho funkčnosti, starostlivosť o jeho okolie. Dezinfekcia okolia, vyplnenie nerovnosti, výmena stomického setu, edukácia. Odborný nácvik potrebných výkonov pri ošetrovaní chorého v domácom prostredí.</p>

\* 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 VII. Zmluvy

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

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

váhy pre jednotlivé parametre

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

### Parametre Efektívnosti

EFEKTÍVNOSŤ	Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
	Starostlivosť o pacienta	I <sub>1</sub> = 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 <sub>2</sub> = 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 <sub>3</sub> = počet Kapitovaných poistencov s vykonanou preventívnou prehliadkou / počet Kapitovaných poistencov

váhy a pásma pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h <sub>n</sub>			V <sub>n</sub>
	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	
Starostlivosť o pacienta	100 %	100 %	0 %	V <sub>1</sub> = 15 %
Náklady na pacienta	100 %	100 %	0 %	V <sub>2</sub> = 15 %
Preventívne prehliadky	0 %	100 %	100 %	V <sub>3</sub> = 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: 5303, 5305, 5308	-
pri neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnutej inému ako Kapitovanému poistencovi	-

## Finančný objem

Finančný objem na kalendárny mesiac podľa bodu 8.7. 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 8.7. Zmluvy
Náklady na lieky, ktoré sú v Zozname liekov označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“
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
Prevenčia 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 ordinačný 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 %	$V_2 = 15 \%$
Prevenčia 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%	

Hodnota HKK podľa bodu 9.7. Zmluvy

-%

## 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 Dodatkovvej 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 knižky, alebo interakcií pacienta na vyžiadanie Poskytovateľa, ktoré sú zobrazované v softvéri Poskytovateľa

Poisťovňa je povinná vyhodnotiť následné splnenie podmienok a oznámiť Poskytovateľovi výšku základu pre výpočet Dodatkovvej kapitácie vždy najneskôr pred začiatkom tých dvoch kalendárnych štvrtí, za ktoré bude Poskytovateľovi Dodatočvá 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 klinická biochémia (024 501), klinická mikrobiológia (034 501)	0,004780	-
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačnom odbore rádiológia (023 501)	0,005643	-
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačnom odbore klinická imunológia a alergológia (040 501)	0,005311	-
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	-	-
pri zdravotných výkonoch: 509a, 512, 513, 514a, 516, 518, 522, 523a, 530, 531, 532, 533a, 540, 541, 542 vykonaných v špecializačnom odbore fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	0,013766	-
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 10.5. 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 10.5. 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: 5793, 5794, 5795 v špecializačnom odbore neurológia	0,012610	-
pri zdravotnom výkone: 4781b	0,033194	-
pri zdravotnom výkone: 4781c	0,026555	-
pri zdravotnom výkone: 4781e	0,019916	-
pri zdravotnom výkone: 4781f	0,029874	-
pri zdravotnom výkone: 4782	0,009129	-
pri zdravotnom výkone: 315b	0,006805	-
pri zdravotnom výkone: 315c	0,006805	-
pri zubno lekárskej zdravotnej starostlivosti poskytnutej poistencovi Poistovne , pričom bodová hodnota výkonu V12 je Zmluvnými stranami dohodnutá na 300 bodov	0,088	-

## Finančný objem

Finančný objem	hodnota v €
podľa bodu 10.5. písm. a. Zmluvy	-----
podľa bodu 10.5. písm. b. Zmluvy: klinická biochémia (024 501), klinická mikrobiológia (034 501), rádiológia (023 501), klinická imunológia a alergológia (040 501)	5 600,00

## Zoznam zdravotných výkonov a iných nákladov, ktoré sa nezahŕňajú do finančného objemu podľa bodu 10.5. Zmluvy

Náklady na lieky, ktoré sú v Zozname liekov označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ a „AS“ pre stanovené finančné objemy podľa bodu 10.5. písm. a. Zmluvy

## Parametre Kvality a Inovácií

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

váhy pre jednotlivé parametre

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



Parametre Kvality a Inovácií\*

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

\*váhy pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h <sub>n</sub>		v <sub>n</sub>
	Neplní	plní	
Subjektívna spokojnosť	0 %	100 %	v <sub>1</sub> = 10 %
Bezpečná medikácia	0 %	100 %	v <sub>2</sub> = 5 %
Štandard liečby HbA <sub>1c</sub>	0 %	100 %	v <sub>3</sub> = 10 %
eRecept	0 %	100 %	v <sub>4</sub> = 10 %
eZúčtovanie	0 %	100 %	v <sub>5</sub> = 10 %
eLab	0 %	100 %	v <sub>6</sub> = 15 %
NávrhyOnline	0 %	100 %	v <sub>7</sub> = 10 %

\* platí pre odbornosť 050 Diabetológia

## Parametre Efektívnosti

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

váhy a pásma pre jednotlivé parametre

Názov parametra	$h_n$			$V_n$
	pod pásmom	v pásmo	nad pásmom	
Kontakt	100 %	100 %	0 %	$V_1 = 10 \%$
Náklady na pacienta	100 %	100 %	0 %	$V_2 = 20 \%$

špecializačný odbor klinická psychológia, psychoterapia

## Parametre Kvality a Inovácií

	Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
KVALITA		
INOVÁCIE	eZúčtovanie	$I_1$ = najmenej 75% zúčtovacích dokladov zasielaných a potvrdených elektronicky, 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

### Ďalšie 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 %	$v_4 = 15 \%$

