

# ZMLUVA O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

. 74NSP1000220

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 Nitra, kód : 2400

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

(ďalej len „Poisťovňa“)

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti:

Obchodné meno / Priezvisko, meno a titul:	<b>Fakultná nemocnica Nitra</b>
Kód poskytovateľa zdravotnej starostlivosti:	P 85687
IČO / registračné číslo:	17336007
DIČ, IČ DPH:	2021205197
Sídlo / Miesto trvalého pobytu:	Špitálska 6, 949 01 Nitra
Miesto prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia:	Špitálska 6, 949 01 Nitra
Zápis v registri (iba v prípade takéhoto zápisu):	-----
Bankové spojenie:	SK4981800000007000280649
Mená a funkcie konajúcich osôb:	ING. Jarmila Mikušová MUDr. Marián Bakoš, PHD., MHA ING. Martin Neštický, MBA
Označenie orgánu, ktorý vydal povolenie:	Nitrianský samosprávny kraj

(ďalej len „Poskytovateľ“)

## I. PREDMET ZMLUVY

- 1.1. Poskytovateľ sa za podmienok stanovených v Zmluve a vo Všeobecných zmluvných podmienkach pre zdravotnú starostlivosť (ďalej len „VZP“) zaväzuje poskytovať poistencom Poisťovne a ďalším osobám uvedeným vo VZP (ďalej spolu ako „Poistenci“) zdravotnú starostlivosť plne alebo čiastočne uhrádzanú z verejného zdravotného poistenia.
- 1.2. Poskytovateľ sa zaväzuje poskytovať zdravotnú starostlivosť vo vecnom rozsahu vyplývajúcom z povolenia, ktoré orgán uvedený v záhlaví Zmluvy vydal Poskytovateľovi na poskytovanie zdravotnej starostlivosti; Poskytovateľ bude poskytovať zdravotnú starostlivosť v špecializačných odboroch v rozsahu uvedenom v Prílohe č. 1 k Zmluve. Príloha č. 1 môže určiť obmedzenia pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti v jednotlivých špecializačných odboroch, výkonoch zdravotnej starostlivosti alebo DRG skupinách podľa článku XV. Zmluvy.

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

## II. KRITÉRIÁ NA UZATVORENIE ZMLUVY

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

## III. POVINNOSTI PRI POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

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

všeobecnej nemocnici, ktoré sa na účely tejto zmluvy a úhrady podľa článku XV. Zmluvy považujú za jedno zdravotnícke zariadenie, identifikátor zdravotníckeho zariadenia 17336007-00;

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

Za súčasť zdravotníckeho zariadenia sa na účely určenia výšky úhrady za Hospitalizačný prípad podľa bodu 15.7. písmeno d. Zmluvy považuje aj Domov ošetrovateľskej starostlivosti a/alebo Hospic, i keď podmienky poskytovania zdravotnej starostlivosti a jej úhrady si zmluvné strany dohodli v osobitnej zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

- 3.3. Poskytovateľ, ktorý vykonáva preventívnu prehliadku Poistenca uhrádzanú z verejného zdravotného poistenia, je povinný dodržať tieto podmienky:
  - a. Poskytovateľ je povinný sám vykonať všetky vyšetrenia, ktoré vyplývajú z náplne preventívnej prehliadky vyplývajúcej zo všeobecne záväzných právnych predpisov. Poskytovateľ je oprávnený odoslať Poistenca na ďalšie poskytnutie zdravotnej starostlivosti vyplývajúcej z náplne preventívnej prehliadky k inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti len vtedy, pokiaľ Poskytovateľ nie je vybavený zdravotníckou technikou, ktorá je potrebná na vykonanie vyšetrenia; v tomto prípade Poskytovateľ požiada poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorému odošle Poistenca na ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti, aby vykonal len požadované vyšetrenie pomocou zdravotníckej techniky a neposkytoval Poistencovi ďalšiu zdravotnú starostlivosť;
  - b. pokiaľ Poskytovateľ žiada poskytovateľa prevádzkujúceho zariadenie spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek o vykonanie laboratórnych alebo diagnostických vyšetrení nad rámec náplne preventívnej prehliadky, je povinný vyhotoviť samostatnú žiadamku na vyšetrenia podľa náplne preventívnej prehliadky a samostatnú žiadamku na vyšetrenia požadované nad rámec náplne preventívnej prehliadky;
  - c. vykonanie preventívnej prehliadky preukáže Poskytovateľ, ktorý poskytuje všeobecnú ambulatnú starostlivosť alebo špecializovanú ambulatnú starostlivosť v špecializačnom odbore „gynekológia a pôrodnictvo“, vyplnením formulára podľa vzoru uvedeného v Prílohe č. 3 Zmluvy; formulár podpíše Poskytovateľ aj Poistenc alebo zákonný zástupca Poistenca a Poskytovateľ ho po podpísaní založí do zdravotnej dokumentácie Poistenca.
- 3.4. Poskytovateľ je oprávnený pri poskytovaní ambulatnej starostlivosti vrátane vykonávania výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek používať zdravotnícku techniku, ktorá netvorí povinné materiálno-technické vybavenie Poskytovateľa podľa všeobecne záväzných právnych predpisov alebo materiálno-technické vybavenie podľa kritérií na uzatvorenie zmluvy (článok II. Zmluvy), ak je uvedená v Prílohe č. 4 k Zmluve, alebo ak s jej použitím vyslovila Poistovní predchádzajúci písomný súhlas;

Poskytovateľ môže vykazať Poistovní len vykonanie tých zdravotných výkonov, ktoré sú uvedené v Prílohe č. 4 k Zmluve alebo v súhlase Poistovne s použitím zdravotníckej techniky.

- 3.5. Zdravotné výkony, ktoré sú v Katalógu zdravotných výkonov označené ako „podobné vyšetrenia“ alebo iným slovným spojením rovnakého významu (ďalej len „Podobné vyšetrenia“), môže Poskytovateľ vykazovať len s predchádzajúcim písomným súhlasom Poistovne. Poskytovateľ v žiadosti o udelenie predchádzajúceho súhlasu podľa predchádzajúcej vety uvedie, aké Podobné vyšetrenia v rámci jednotlivých skupín zdravotných výkonov podľa Katalógu zdravotných výkonov mieni vykonávať a vykazovať. Poistovňa v súhlase podľa prvej vety tohto bodu uvedie, ktoré zdravotné výkony môže Poskytovateľ vykazovať v rámci jednotlivých skupín zdravotných výkonov ako Podobné vyšetrenia; Poistovňa môže súhlas časovo ohraničiť.
- 3.6. Poskytovateľ je povinný informovať Poistenca, ktorému poskytuje zdravotnú starostlivosť a mieni mu predpísať zdravotnícku pomôcku, alebo zákonného zástupcu Poistenca, že výdaj
- individuálne zhotovovanej ortopedicko-protetickej zdravotníckej pomôcky bandážového typu s predajnou cenou najmenej 165,97 EUR,
  - ortopedickej obuvi s predajnou cenou najmenej 265,55 EUR,
  - ortézy nebandážového typu s predajnou cenou najmenej 497,91 EUR a
  - inej zdravotníckej pomôcky s predajnou cenou najmenej 1 327,76 EUR
- podlieha predchádzajúcemu súhlasu Poistovne.
- 3.7. Poskytovateľ môže Poistencovi predpísať individuálne zhotovovanú ortopedicko-protetickú zdravotnícku pomôcku len vtedy, pokiaľ použitie sériovo vyrábanej zdravotníckej pomôcky je pre Poistenca zrejme nevhodné. Poskytovateľ je povinný na lekárskom poukaze na zdravotnícku pomôcku uviesť všetky údaje vyplývajúce zo všeobecne záväzných právnych predpisov a ako kód zdravotníckej pomôcky uvedie číselný kód uvedený v Zozname zdravotníckych pomôcok plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia. Poskytovateľ pripojí k lekárskemu 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 3.6. Zmluvy. Poskytovateľ berie na vedomie, že v prípade, ak Poskytovateľ predpíše individuálne zhotovovanú ortopedicko-protetickú zdravotnícku pomôcku v rozpore s týmto bodom Zmluvy alebo v rozpore s indikačnými alebo preskripčnými obmedzeniami, Poistovňa bude postupovať v súlade s ust. § 121 ods. 6 Zákona o liekoch.
- 3.8. Poskytovateľ je oprávnený odoslať Poistenca na ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti do špecializovanej nemocnice alebo liečebne len s predchádzajúcim súhlasom Poistovne. Zoznam špecializovaných nemocníc a liečební podľa predchádzajúcej vety a vzor žiadosti o udelenie predchádzajúceho súhlasu sú uvedené v Prílohe č. 5 Zmluvy.
- 3.9. Poskytovateľ nesmie vykazať Poistovní vykonanie iných zdravotných výkonov uvedených v Katalógu zdravotných výkonov v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ ako zdravotných výkonov, ktorých vykonanie si u Poskytovateľa objednali v žiadankách o vykonanie laboratórnych alebo diagnostických vyšetrení odosielajúci lekári Poskytovateľa alebo odosielajúci zmluvní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti. Poskytovateľ je povinný správne, pravdivo a úplne vykazovať Poistovní zdravotnú starostlivosť podľa platného dátového rozhrania pre ambulantnú zdravotnú starostlivosť. V prípade, ak Poskytovateľ nevykáže všetky povinné položky podľa dátového rozhrania pre ambulantnú zdravotnú starostlivosť, Poistovňa neúplne vykázanú zdravotnú starostlivosť odmietne a vráti Poskytovateľovi na doplnenie. Toto ustanovenie platí pre výkony špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti primerane.
- 3.10. Poskytovateľ je povinný pri nákupe liekov, zdravotníckych pomôcok aj akéhokoľvek materiálu, ktorých použitie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vyžaduje a účtuje Poistovní, postupovať účelne, efektívne a hospodárne. Pokiaľ nadobúdací 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. Poskytovateľ môže Poistencom poskytnúť zdravotnú starostlivosť spočívajúcu vo výkonoch hyperbarickej oxygenoterapie a stereorádiokirurgie len s predchádzajúcim súhlasom Poistovne. Predchádzajúci súhlas Poistovne sa nevyžaduje, ak sa výkon hyperbarickej oxygenoterapie vykoná v rámci poskytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Poskytovateľ pozitronovej emisnej tomografie zasiela spolu s vyúčtovaním za príslušné účtovné obdobie aj kópie návrhov / žiadaní na poskytnutie vyšetrenia.
- 3.13. Poskytovateľ je povinný Poistovni do 10 kalendárnych dní po uplynutí kalendárneho mesiaca nahlasovať aktuálny zoznam Poistencov zaradených do Národného transplantáčného registra SR alebo do iného transplantáčného registra v rámci Európskej únie a súčasne nezaradených Poistencov, ktorí sú v chronickom dialyzačnom programe.

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

- 4.1. Poskytovateľ poskytne osobe uvedenej v bode 1.1. Zmluvy (ďalej v tomto článku len „Pacient“) ústavnú starostlivosť, ak zdravotný stav Pacienta vyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín (ďalej len „Hospitalizácia“).
- 4.2. Poskytovateľ je povinný zasielať Poistovni údaje potrebné na vedenie zoznamu poistencov čakajúcich na poskytovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „Zoznam“), a to najmä:
- meno, priezvisko a rodné číslo Pacienta;
  - kód choroby podľa MKCH-10, v súvislosti s ktorou Poskytovateľ navrhuje Hospitalizáciu Pacienta;
  - kód Poskytovateľa a kód oddelenia Poskytovateľa, na ktorom má byť Pacient hospitalizovaný.
- 4.3. Poistovňa je povinná najneskôr v deň účinnosti Zmluvy poskytnúť Poskytovateľovi programové vybavenie, ktoré Poskytovateľovi umožňuje zasielať Poistovni údaje potrebné na vedenie Zoznamu (ďalej len „Program hospiCOM“). Pokiaľ ďalej z tohto článku vyplýva povinnosť zasielať akékoľvek údaje pomocou Programu hospiCOM, Poskytovateľ môže namiesto Programu hospiCOM použiť na zasielanie týchto údajov aj webové rozhranie na internetovej stránke Poistovne.
- 4.4. Poskytovateľ je povinný pomocou Programu hospiCOM zasielať Poistovni najmenej jedenkrát počas pracovného dňa údaje potrebné na vedenie Zoznamu v štruktúre (dátovom rozhraní) určenej Poistovňou a zverejnenej na internetovej stránke Poistovne; to neplatí, ak Poskytovateľ počas pracovného dňa neprijal na Hospitalizáciu ani neukončil Hospitalizáciu žiadneho Pacienta.
- 4.5. Poskytovateľ, ktorý prijal Pacienta na Hospitalizáciu v dôsledku potreby poskytnúť mu neodkladnú zdravotnú starostlivosť, je povinný oznámiť túto skutočnosť Poistovni prostredníctvom Programu hospiCOM najneskôr v pracovný deň bezprostredne nasledujúci po dni začatia Hospitalizácie.
- 4.6. Poskytovateľ je povinný v zdravotnej dokumentácii Pacienta vyznačiť dátum a hodinu začatia Hospitalizácie a dátum a hodinu ukončenia Hospitalizácie. Poskytovateľ je ďalej povinný oznámiť Poistovni prostredníctvom Programu hospiCOM začatie aj ukončenie Hospitalizácie Pacienta.
- 4.7. Poskytovateľ nesmie prijať Pacienta na Hospitalizáciu na poskytovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti, ak mu Poistovňa neudelila súhlas na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti Pacientovi alebo skôr, než v deň určený Poistovňou v súhlase. Poskytovateľ môže prijať Pacienta na Hospitalizáciu na poskytovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti počas dňa, ktorý Poistovňa určí v súhlase, alebo kedykoľvek po tomto dni; ak takýto deň Poistovňa v súhlase neurčila, tak najskôr v deň udelenia súhlasu.
- 4.8. Poskytovateľ môže prijať na geriatrické oddelenie len Pacienta, ktorý v čase začatia Hospitalizácie dovŕšil 65. rok veku.
- 4.9. Poskytovateľ môže Pacienta, ktorému poskytuje ústavnú starostlivosť, preložiť na iné oddelenie u Poskytovateľa len v prípade, ak jeho zdravotný stav nevyhnutne vyžaduje Hospitalizáciu na inom oddelení u Poskytovateľa.
- 4.10. Poskytovateľ, ktorý poskytuje ústavnú starostlivosť, môže odoslať Pacienta na poskytovanie zdravotnej starostlivosti (ústavnej starostlivosti, ambulantnej starostlivosti vrátane vyšetrení spoločných vyšetruvacích a liečebných zložiek a poskytovania výkonov jednodňovej zdravotnej starostlivosti) k inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti len v nevyhnutných prípadoch, ak personálne a materiálno-technické vybavenie Poskytovateľa neumožňuje poskytnúť Pacientovi potrebnú zdravotnú starostlivosť vzhľadom na vývoj zdravotného stavu Pacienta. Odoslanie na ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti podľa predchádzajúcej vety musí byť podrobne odôvodnené v zdravotnej dokumentácii Pacienta u Poskytovateľa.

- 4.11. Poskytovateľ je povinný zabezpečiť, aby podanie vzorky lieku (§ 31 Zákona o liekoch) Pacientovi bolo zaznamenané v zdravotnej dokumentácii Pacienta.
- 4.12. Po ukončení Hospitalizácie je Poskytovateľ povinný vyhotoviť prepúšťaciu správu, ktorá musí obsahovať aj:
- zoznam liekov, ktoré Poskytovateľ podal Pacientovi počas Hospitalizácie;
  - zoznam liekov, ktoré Poskytovateľ odporúča predpisovať Pacientovi po ukončení Hospitalizácie; zoznam liekov môže pri jednotlivých liekoch obsahovať aj poznámku „Zákaz výdaja náhradného generického lieku“, ak odporúčajúci lekár považuje predpísanie generického lieku za nevhodné;
  - mená a kódy lekárov, ktorí odporúčali predpísanie liekov podľa písm. b., rešpektujúc indikačné a preskripčné obmedzenia.
- Poskytovateľ založí jedno vyhotovenie prepúšťacej správy podľa tohto bodu do zdravotnej dokumentácie Pacienta.
- 4.13. Poskytovateľ je povinný spolu s vykázaním zdravotnej starostlivosti za príslušné zúčtovacie obdobie oznámiť Poisťovni mená, priezviská a rodné čísla Pacientov, u ktorých sa počas Hospitalizácie v zúčtovacom období vyskytli nozokomiálne infekcie.
- 4.14. Poskytovateľ je povinný správne, pravdivo a úplne vykazovať Poisťovni zdravotnú starostlivosť spôsobom podľa platného dátového rozhrania pre ústavnú starostlivosť. V prípade, ak Poskytovateľ nevykáže Poisťovni všetky povinné položky podľa dátového rozhrania podľa predchádzajúcej vety, Poisťovňa vykázanú zdravotnú starostlivosť odmietne a vráti Poskytovateľovi na doplnenie.
- 4.15. Poskytovateľ je povinný počas trvania Hospitalizačného prípadu podľa bodu 15.2. písmeno a. Zmluvy (vrátane Hospitalizácie na DRG nerelevantnom oddelení, ktorej predchádzala Hospitalizácia na DRG relevantnom oddelení podľa bodu 15.2. písmeno b. Zmluvy a/alebo ktorá pokračovala Hospitalizáciou na DRG relevantnom oddelení podľa bodu 15.2. písmeno b. Zmluvy) uvádzať pri indikovaní zdravotnej starostlivosti na všetkých žiadankách a odporúčaniach na ambulantnú zdravotnú starostlivosť (vrátane zdravotnej starostlivosti poskytovanej zariadením spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek), ako aj na služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti ID Hospitalizačného prípadu, kód Poskytovateľa (oddelenia alebo ambulancie) a dátum indikácie.
- 4.16. Porušenie niektorej z povinností Poskytovateľa podľa bodov 4.2. až 4.6. a bodu 4.14. a 4.15. Zmluvy sa považuje za porušenie povinnosti podľa bodu 8.2. VZP.

## V. ÚHRADA ZA ZDRAVOTNÚ STAROSTLIVOSŤ

- 5.1. 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 článku V. až XV. Zmluvy. Poskytovateľ berie na vedomie, že Zdravotná poisťovňa bude pri úhrade zdravotnej starostlivosti postupovať v súlade s ustanovením § 9 ods. 2 zákona č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (v znení zákona č. 718/2004 Z.z.). Zdravotná poisťovňa v spolupráci s Poskytovateľom a dodávateľom informačného systému Poskytovateľa za týmto účelom vyvinie maximálne úsilie vedúce k tomu, aby bola informácia o tom, či je poistenec uvedený v zozname dlžníkov sprístupnená priamo v informačnom systéme Poskytovateľa. Týmto však nie je dotknutá povinnosť Poskytovateľa uvedená v bode 4.1. VZP.
- 5.2. Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi za ústavnú starostlivosť poskytnutú Poistencom EÚ v zmysle článku IX. VZP a poistencom poisťovne HIGHMARK v zmysle článku X. VZP úhradu za podmienok stanovených v článku XIV. a XV. Zmluvy, pričom úhrada za Hospitalizačný prípad na DRG relevantných oddeleniach podľa článku XV. Zmluvy sa určí súčinnom základnej sadzby, platnej v čase začiatku Hospitalizačného prípadu a efektívnej relatívnej váhy daného Hospitalizačného prípadu. Ustanovenia bodu 15.7. až 15.12. sa použijú primerane.
- 5.3. Na účely výpočtu úhrady za ústavnú starostlivosť podľa predchádzajúceho bodu sa zmluvné strany dohodli na pevnej sume základnej sadzby vo výške 1274 € (slovom: jedentisícdeväťdesiatštyri eur). Takto stanovená pevná suma základnej sadzby sa použije prvých 6 mesiacov od podpisu Zmluvy, až do konca kalendárneho štvrtroka, v ktorom uplynie táto lehota. Základná sadzba sa prehodnotí vždy od začiatku každého nasledujúceho kalendárneho štvrtroka, pričom jej výška sa určí nasledovne:

$$ZS = \frac{(\text{CelkUHR } x-n;\text{hod} + \text{EMZS}x-n;\text{hod} + \text{CNP}x-n;\text{hod}) - \text{PP } x-n;\text{hod}}{\text{CM}x-n;\text{hod}} ;$$

kde hodnoty uvedené vo vzorci majú rovnaký význam, aký im je pripísaný v bode 15.4. Zmluvy, okrem

- a) hodnoty n, ktorá sa použije ako označenie posledného kalendárneho mesiaca kalendárneho štvrťroka, ktorý dva kalendárne štvrťroky predchádza kalendárnemu štvrťroku, za ktorý sa určuje výška základnej sadzby
  - b) hodnoty PP, ktorá predstavuje hodnotu pripočítateľných položiek vykázaných Poskytovateľom a akceptovaných Poistovňou, ktorých úhrada je zahrnutá v CelkUHR.
- 5.4. Pokiaľ Poskytovateľ pri poskytovaní ambulantnej starostlivosti podal Poistencovi liek, ktorý je v Zozname kategorizovaných liekov (ďalej len „Zoznam liekov“) označený v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ alebo „AS“, patrí Poskytovateľovi cena lieku vo výške ceny nadobudnutia tohto lieku, ktorá však nesmie byť vyššia ako cena lieku uvedená v Zozname liekov ako „úhrada zdravotnou poisťovňou“ v čase podania lieku. V prípade obstarania takéhoto lieku prostredníctvom nemocničnej lekárne je poskytovateľ oprávnený vykázať cenu lieku vo výške ceny, za ktorú ju nadobudol, maximálne však do výšky predajnej ceny distribútora s DPH. Zároveň je poskytovateľ povinný tieto lieky vykazovať v základných vykazovacích jednotkách spôsobom uvedeným vo VZP.
- 5.5. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi úhradu na zhotovenie alebo obstaranie individuálne zhotovovanej stomatologickej fixnej a snímateľnej náhrady, individuálne zhotovovaného čelustnoortopedického fixného a snímateľného aparátu alebo inej zdravotníckej pomôcky používanej v stomatológii a čelustnej ortopédii (ďalej len „Stomatologická zdravotnícka pomôcka,“) rovnajúcu sa výške nákladov na zhotovenie alebo obstaranie Stomatologickej zdravotníckej pomôcky zníženú o úhradu Poistenca; Poistovňa však Poskytovateľovi uhradí najviac cenu Stomatologickej zdravotníckej pomôcky uvedenú ako „úhrada zdravotnou poisťovňou“ v Zozname kategorizovaných zdravotníckych pomôcok platnú v ten deň, kedy bola Stomatologická zdravotnícka pomôcka vydaná Poistencovi. Poistovňa neuhradí Poskytovateľovi úhradu za zhotovenie alebo obstaranie Stomatologickej zdravotníckej pomôcky, ak ju Poskytovateľ zhotovil alebo obstaral Poistencovi po prerušení liečby Poistencom na dobu dlhšiu ako 6 mesiacov; to sa nevzťahuje na prípady, ak liečba bola prerušená so súhlasom Poskytovateľa.
- 5.6. Pokiaľ Poskytovateľ v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, inej ako ústavnej starostlivosti poskytovanej na DRG relevantných oddeleniach podľa článku XV. Zmluvy, Poistencovi spotreboval materiál uvedený v zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov vydanom Ministerstvom zdravotníctva SR a tento materiál je zároveň uvedený v zozname kategorizovaných materiálov zverejnenom na webovom sídle Poistovne v sekcii „Lekár – časť zúčtovanie“, aktuálnom v čase použitia kategorizovaného materiálu, alebo v Prílohe č. 6 tejto Zmluvy (ďalej len „Zoznam kategorizovaných materiálov“), Poistovňa uhradí Poskytovateľovi samostatne cenu za tento materiál vo výške nadobúdacej ceny uhradenej Poskytovateľom za tento materiál, najviac však do výšky uvedenej v Zozname kategorizovaných materiálov. Rozdiel medzi nadobúdacou cenou uhradenou Poskytovateľom a cenou za materiál uvedenou v Zozname kategorizovaných materiálov je zahrnutá v úhrade za zdravotnú starostlivosť. Poskytovateľ vykazuje materiál podľa tohto bodu s použitím kódu uvedeného v Zozname kategorizovaných materiálov.
- 5.7. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi, ktorý poskytuje zdravotnú starostlivosť spočívajúcu vo výkonoch hyperbarickej oxygenoterapie, stereorádiokirurgie a pozitronovej emisnej tomografie, úhradu vo výške uvedenej v Prílohe č.7 Zmluvy. Poskytovateľ je povinný vykazovať zdravotnú starostlivosť spočívajúcu vo výkonoch hyperbarickej oxygenoterapie, stereorádiokirurgie a pozitronovej emisnej tomografie spôsobom uvedeným v prílohe podľa predchádzajúcej vety.
- 5.8. Poskytovateľ vykazuje poskytnutú zdravotnú starostlivosť spôsobom uvedeným vo VZP. Poskytovateľ je povinný vo faktúre okrem celkovej výšky úhrady za zdravotnú starostlivosť poskytnutú v zúčtovacom období uviesť aj výšku úhrady za:
- a. všeobecnú ambulantnú starostlivosť;
  - b. špecializovanú ambulantnú starostlivosť;
  - c. výkony spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek;
  - d. ústavnú starostlivosť;
  - e. lieky a zdravotnícke pomôcky.

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

- 6.1. Poistovňa a Poskytovateľ sa v súlade so zákonom č. 18/1996 Z.z. o cenách v znení neskorších predpisov dohodli, že Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti úhradu podľa pravidiel uvedených v článku III., V., VI. a VII. Zmluvy. Poskytovateľ berie na vedomie, že Zdravotná poisťovňa bude pri úhrade zdravotnej starostlivosti postupovať v súlade s ustanovením § 9 ods. 2 zákona č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (v znení zákona č. 718/2004 Z.z.) (ďalej len „Zákon o zdravotnom poistení“). Zdravotná poisťovňa v spolupráci s Poskytovateľom a dodávateľom informačného systému Poskytovateľa za týmto účelom vyvinie maximálne úsilie vedúce k tomu, aby bola informácia o tom, či je poistenec uvedený v zozname dlžníkov sprístupnená priamo v informačnom systéme Poskytovateľa. Týmto však nie je dotknutá povinnosť Poskytovateľa uvedená v bode 4.1. VZP.
- 6.2. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za každého Poistenca vo veku najmenej 18 rokov, s ktorým mal Poskytovateľ k poslednému dňu kalendárneho mesiaca, za ktorý vykazuje poskytnutú zdravotnú starostlivosť, uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „Kapitovaný poistenec“), paušálnu mesačnú úhradu (ďalej len „Kapitácia“). Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli na výške Kapitácie tak, ako je uvedené v prílohe č. 8 Zmluvy (ďalej len „Cenník VLD“). Poistovňa hradí Poskytovateľovi iba pomernú časť Kapitácie s presnosťou na počet dní trvania dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v príslušnom mesiaci, za ktorý Poskytovateľ vykazuje poskytnutú zdravotnú starostlivosť za Poistencov:
  - a. s ktorými Poskytovateľ uzatvoril dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v priebehu príslušného mesiaca, ak Kapitovaný poistenec nemal v tom čase uzatvorenú žiadnu dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v rovnakom špecializačnom odbore,
  - b. s ktorými zanikla v priebehu príslušného mesiaca dohoda o poskytovaní zdravotnej starostlivosti inak ako písomným odstúpením,
  - c. ktorým vzniklo alebo zaniklo verejné zdravotné poistenie v priebehu príslušného mesiaca.
- 6.3. Pokiaľ Kapitovaný poistenec uzatvoril skôr dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti okrem Poskytovateľa aj s iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v rovnakom špecializačnom odbore ako Poskytovateľ, Poistovňa uhradí Poskytovateľovi Kapitáciu len v prípade zániku pôvodnej dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej medzi iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a Kapitovaným poistencom, a to od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po mesiaci, v ktorom došlo k odstúpeniu od dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej medzi iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a Kapitovaným poistencom. Poskytovatelia sú povinní na základe informácie Poistovne prostredníctvom kapitačného protokolu riešiť konfliktné prípady vzájomnou dohodou.
- 6.4. Pokiaľ má Poskytovateľ dočasne pozastavené povolenie alebo dočasne neobsadenú ambulanciu, Poistovňa Kapitáciu počas tohto obdobia Poskytovateľovi nehradí. Poistovňa 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 Poistovni mesačný výkaz prírastku a úbytku Poistencov aj podľa platných kódov lekárov a Poskytovateľov a nielen podľa platnosti dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Neobsadenou ambulanciou sa na účely tejto Zmluvy rozumie ambulancia, na ktorú Poskytovateľ ukončil kód lekára a nenahlásil nový kód iného lekára.
- 6.5. Kapitácia zahŕňa úhradu za zdravotnú starostlivosť, ktorú Poskytovateľ poskytol Kapitovanému poistencovi, a náklady, ktoré Poskytovateľ vynaložil pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti Kapitovanému poistencovi. Kapitácia nezahŕňa:
  - a. náklady na lieky, ktoré sú v Zozname kategorizovaných liekov (ďalej len „Zoznam liekov“) označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ alebo „AS“; v tomto prípade patrí Poskytovateľovi cena lieku, ktorý podal Poistencovi, vo výške ceny nadobudnutia tohto lieku, ktorá však nesmie byť vyššia ako cena lieku uvedená v Zozname liekov ako „úhrada zdravotnou 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 materiálno-technické vybavenie Poskytovateľa podľa všeobecne záväzných právnych predpisov;
- d. iné náklady a zdravotné výkony, pokiaľ to vyplýva zo všeobecne záväzných právnych predpisov alebo z Cenníka VLD.

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

- a. Kapitovanému poistencovi ako zdravotný výkon, ktorý nie je podľa bodu 6.5. Zmluvy zahrnutý v Kapitácii;
- b. Poistencovi, ktorý nie je Kapitovaným poistencom, ako neodkladnú zdravotnú starostlivosť;
- c. za podmienok uvedených v článku IX. VZP poistencovi Európskej únie;
- d. za podmienok uvedených v článku X. VZP poistencovi 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.

6.7. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že Poskytovateľ poskytne zdravotnú starostlivosť podľa bodu 6.6. písm. a. Zmluvy maximálne do finančného objemu vo výške uvedenej v Cenníku VLD (ďalej len „Finančný objem“), pokiaľ z pravidiel uvedených v bodoch 6.8. až 6.10. Zmluvy nevyplýva vyššia hodnota Finančného objemu. Finančný objem je dohodnutý na kalendárny mesiac. Do Finančného objemu sa nezahŕňa zdravotná starostlivosť poskytnutá pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia a zdravotné výkony a iné náklady uvedené v Cenníku VLD.

6.8. Pokiaľ Poskytovateľ poskytol Poistencom počas kalendárneho mesiaca zdravotnú starostlivosť v rozsahu nižšom ako Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac, potom platí, že Finančný objem na bezprostredne nasledujúci kalendárny mesiac sa zvyšuje o nedočerpaný Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac (t.j. zvyšuje sa o rozdiel medzi Finančným objemom na aktuálny kalendárny mesiac a hodnotou zdravotnej starostlivosti poskytnutej Poistencom v aktuálnom kalendárnom mesiaci).

6.9. Pokiaľ Poskytovateľ poskytol Poistencom počas kalendárneho mesiaca zdravotnú starostlivosť v rozsahu vyššom ako Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac, rozdiel medzi výškou úhrady za zdravotnú starostlivosť a Finančným objemom na aktuálny kalendárny mesiac (ďalej len „Prečerpanie objemu“) Poistovňa uhradí Poskytovateľovi v nasledujúcich kalendárnych mesiacoch, v ktorých Poskytovateľ Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 6.8. Zmluvy) nedočerpá.

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

## VII. DODATKOVÁ KAPITÁCIA VLD

7.1. Poistovňa sa za podmienok dohodnutých v tomto bode zaväzuje spolu s Kapitáciou uhradíť Poskytovateľovi za každého Kapitovaného poistenca dodatkovú paušálnu mesačnú úhradu (ďalej len „Dodatková kapitácia“), ktorej hodnota je závislá od plnenia parametrov Kvality, Efektívnosti a Inovácií.

7.2. Poistovňa z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v tabuľkách označených ako „Parametre Kvality a Inovácií“, ktoré sa použijú na výpočet základu pre výpočet Dodatkovkej kapitácie a „Parametre Efektívnosti“, ktoré sa použijú na výpočet výslednej hodnoty Dodatkovkej kapitácie. Parametre Kvality, Efektívnosti a Inovácií sú súčasťou Cenníka VLD.

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

7.4. Poistovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov, ktorý je uvedený v tabuľke podľa bodu 7.3. Zmluvy tak, že zistí či Poskytovateľ v Sledovanom období dosiahol príslušnú hranicu stanovenú pre splnenie daného parametra.

7.5. Poistovňa vypočíta výsledný koeficient Kvality a Inovácií Poskytovateľa (ďalej aj „KKI“) podľa vzorca:

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

kde  $h_1$  až  $h_7$  sú hodnoty parametra zistené z tabuľky podľa bodu 7.3. Zmluvy,  
a  $v_1$  až  $v_7$  sú váhy príslušného parametra zistené z tabuľky podľa bodu 7.3. Zmluvy.

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

$$ZDK = (ZvHDK - ZHDK) * KKI + ZHDK,$$

kde ZvHDK znamená zvýhodnená hodnota Dodatkovkej kapitácie uvedená v Cenníku VLD

ZHDK znamená základná hodnota Dodatkovkej kapitácie uvedená v Cenníku VLD

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

7.8. Poisťovňa použije pre zistenie a výpočet hodnoty každého parametra uvedeného v tabuľke podľa bodu 7.7. Zmluvy údaje za dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky, z ktorých posledný kalendárny štvrťrok bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva výpočet.

7.9. Poisťovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov uvedený v tabuľke podľa bodu 7.7. 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

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

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

kde  $h_1$  až  $h_3$  je hodnota príslušného parametra zistená z tabuľky podľa bodu 7.7. Zmluvy, pričom sa použije hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „pod pásmom“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je nižšia ako jeho stredná hodnota znížená o hodnotu štandardnej odchýlky (bod 7.9. písm. d. Zmluvy), alebo hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „v pásme“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je vyššia alebo rovná jeho strednej hodnote zníženej o hodnotu štandardnej odchýlky, avšak zároveň nižšia alebo rovná jeho strednej hodnote zvýšenej o hodnotu štandardnej odchýlky, alebo hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „nad pásmom“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je vyššia ako jeho stredná hodnota zvýšená o hodnotu štandardnej odchýlky, a  $v_1$  až  $v_3$  je váha príslušného parametra zistená z tabuľky podľa bodu 7.7. Zmluvy.

7.11. Výška Dodatkovkej kapitácie sa vypočíta ako násobok základu pre výpočet Dodatkovkej kapitácie podľa bodu 7.6 Zmluvy a Koefficientu Efektívnosti. Dodatková kapitácia sa zaokrúhli matematicky na šesť desatinných miest. Takto zistená Dodatková kapitácia patrí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti počas kalendárneho polroka nasledujúcom po výpočte podľa tohto článku Zmluvy. Poisťovňa je povinná vypočítať a oznámiť Poskytovateľovi výšku Dodatkovkej kapitácie vždy najneskôr pred začiatkom toho kalendárneho polroka, za ktorý bude Poskytovateľovi Dodatková kapitácia patriť.

7.12. Do skončenia toho kalendárneho polroka, v ktorom Zmluva nadobudla účinnosť v prvý deň kalendárneho polroka, sa uplatní ako Koefficient Kvality a Inovácií (KKI) a Koefficient Efektívnosti (KE) číslo podľa bodu 7.12. Zmluvy. V prípade, ak Zmluva nadobudne účinnosť neskôr ako prvým dňom daného kalendárneho polroka, uplatní sa výška Dodatkovkej kapitácie podľa predchádzajúcej vety aj počas kalendárneho polroka 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.

7.13. Zmluvné strany sa dohodli, že v prechodnom období podľa bodu 7.11. Zmluvy sa uplatní Koefficient Kvality a Inovácií (KKI) **vo výške 43%** a Koefficient Efektívnosti (KE) **vo výške 71%**. Výsledná výška Dodatkovkej kapitácie vypočítaná podľa tohto článku je **DK=0,442539 €**.

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

- 8.1. Poistovňa a Poskytovateľ sa v súlade so zákonom č. 18/1996 Z.z. o cenách v znení neskorších predpisov dohodli, že Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti úhradu podľa pravidiel uvedených v článku III., V., VIII. a IX. Zmluvy. Poskytovateľ berie na vedomie, že Zdravotná poisťovňa bude pri úhrade zdravotnej starostlivosti postupovať v súlade s ustanovením § 9 ods. 2 zákona č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (v znení zákona č. 718/2004 Z.z.). Zdravotná poisťovňa v spolupráci s Poskytovateľom a dodávateľom informačného systému Poskytovateľa za týmto účelom vyvinie maximálne úsilie vedúce k tomu, aby bola informácia o tom, či je poistenec uvedený v zozname dlžníkov prístupná priamo v informačnom systéme Poskytovateľa. Týmto však nie je dotknutá povinnosť Poskytovateľa uvedená v bode 4.1. VZP.
- 8.2. Poistovňa 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“). Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli na výške Kapitácie tak, ako je uvedené v prílohe č. 9 Zmluvy (ďalej len „Cenník VLDD“). Poistovňa hradí Poskytovateľovi iba pomernú časť Kapitácie s presnosťou na počet dní trvania dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v príslušnom mesiaci, za ktorý Poskytovateľ vykazuje poskytnutú zdravotnú starostlivosť za Poistencov:
- a. s ktorými Poskytovateľ uzatvoril dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v priebehu príslušného mesiaca, ak Kapitovaný poistenec nemal v tom čase uzatvorenú žiadnu dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v rovnakom špecializačnom odbore,
  - b. s ktorými zanikla v priebehu príslušného mesiaca dohoda o poskytovaní zdravotnej starostlivosti inak ako písomným odstúpením,
  - c. ktorým vzniklo alebo zaniklo verejné zdravotné poistenie v priebehu príslušného mesiaca.
- 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, 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.
- 8.4. Pokiaľ má Poskytovateľ dočasne pozastavené povolenie alebo dočasne neobsadenú ambulanciu, Poistovňa Kapitáciu počas tohto obdobia Poskytovateľovi nehradí. Poistovňa 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 Poistovni mesačný výkaz prírastku a úbytku Poistencov aj podľa platných kódov lekárov a Poskytovateľov a nielen podľa platnosti dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Neobsadenou ambulanciou sa na účely tejto Zmluvy rozumie ambulancia, na ktorú Poskytovateľ ukončil kód lekára a nenahlásil nový kód iného lekára.
- 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“ alebo „AS“; v tomto prípade patrí Poskytovateľovi cena lieku, ktorý podal Poistencovi, vo výške ceny nadobudnutia tohto lieku, ktorá však nesmie byť vyššia ako cena lieku uvedená v Zozname liekov ako „úhrada zdravotnou poisťovňou“. Ak Poskytovateľ podá Poistencovi len časť balenia lieku, cena lieku podľa predchádzajúcej vety sa určí ako súčin ceny celého balenia lieku a podielu podaných kusov lieku a celkového počtu kusov lieku v balení;
  - 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 VLDD;

- c. iné náklady a zdravotné výkony, pokiaľ to vyplýva zo všeobecne záväzných právnych predpisov alebo z Cenníka VLDD.
- 8.6. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi úhradu za zdravotnú starostlivosť, ktorú poskytol Kapitovanému poistencovi ako zdravotný výkon, ktorý nie je podľa bodu 8.5. Zmluvy zahrnutý v Kapitácii. Úhrada podľa predchádzajúcej vety sa stanoví:
- výpočtom ako násobok príslušnej jednotkovej ceny bodu uvedenej v Cenníku VLDD a bodového vyjadrenia hodnoty zdravotného výkonu uvedeného v rozhodnutí Ministerstva zdravotníctva SR o regulácii ceny v oblasti cien výrobkov, služieb a výkonov v zdravotníctve účinného vždy v čase, keď bol vykonaný zdravotný výkon,
  - podľa jednotkovej ceny výkonu uvedenej v Cenníku VLDD.
- 8.7. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi úhradu za iné náklady súvisiace s poskytnutou zdravotnou starostlivosťou, ktoré nie sú podľa bodu 8.5. Zmluvy zahrnuté v Kapitácii podľa Cenníka VLDD.

## IX. ÚHRADA ZA VÝKONY VLDD

- 9.1. Poistovňa 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.
- 9.2. Poistovňa z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v tabuľkách označených ako „Parametre Kvality a Inovácií“ a „Parametre Efektívnosti“, ktoré sú súčasťou Cenníka VLDD.
- 9.3. Poistovňa použije pre zistenie a výpočet hodnoty každého parametra uvedeného v tabuľke „Parametre Kvality, Efektívnosti a Inovácií“ údaje za dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky, z ktorých posledný kalendárny štvrťrok bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva výpočet (ďalej len „Sledované obdobie“).
- 9.4. Poistovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov Kvality a Inovácií, ktorý je uvedený v tabuľke podľa bodu 9.3. Zmluvy tak, že zistí či Poskytovateľ v Sledovanom období dosiahol príslušnú hranicu stanovenú pre splnenie daného parametra. V prípade, ak má niektorý z parametrov Kvality a Inovácií uvedené plnenie pod pásmom, v pásme a nad pásmom, určí sa jeho hodnota spôsobom podľa bodov 9.8. až 9.10. tohto článku Zmluvy.
- 9.5. Poistovňa vypočíta výsledné plnenie parametrov a určí Koefficient Kvality a Inovácií Poskytovateľa (ďalej aj „KKI“) podľa vzorca:
- $$KKI = h_1 \times v_1 + h_2 \times v_2 + h_3 \times v_3 + h_4 \times v_4 + h_5 \times v_5 + h_6 \times v_6 + h_7 \times v_7,$$
- kde  $h_1$  až  $h_7$  sú hodnoty parametra zistené z tabuľky podľa bodu 9.3. Zmluvy, a  $v_1$  až  $v_7$  sú váhy príslušného parametra zistené z tabuľky podľa bodu 9.3. Zmluvy.
- 9.6. Poistovňa z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v tabuľke označenej ako „Parametre Efektívnosti“, ktorá je súčasťou Cenníka VLDD.
- 9.7. Poistovňa použije pre zistenie a výpočet hodnoty každého parametra uvedeného v tabuľke podľa bodu 9.6. Zmluvy údaje za dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky, z ktorých posledný kalendárny štvrťrok bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva výpočet.
- 9.8. Poistovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov uvedených v tabuľke podľa bodu 9.6. Zmluvy týmto spôsobom:
- Poistovňa zistí každý z parametrov za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí poskytujú ambulatnú zdravotnú starostlivosť v rovnakom špecializačnom odbore ako Poskytovateľ;
  - Poistovňa zoradí hodnoty parametrov zistené za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti vzostupne;
  - Poistovňa neprihliada na hodnoty parametrov tých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí v poradí podľa písm. b. dosiahli 20 % najnižších hodnôt a 20 % najvyšších hodnôt;
  - Poistovňa z hodnôt parametrov zistených u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti s výnimkou tých, na ktorých hodnoty parametrov neprihliada podľa písm. c., vypočíta strednú hodnotu (priemer) a hodnotu štandardnej odchýlky.
- 9.9. 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 9.6. Zmluvy, pričom sa použije hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „pod pásmom“, ak hodnota príslušného parametra

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

9.10. Výška úhrady za výkony sa vypočíta podľa nasledujúceho vzorca

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

CV je výsledná cena výkonu

ZCV je základná cena výkonu

ZvCV je zvýhodnená cena výkonu

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

9.12. Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi úhradu podľa tohto článku Zmluvy len v rozsahu Finančného objemu uvedeného v Cenníku VLDD. Finančný objem je dohodnutý na kalendárny mesiac. Do Finančného objemu sa nezahŕňa úhrada za výkony podľa bodu 9.15. 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, Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi sumu rovnajúcu sa dolnej hranici Finančného objemu. V prípade, ak Poskytovateľ poskytol Poistencom počas kalendárneho mesiaca zdravotnú starostlivosť v rozsahu vyššom ako je horná hranica Finančného objemu na kalendárny mesiac, Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi sumu rovnajúcu sa hornej hranici Finančného objemu.

9.13. Do skončenia toho kalendárneho polroka, v ktorom Zmluva nadobudla účinnosť v prvý deň kalendárneho polroka, sa uplatní ako Koefficient Kvality a Inovácií a koefficient Efektívnosti (KKI + KE) číslo uvedené podľa bodu 9.14. Zmluvy. V prípade, ak Zmluva nadobudne účinnosť neskôr ako prvým dňom daného kalendárneho polroka, uplatní sa ako Koefficient Kvality a Inovácií a koefficient Efektívnosti (KKI + KE) číslo uvedené podľa bodu 9.14. Zmluvy aj na nasledujúci kalendárny polrok, ak Poskytovateľ nemal pred účinnosťou Zmluvy uzatvorenú s Poisťovňou zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s obdobným vecným rozsahom zdravotnej starostlivosti, aký sa dohodol v Zmluve.

9.14. Zmluvné strany sa dohodli, že v prechodnom období podľa bodu 9.13. Zmluvy sa uplatní Koefficient Kvality a Inovácií a Koefficient Efektívnosti (KKI + KE) vo výške **54%**. Výsledná výška úhrady za výkony v prechodnom období vypočítaná podľa tohto článku je:

Výkon	Cena (€)
8	-
4	-
1	-
250	-

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

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

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

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

10.1. Poisťovňa a Poskytovateľ sa v súlade so zákonom č. 18/1996 Z.z. o cenách v znení neskorších predpisov dohodli, že Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti úhradu podľa pravidiel uvedených v článku III., V, X. a XI. Zmluvy. Poskytovateľ berie na vedomie, že Zdravotná

poisťovňa bude pri úhrade zdravotnej starostlivosti postupovať v súlade s ustanovením § 9 ods. 2 zákona č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (v znení zákona č. 718/2004 Z.z.). Zdravotná poisťovňa v spolupráci s Poskytovateľom a dodávateľom informačného systému Poskytovateľa za týmto účelom vyvinie maximálne úsilie vedúce k tomu, aby bola informácia o tom, či je poistenec uvedený v zozname dlžníkov sprístupnená priamo v informačnom systéme Poskytovateľa. Týmto však nie je dotknutá povinnosť Poskytovateľa uvedená v bode 4.1. VZP.

- 10.2. Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi za každého 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“). Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli na výške Kapitácie tak, ako je uvedené v prílohe č. 10 Zmluvy (ďalej len „Cenník GYN“). Poisťovňa hradí Poskytovateľovi iba pomernú časť Kapitácie s presnosťou na počet dní trvania dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v príslušnom mesiaci, za ktorý Poskytovateľ vykazuje poskytnutú zdravotnú starostlivosť za Poistencov:
  - 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.
- 10.3. Pokiaľ Kapitovaný poistenec uzatvoril skôr dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti okrem Poskytovateľa aj s iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v rovnakom špecializačnom odbore ako Poskytovateľ, Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi Kapitáciu len v prípade zániku pôvodnej dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej medzi iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a Kapitovaným poistencom, a to od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po mesiaci, v ktorom došlo k odstúpeniu od dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej medzi iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a Kapitovaným poistencom. Poskytovatelia sú povinní na základe informácie Poisťovne prostredníctvom kapitačného protokolu riešiť konfliktné prípady vzájomnou dohodou.
- 10.4. Pokiaľ má Poskytovateľ dočasne pozastavené povolenie alebo dočasne neobsadenú ambulanciu Poisťovňa Kapitáciu počas tohto obdobia Poskytovateľovi nehradí. Poisťovňa neuhradí Kapitáciu za dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti aj v prípade, ak Poskytovateľ oznámil ukončenie kódu lekára alebo kódu Poskytovateľa, na ktoré sú evidované dotknuté dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Poskytovateľ je povinný nahlasovať Poisťovni mesačný výkaz prírastku a úbytku Poistencov aj podľa platných kódov lekárov a Poskytovateľov a nie len podľa platnosti dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Neobsadenou ambulanciou sa na účely tejto Zmluvy rozumie ambulancia na ktorú Poskytovateľ ukončil kód lekára a nenahlásil nový kód iného lekára.
- 10.5. Kapitácia zahŕňa úhradu za zdravotnú starostlivosť, ktorú Poskytovateľ poskytol Kapitovanému poistencovi, a náklady, ktoré Poskytovateľ vynaložil pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti Kapitovanému poistencovi. Kapitácia nezahŕňa:
  - a. náklady na lieky, ktoré sú v Zozname kategorizovaných liekov (ďalej len „Zoznam liekov“) označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ alebo „AS“; v tomto prípade patrí Poskytovateľovi cena lieku, ktorý podal Poistencovi, vo výške ceny nadobudnutia tohto lieku, ktorá však nesmie byť vyššia ako cena lieku uvedená v Zozname liekov ako „úhrada zdravotnou 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 (bod 3.4. Zmluvy);
  - d. iné náklady a zdravotné výkony, pokiaľ to vyplýva zo všeobecne záväzných právnych predpisov alebo z Cenníka GYN.
- 10.6. Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi úhradu za zdravotnú starostlivosť, ktorú poskytol:

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

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

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

## **XI. DODATKOVÁ KAPITÁCIA GYN**

- 11.1. 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“).
- 11.2. Poisťovňa z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v tabuľke označenej ako „Parametre pre výpočet dodatkovej kapitácie“, ktorá je súčasťou Cenníka GYN.
- 11.3. Poisťovňa použije pre zistenie a výpočet hodnoty parametra uvedeného v tabuľke podľa bodu 11.2. Zmluvy údaje za štyri po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky, z ktorých posledný kalendárny štvrťrok bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva výpočet. Pre výpočet parametra Dostupnosť zdravotnej starostlivosti sa použije stav k poslednému dňu sledovaného obdobia podľa predchádzajúcej vety.
- 11.4. Poisťovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov uvedený v tabuľke podľa bodu 11.2. 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.

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

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

kde  $h_1$  až  $h_6$  je hodnota príslušného parametra zistená z tabuľky podľa bodu 11.2. Zmluvy, pričom sa použije hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „pod pásmom“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je nižšia ako jeho stredná hodnota znížená o hodnotu štandardnej odchýlky (bod 11.4. písm. d. Zmluvy), alebo hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „v pásme“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je vyššia alebo rovná jeho strednej hodnote zníženej o hodnotu štandardnej odchýlky, avšak zároveň nižšia alebo rovná jeho strednej hodnote zvýšenej o hodnotu štandardnej odchýlky, alebo hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „nad pásmom“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je vyššia ako jeho stredná hodnota zvýšená o hodnotu štandardnej odchýlky, a  $v_1$  až  $v_6$  je váha príslušného parametra zistená z tabuľky podľa bodu 11.2. Zmluvy. V prípade, ak parameter nemá v tabuľke podľa bodu 11.2. Zmluvy uvedené plnenie v pásmach, určí sa jeho splnenie podľa toho či Poskytovateľ dosiahol, alebo nedosiahol podmienky uvedené v danom parametri.

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

11.7. Do skončenia toho kalendárneho polroka, v ktorom Zmluva nadobudla účinnosť v prvý deň kalendárneho polroka, sa použije ako HKK číslo uvedené v tabuľke podľa bodu 11.2. Zmluvy. V prípade, ak Zmluva nadobudne účinnosť neskôr ako prvým dňom daného kalendárneho polroka, 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 Poistovňou zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s obdobným vecným rozsahom zdravotnej starostlivosti, aký sa dohodol v Zmluve.

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

12.1. Poistovňa a Poskytovateľ sa v súlade so zákonom č. 18/1996 Z.z. o cenách v znení neskorších predpisov dohodli, že Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti úhradu podľa pravidiel uvedených v článku III., V., XII. a XIII. Zmluvy. Poskytovateľ berie na vedomie, že Zdravotná poisťovňa bude pri úhrade zdravotnej starostlivosti postupovať v súlade s ustanovením § 9 ods. 2 zákona č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (v znení zákona č. 718/2004 Z.z.). Zdravotná poisťovňa v spolupráci s Poskytovateľom a dodávateľom informačného systému Poskytovateľa za týmto účelom vyvinie maximálne úsilie vedúce k tomu, aby bola informácia o tom, či je poistenec uvedený v zozname dlžníkov sprístupnená priamo v informačnom systéme Poskytovateľa. Týmto však nie je dotknutá povinnosť Poskytovateľa uvedená v bode 4.1. VZP.

12.2. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za všetky zdravotné výkony, ktoré počas zúčtovacieho obdobia vykonal pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti Poistencom počas šiestich zúčtovacích období podľa tohto článku. Právo Poistovne vykonať kontrolu poskytovania zdravotnej starostlivosti a neuhradiť úhradu za zdravotné výkony, ktoré neboli vykázané správne, pravdivo a úplne, tým nie je dotknuté.

12.3. Úhrada za zdravotnú starostlivosť sa vypočíta ako násobok príslušnej jednotkovej ceny bodu uvedenej v prílohe č. 11 Zmluvy a vypočítanej podľa článku XIII. Zmluvy (ďalej len „Cenník výkonov“) a bodového vyjadrenia hodnoty zdravotného výkonu uvedeného v rozhodnutí Ministerstva zdravotníctva SR o regulácii ceny v oblasti cien výrobkov, služieb a výkonov v zdravotníctve účinného vždy v čase, keď bol vykonaný zdravotný výkon (ďalej len „Zoznam výkonov s bodovým ohodnotením“).

12.4. Pokiaľ hodnota zdravotných výkonov vyjadrená ich bodovou hodnotou, ktoré vykonal Poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti Poistencom počas šiestich zúčtovacích období v období kalendárneho polroka, dosiahne hodnotu uvedenú v Cenníku výkonov (ďalej len „Základný rozsah“), Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za tie zdravotné výkony, ktoré vykonal počas týchto zúčtovacích období po dosiahnutí Základného rozsahu, úhradu vypočítanú spôsobom podľa bodu 12.3. Zmluvy, avšak príslušná jednotková cena bodu sa vynásobí koeficientom Efektívnosti Poskytovateľa vypočítaným podľa článku XIII. Zmluvy; pokiaľ by súčin príslušnej jednotkovej ceny bodu a koeficientu Efektívnosti

Poskytovateľa bol nižší ako minimálna jednotková cena uvedená v Cenníku výkonov, na výpočet sa použije jednotková cena bodu vo výške tejto minimálnej jednotkovej ceny. Pri zdravotných výkonoch, ktoré Poskytovateľ vykonal pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti osobe uvedenej v bode 1.1. Zmluvy, ktorá nie je poistencom Poistovne, sa koeficient Efektívnosti Poskytovateľa rovná číslu „1“; v Cenníku výkonov môže byť uvedené, pri ktorých ďalších zdravotných výkonoch sa hodnotiaci koeficient rovná číslu „1“. Ustanovenie tohto bodu Zmluvy platí len v prípade, ak sa podľa bodu 13.11. Zmluvy u Poskytovateľa uplatňuje Základný rozsah. Poistovňa si vyhradzuje právo uplatniť Základný rozsah pre vybrané špecializačné odbornosti odo dňa účinnosti Zmluvy. Zoznam špecializačných odborností, pre ktoré sa uplatňuje Základný rozsah je uvedený v Cenníku výkonov.

12.5. Pokiaľ Poskytovateľ podal Poistencovi liek, ktorý je v Zozname kategorizovaných liekov (ďalej len „Zoznam liekov“) označený v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ alebo „AS“, patrí Poskytovateľovi cena lieku vo výške ceny nadobudnutia tohto lieku, ktorá však nesmie byť vyššia ako cena lieku uvedená v Zozname liekov ako „úhrada zdravotnou poisťovňou“. Ak Poskytovateľ podal Poistencovi len časť balenia lieku, cena lieku podľa predchádzajúcej vety sa určí ako súčin ceny celého balenia lieku a podielu podaných kusov lieku a celkového počtu kusov lieku v balení.

12.6. 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“ alebo „AS“ a na materiál uvedený v bode 5.6. Zmluvy, ak boli tieto náklady vynaložené v súvislosti s výkonmi podľa tohto písmena,

maximálne do finančných objemov uvedených v Cenníku výkonov (ďalej len „Finančný objem“), pokiaľ z pravidiel uvedených v bodoch 12.7. až 12.9. Zmluvy nevyplýva vyššia hodnota Finančného objemu. Finančný objem je dohodnutý na kalendárny mesiac. Do Finančného objemu sa nezahŕňa zdravotná starostlivosť poskytnutá iným osobám, ako sú poistenci Poistovne, a zdravotné výkony a iné náklady uvedené v Cenníku výkonov.

12.7. Pokiaľ Poskytovateľ poskytol Poistencom počas kalendárneho mesiaca zdravotnú starostlivosť v rozsahu nižšom ako Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac, potom platí, že Finančný objem na bezprostredne nasledujúci kalendárny mesiac sa zvyšuje o nedočerpaný Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac (t.j. zvyšuje sa o rozdiel medzi Finančným objemom na aktuálny kalendárny mesiac a hodnotou zdravotnej starostlivosti poskytnutej Poistencom v aktuálnom kalendárnom mesiaci).

12.8. Pokiaľ Poskytovateľ poskytol Poistencom počas kalendárneho mesiaca zdravotnú starostlivosť v rozsahu vyššom ako Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac, rozdiel medzi výškou úhrady za zdravotnú starostlivosť a Finančným objemom na aktuálny kalendárny mesiac (ďalej len „Prečerpanie objemu“) Poistovňa uhradí Poskytovateľovi v nasledujúcich kalendárnych mesiacoch, v ktorých Poskytovateľ Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 12.7. Zmluvy) nedočerpá.

12.9. Poskytovateľ berie na vedomie, že Poistovňa pri úhrade Prečerpania objemu postupuje tak, aby celková výška úhrady za zdravotnú starostlivosť v kalendárnom mesiaci nepresiahla Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 12.7. Zmluvy). Poskytovateľ ďalej berie na vedomie, že zvýšenie Finančného objemu o nedočerpaný Finančný objem podľa bodu 12.7. Zmluvy a úhrada Prečerpania objemu podľa bodu 12.8. Zmluvy sú možné len v rámci jedného kalendárneho roka, a to toho kalendárneho roka, v ktorom Poskytovateľ Finančný objem nedočerpá alebo prečerpá.

12.10. Zmluvné strany sa dohodli, že pod agregovanými výkonmi sa podľa tejto Zmluvy rozumie skupina viacerých výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek v špecializačných odboroch lekárska genetika, patologická anatómia vykazovaných pod spoločným kódom (ďalej len „agregované výkony“), ktoré sú uvedené v prílohe tejto Zmluvy, pričom Poskytovateľovi sa uhrádza cena za agregované výkony ako celok. Indikovanie agregovaných výkonov môže byť obmedzené na konkrétne špecializačné odbornosti a choroby tak, ako je zverejnené na webovom sídle Poistovne v sekcii „Lekár- ako zúčtovať starostlivosť – pravidlá vykazovania agregovaných výkonov“. V prípadoch genetických vyšetrovaní zriedkavých chorôb sú k jednotlivým kódom výkonov priradené choroby, ktorých vyšetrenie sa vykonáva pod týmito kódmi. Každé prípadné rozšírenie škály chorôb a ich priradenie k jednotlivým kódom výkonov schvaľuje Poistovňa na návrh Poskytovateľa vopred.

12.11. Zmluvné strany sa dohodli, že pri rokovaní o úhrade výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek nad rámec dohodnutého Finančného objemu alebo o úprave výšky Finančného objemu v tej časti, v ktorej je prekročenie Finančného objemu spôsobené vyššími nákladmi na prepočítaného

poistenca v porovnaní s priemerom danej odbornosti vypočítanými pre účely parametra Náklady na pacienta, bude zohľadnené plnenie tohto parametra.

- 12.12. Body 12.3. a 12.4. Zmluvy sa nevzťahujú na poskytovanie zdravotných výkonov dialýzy v dialyzačnom centre.
- 12.13. Výška úhrady za jednotlivé výkony dialýzy v dialyzačnom centre je uvedená v osobitnej tabuľke, ktorá tvorí súčasť Cenníka výkonov. Poskytovateľ je povinný pri vykazovaní výkonov dialýzy v dialyzačnom centre uvádzať ich kódy uvedené v Cenníku výkonov. Ceny dialýzy v dialyzačnom centre podľa tohto bodu Zmluvy zahŕňajú všetky náklady spojené s poskytnutím výkonu dialýzy, vrátane potrebných liekov.

### XIII. HODNOTIACI KOEFICIENT

- 13.1. V prípade, ak je pre niektoré výkony stanovená v Cenníku výkonov základná a zvyhodnená cena bodu, je výsledná cena bodu závislá od plnenia parametrov Kvality, Efektívnosti a Inovácií a vypočíta sa spôsobom podľa tohto článku Zmluvy.
- 13.2. Poisťovňa z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v tabuľkách označených ako „Parametre Kvality a Inovácií“ a „Parametre Efektívnosti“, ktoré sú súčasťou Cenníka výkonov.
- 13.3. 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“).
- 13.4. Poisťovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov Kvality a Inovácií, ktorý je uvedený v tabuľke podľa bodu 13.3. Zmluvy tak, že zistí či Poskytovateľ v Sledovanom období dosiahol príslušnú hranicu stanovenú pre splnenie daného parametra.
- 13.5. Poisťovňa vypočíta výsledné plnenie parametrov a určí Koeficient Kvality a Inovácií Poskytovateľa (ďalej aj „KKI“) podľa vzorca:
- $$KKI = h_1 \times v_1 + h_2 \times v_2 + h_3 \times v_3 + h_4 \times v_4 + h_5 \times v_5 + h_6 \times v_6,$$
- kde  $h_1$  až  $h_6$  sú hodnoty parametra zistené z tabuľky podľa bodu 13.3. Zmluvy,  
a  $v_1$  až  $v_6$  sú váhy príslušného parametra zistené z tabuľky podľa bodu 13.3. Zmluvy,
- $$KKI^* = h_1 \times v_1 + h_2 \times v_2 + h_3 \times v_3 + h_4 \times v_4 + h_5 \times v_5 + h_6 \times v_6 + h_7 \times v_7$$
- kde  $h_1$  až  $h_7$  sú hodnoty parametra zistené z tabuľky podľa bodu 13.3. Zmluvy,  
a  $v_1$  až  $v_7$  sú váhy príslušného parametra zistené z tabuľky podľa bodu 13.3. Zmluvy.  
*\*platí pre odbornosť 050 Diabetológia*
- 13.6. Poisťovňa z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v tabuľke označenej ako „Parametre Efektívnosti“, ktorá je súčasťou Cenníka výkonov.
- 13.7. Poisťovňa použije pre zistenie a výpočet hodnoty každého parametra uvedeného v tabuľke podľa bodu 13.6. Zmluvy údaje vždy pre príslušný špecializačný odbor podľa prílohy č. 1, a to za dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky, z ktorých posledný kalendárny štvrťrok bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva výpočet.
- 13.8. Poisťovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov uvedených v tabuľke podľa bodu 13.6. Zmluvy týmto spôsobom:
- Poisťovňa zistí každý z parametrov za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí poskytujú ambulatnú zdravotnú starostlivosť alebo výkony v zariadeniach SVLZ 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.
- 13.9. Poisťovňa vypočíta Koeficient Efektívnosti Poskytovateľa (ďalej aj „KE“) podľa vzorca:
- $$KE = h_1 \times v_1 + h_2 \times v_2,$$

kde  $h_1$  až  $z_2$  je hodnota príslušného parametra zistená z tabuľky podľa bodu 13.6. Zmluvy, pričom sa použije hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „pod pásmom“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je nižšia ako jeho stredná hodnota znížená o hodnotu štandardnej odchýlky (bod 13.8. písm. d. Zmluvy), alebo hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „v pásme“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je vyššia alebo rovná jeho strednej hodnote zníženej o hodnotu štandardnej odchýlky, avšak zároveň nižšia alebo rovná jeho strednej hodnote zvýšenej o hodnotu štandardnej odchýlky, alebo hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „nad pásmom“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je vyššia ako jeho stredná hodnota zvýšená o hodnotu štandardnej odchýlky, a  $v_1$  až  $z_2$  je váha príslušného parametra zistená z tabuľky podľa bodu 13.6. Zmluvy.

- 13.10. Výška ceny bodu sa vypočíta podľa nasledujúceho vzorca

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

CB je výsledná cena bodu

ZCB je základná cena bodu

ZvCB je zvýhodnená cena bodu

- 13.11. Výsledná cena sa zaokrúhli matematicky na šesť desiatinných miest. Takto zistená výsledná cena bodu patrí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti počas kalendárneho polroka nasledujúcom 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 bude výsledná cena výkonov patriť. V prípade, ak priemerný počet vykázaných bodov na jedného ošetrovaného Poistenca v príslušnom špecializačnom odbore počas sledovaného obdobia vzrastie o viac ako 10% v porovnaní s predchádzajúcim sledovaným obdobím, uplatní sa u Poskytovateľa špecializovanej ambulancie starostlivosti Základný rozsah podľa bodu 12.4. Zmluvy. Takto určený Základný rozsah patrí Poskytovateľovi za poskytovanie špecializovanej ambulancie zdravotnej starostlivosti počas kalendárneho polroka nasledujúcom po výpočte podľa tohto článku Zmluvy.
- 13.12. Do skončenia toho kalendárneho polroka, v ktorom Zmluva nadobudla účinnosť v prvý deň kalendárneho polroka, sa ako Koefficient Kvality a Inovácií a Koefficient Efektívnosti (KKI+KE) pre jednotlivé špecializačné odbory podľa Prílohy č. 1 uplatnia údaje uvedené podľa bodu 13.13. Zmluvy, alebo údaje písomne oznámené Poskytovateľovi najneskôr ku dňu nadobudnutia účinnosti Zmluvy. V prípade, ak zmluva nadobudne účinnosť neskôr ako prvým dňom daného kalendárneho polroka, uplatní sa KKI + KE podľa predchádzajúcej vety 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.
- 13.13. Zmluvné strany sa dohodli, že v prechodnom období podľa bodu 13.12. Zmluvy sa pre jednotlivé odbornosti špecializovanej ambulancie starostlivosti uplatní Koefficient Kvality a Inovácií a Koefficient Efektívnosti (KKI+KE) vo **výške 54%**. Výsledná výška úhrady za výkony vypočítaná podľa tohto článku je:

Cena bodu hodnota v €	Cena v EUR
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	0,025365
pri zdravotných výkonoch: 62 (270 bodov); 63 (210 bodov)	0,025365

- 13.14. Zmluvné strany sa dohodli, že v prechodnom období **do 30.06.2020** sa pre jednotlivé odbornosti pracovísk SVLZ uvedené v Prílohe č. 1 bude uplatňovať hodnota ceny bodu pre príslušný špecializačný odbor uvedená v Cenníku.

#### XIV. ÚHRADA ZA ÚSTAVNÚ STAROSTLIVOSŤ NA DRG NERELEVANTNÝCH ODDELENIACH

- 14.1. Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi za Hospitalizáciu Poistenca na oddelení Poskytovateľa, ktoré je podľa metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „Úrad“) platného v čase prijatia Poistenca na Hospitalizáciu oddelením s DRG nerelevantnou odbornosťou (ďalej len

„DRG nerelevantné oddelenie“) trvajúcu dlhšie ako 24 hodín paušálnu úhradu za ukončenú Hospitalizáciu (ďalej len „Hospitalizačný paušál“) alebo paušálnu dennú úhradu (ďalej len „Lôžkoden“) podľa cenníka hospitalizácií uvedeného v Prílohe č.10 Zmluvy (ďalej len „Cenník hospitalizácií“), a to v závislosti od toho, na akom oddelení Poskytovateľa sa poskytovala tejto osobe ústavná starostlivosť.

- 14.2. Základom pre určenie výšky Hospitalizačného paušálu je suma v eurách uvedená v Cenníku hospitalizácie (ďalej len „Základný hospitalizačný paušál“). V Cenníku hospitalizácie môže byť stanovená rozdielna suma Hospitalizačného paušálu v závislosti od trvania Hospitalizácie. Pokiaľ v Cenníku hospitalizácie nie sú stanovené rozdielne sumy Hospitalizačného paušálu, Poskytovateľovi patrí Hospitalizačný paušál vo výške Základného hospitalizačného paušálu.
- 14.3. V prípade Hospitalizácie Poistenca na jednotke intenzívnej starostlivosti psychiatrickej, pokiaľ tejto zdravotnej starostlivosti predchádza Hospitalizácia na inom DRG nerelevantnom oddelení Poskytovateľa alebo po Hospitalizácii na jednotke intenzívnej starostlivosti psychiatrickej pokračuje Hospitalizácia na inom DRG nerelevantnom oddelení Poskytovateľa, patrí Poskytovateľovi úhrada za Hospitalizáciu na tomto inom DRG nerelevantnom oddelení Poskytovateľa uvedená v Cenníku hospitalizácií. Pokiaľ Hospitalizácii na jednotke intenzívnej starostlivosti psychiatrickej nepredchádzala Hospitalizácia na inom DRG nerelevantnom oddelení Poskytovateľa a po Hospitalizácii na jednotke intenzívnej starostlivosti psychiatrickej nepokračovala Hospitalizácia na inom DRG nerelevantnom oddelení Poskytovateľa, patrí Poskytovateľovi úhrada vo výške uvedenej v Cenníku hospitalizácií pre príslušnú jednotku intenzívnej starostlivosti psychiatrickú.
- 14.4. Hospitalizačný paušál zahŕňa úhradu za akúkoľvek zdravotnú starostlivosť, ktorú Poskytovateľ poskytol tejto osobe počas Hospitalizácie na DRG nerelevantnom oddelení, a všetky náklady, ktoré Poskytovateľ vynaložil pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti tejto osobe počas Hospitalizácie. Hospitalizačný paušál nezahŕňa náklady uvedené v bode 14.7. Zmluvy.
- 14.5. Opakovaná Hospitalizácia Poistenca na rovnakom DRG nerelevantnom oddelení u Poskytovateľa počas jedného súvislého poskytovania ústavnej starostlivosti tejto osobe sa považuje za jednu Hospitalizáciu na príslušnom DRG nerelevantnom oddelení a Poskytovateľovi patrí len jeden Hospitalizačný paušál za Hospitalizáciu na príslušnom DRG nerelevantnom oddelení.
- 14.6. Za Hospitalizáciu na DRG nerelevantnom oddelení, ktorá nebola poskytovaná neodkladnej zdravotnej starostlivosti a Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť bez súhlasu alebo v rozpore so súhlasom Poistovne podľa bodu 4.7. Zmluvy, patrí Poskytovateľovi úhrada vo výške 10 % zo Základného hospitalizačného paušálu uvedeného v Cenníku hospitalizácie.
- 14.7. Hospitalizačný paušál nezahŕňa náklady na:
  - a. výkony poskytnuté pracoviskom spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek;
  - b. materiál uvedený v Zozname kategorizovaných materiálov zverejnenom na webovom sídle Poistovne a materiál uvedený v Prílohe č. 6 tejto Zmluvy;
  - c. zdravotné výkony, lieky a zdravotnícke pomôcky, pokiaľ to vyplýva z rozhodnutia Ministerstva zdravotníctva SR o regulácii cien výrobkov, služieb a výkonov v oblasti zdravotníctva;
  - d. materské mlieko a transfúzne lieky poskytnuté v súvislosti s Hospitalizáciou na DRG nerelevantnom oddelení;
  - e. tkanivá a bunky na účely transplantácie použité v súvislosti s Hospitalizáciou na DRG nerelevantnom oddelení.
- 14.8. Lôžkoden zahŕňa úhradu za akúkoľvek zdravotnú starostlivosť, ktorú Poskytovateľ poskytol tejto osobe počas jedného dňa Hospitalizácie na DRG nerelevantnom oddelení, a všetky náklady, ktoré Poskytovateľ vynaložil pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti tejto osobe počas jedného dňa Hospitalizácie na DRG nerelevantnom oddelení.
- 14.9. Deň začatia Hospitalizácie a deň ukončenia Hospitalizácie na DRG nerelevantnom oddelení sa na účel výpočtu úhrady za Hospitalizáciu považujú za jeden deň Hospitalizácie na DRG nerelevantnom oddelení.
- 14.10. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že Poistovňa Poskytovateľovi uhradí ústavnú zdravotnú starostlivosť poskytnutú poistencom Poistovne na DRG nerelevantných oddeleniach maximálne do finančných objemov uvedených v Cenníku hospitalizácie (ďalej len „Finančný objem“), pokiaľ z pravidiel uvedených v bodoch 14.11. až 14.13. Zmluvy nevyplýva vyššia hodnota Finančného objemu. Finančný objem je dohodnutý na kalendárny mesiac. Ustanovenie tohto bodu sa nepoužije, ak z Cenníka hospitalizácie vyplýva, že finančný objem sa nedohodol.
- 14.11. Pokiaľ Poskytovateľ poskytol Poistencom počas kalendárneho mesiaca ústavnú zdravotnú starostlivosť na DRG nerelevantných oddeleniach v rozsahu nižšom ako Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac, potom platí, že Finančný objem na bezprostredne nasledujúci kalendárny mesiac sa zvyšuje

o nedočerpaný Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac (t.j. zvyšuje sa o rozdiel medzi Finančným objemom na aktuálny kalendárny mesiac a hodnotou zdravotnej starostlivosti poskytnutej Poistencom v aktuálnom kalendárnom mesiaci).

- 14.12. Pokiaľ Poskytovateľ poskytol Poistencom počas kalendárneho mesiaca ústavnú zdravotnú starostlivosť na DRG nerelevantných oddeleniach v rozsahu vyššom ako Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac, rozdiel medzi výškou úhrady za zdravotnú starostlivosť a Finančným objemom na aktuálny kalendárny mesiac (ďalej len „Prečerpanie objemu“) Poistovňa uhradí Poskytovateľovi v nasledujúcich kalendárnych mesiacoch, v ktorých Poskytovateľ Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 14.11. Zmluvy) nedočerpá.
- 14.13. Poskytovateľ berie na vedomie, že Poistovňa pri úhrade Prečerpania objemu postupuje tak, aby celková výška úhrady za zdravotnú starostlivosť podľa bodu 14.10. Zmluvy v kalendárnom mesiaci nepresiahla Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 14.11. Zmluvy). Poskytovateľ ďalej berie na vedomie, že zvýšenie Finančného objemu o nedočerpaný Finančný objem podľa bodu 14.11. Zmluvy a úhrada Prečerpania objemu podľa bodu 14.12. Zmluvy sú možné len v rámci jedného kalendárneho roka, a to toho kalendárneho roka, v ktorom Poskytovateľ Finančný objem nedočerpal alebo prečerpal, alebo do zániku Zmluvy v priebehu kalendárneho roka.
- 14.14. Za poskytnutie zdravotnej starostlivosti Poistencovi na DRG nerelevantnom oddelení, ktorá má povahu ústavnej starostlivosti, avšak zdravotná starostlivosť bola poskytovaná kratšie ako 24 hodín, patrí Poskytovateľovi úhrada za zdravotné výkony, ktoré Poskytovateľ vykonal pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti tejto osobe, stanovená podľa článku XII. Zmluvy.

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

15.1. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli na úhrade za ústavnú starostlivosť poskytnutú Poskytovateľom Poistencom na DRG relevantných oddeleniach formou úhrady podľa klasifikačného systému diagnosticko-terapeutických skupín (ďalej len „úhrada za Hospitalizačný prípad“) v súlade s pravidlami dohodnutými v tomto článku Zmluvy.

15.2. Na účely Zmluvy:

- a. Hospitalizačný prípad je zdravotná starostlivosť poskytnutá Poistencovi počas Hospitalizácie u Poskytovateľa na DRG relevantných oddeleniach od dátumu jeho prijatia do zdravotníckeho zariadenia až do dátumu prepustenia zo zdravotníckeho zariadenia. Ak Poskytovateľ prevádzkuje viacero zdravotníckych zariadení ústavnej starostlivosti, považuje sa Hospitalizačný prípad za ukončený prepustením Pacienta zo zdravotníckeho zariadenia;
- b. DRG relevantné oddelenie je oddelenie Poskytovateľa, ktoré je podľa metodického usmernenia Úradu platného v čase prijatia Pacienta na Hospitalizáciu oddelením s DRG relevantnou odbornosťou;
- c. Pravidlá kódovania sú pravidlá kódovania chorôb a pravidlá kódovania zdravotných výkonov poskytovateľmi ústavnej zdravotnej starostlivosti, určenými vo výnose Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky zo 17. decembra 2015 č. 09467/2015, ktorým sa ustanovujú pravidlá kódovania chorôb a pravidlá kódovania zdravotných výkonov, ktoré sa Poskytovateľ zaväzuje dodržiavať;
- d. Definičná príručka je dokument, ktorý zverejňuje Úrad na svojej webovej stránke, a ktorý obsahuje detailný popis klasifikačného systému diagnosticko-terapeutických skupín (ďalej len „klasifikačný systém“) s uvedením grafického znázornenia všetkých zaraďovacích algoritmov, ako aj k nim prislúchajúcim logických výrazov a tabuliek;
- e. Katalóg prípadových paušálov je dokument, ktorý zverejňuje Úrad na svojej webovej stránke, a ktorý obsahuje zoznam jednotlivých diagnosticko-terapeutických skupín (ďalej len „DRG skupiny“), relatívne váhy a ďalšie údaje relevantné pre zúčtovanie podľa klasifikačného systému, napr. ošetrovacia doba a jej hraničné hodnoty pre jednotlivé DRG skupiny, zníženie a zvýšenie relatívnej váhy a prípadne ďalšie pripočítateľné položky;
- f. Základná sadzba je suma v absolútnej hodnote, ktorá je uhrádzaná podľa klasifikačného systému za jednotlivý hospitalizačný prípad s relatívnou váhou **1,0** pričom jej výška je určená pre príslušný kalendárny rok Úradom a zverejnená na jeho webovom sídle.
- g. Relatívna váha je hodnota, určená pri príslušnej DRG skupine v Katalógu prípadových paušálov a predstavuje empiricky určenú hodnotu, ktorá popisuje relatívnym vyjadrením priemerné náklady na prípad príslušnej DRG skupiny. Relatívne váhy sa stanovujú na základe údajov o nákladoch k jednotlivým Hospitalizačným prípadom poskytovateľov ústavnej starostlivosti. Relatívne váhy pre DRG skupiny, ktorých relatívna váha nie je určená v Katalógu prípadových

paušálov sú uvedené v Prílohe č.11 tejto Zmluvy. Ak pre niektorú DRG skupinu nie je určená relatívna váha ani v Katalógu prípadových paušálov, ani v prílohe Zmluvy, zmluvné strany sa dohodnú na jej hodnote v priebehu trvania Zmluvy, ak vznikne takáto potreba;

- h. Prípočítateľná položka je prípočítateľná položka podľa platného Katalógu prípadových paušálov;
- i. Efektívna relatívna váha je hodnota, určená pri príslušnej DRG skupine v Katalógu prípadových paušálov, ktorá sa vypočíta z relatívnej váhy pri zohľadnení jej zvýšenia alebo zníženia pre Hospitalizácie mimo definovaný interval ošetrovacej doby;
- j. Grouper je softvérový nástroj (počítačový program), ktorý zabezpečuje zaradenie Hospitalizačného prípadu do konkrétnej DRG skupiny spôsobom popísaným v Definičnej príručke. Zmluvné strany sa dohodli, že na určenie efektívnej relatívnej váhy a zaraďovanie Hospitalizačných prípadov poskytnutých na základe tejto Zmluvy do príslušných DRG skupín sa použije Grouper zdravotnej poisťovne.

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

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

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

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

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

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

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

kde

$\text{UHR}_{x-n;\text{ref}}$  je celková výška úhrady za Hospitalizácie na DRG relevantných oddeleniach Poskytovateľa ukončené v referenčnom období, prepočítaná spôsobom výpočtu úhrady podľa klasifikačného systému. Konkrétna výška  $\text{UHR}_{x-n;\text{ref}}$  je určená v Prílohe č.12 Zmluvy, pričom zmluvné strany sa môžu dohodnúť na úprave jej hodnoty pre príslušné referenčné obdobie. Závazná pre zmluvné strany je vždy hodnota  $\text{UHR}_{x-n;\text{ref}}$  uvedená v Prílohe č. 12 Zmluvy;

$\text{EMZS}_{x-n;\text{ref}}$  je celková výška úhrady za zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktorú Poisťovňa uhradila iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v referenčnom období, ktorá by však pri použití výpočtu úhrady za Hospitalizačný prípad bola podľa bodu 15.7. až 15.10. zahrnutá v úhrade za Hospitalizačné prípady ukončené v referenčnom období. Konkrétna výška  $\text{EMZS}_{x-n;\text{ref}}$  v referenčnom období je určená v Prílohe č.14, písmeno c) Zmluvy;

$\text{EMZS}_{x-n;\text{hod}}$  je celková výška úhrady za zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktorú Poisťovňa uhradila iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a/alebo služieb v hodnotenom období, ktoré sú však podľa bodu 15.7. až 15.10. Zmluvy zahrnuté v úhrade za Hospitalizačné prípady ukončené v hodnotenom období;

$\text{CNP}_{x-n;\text{hod}}$  je celková výška nákladov na centrálné nakupované produkty (najmä lieky a zdravotnícke pomôcky), ktoré Poisťovňa centrálné nakúpila a ktoré Poskytovateľ poskytol Poistencom v rámci Hospitalizačných prípadov ukončených v hodnotenom období.

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

**Hodnoteným obdobím** je obdobie príslušných kalendárnych mesiacov x-n v kalendárnom roku trvania Zmluvy, za ktoré sa vypočítava CelkUHR, kde ako x sa použije v prvom kalendárnom roku trvania Zmluvy označenie kalendárneho mesiaca, v ktorom nadobudla účinnosť Zmluva a v nasledujúcich kalendárnych rokoch trvania Zmluvy sa x=1 a ako n sa použije označenie posledného mesiaca príslušného kalendárneho štvrťroka trvania Zmluvy, za ktorý sa vypočítava CelkUHR podľa bodu 15.5. písm.b) Zmluvy.

- a. Koef je koeficient zohľadňujúci zmenu casemixu a počtu Hospitalizačných prípadov medzi referenčným a hodnoteným obdobím. Koeficient má v prvom kalendárnom roku trvania Zmluvy minimálnu hodnotu 0,98 a maximálnu hodnotu 1,02 a vypočíta sa spôsobom podľa Prílohy č.14 Zmluvy. Zmluvné strany sa najneskôr do konca kalendárneho roka dohodnú na výške minimálnej a maximálnej hodnoty koeficientu pre nasledujúci kalendárny rok. Ak sa zmluvné strany nedohodnú na minimálnej a maximálnej hodnote koeficientu pre nasledujúci kalendárny rok, použije sa v nasledujúcom kalendárnom roku rovnaká minimálna a maximálna hodnota koeficientu ako v predchádzajúcom kalendárnom roku.
- b. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli na určení konkrétnej hodnoty parametrov UHRx-n;ref, EMZSx-n;ref, CMx-n;ref a PHPx-n;ref, ktoré sú uvedené v tabuľke v Prílohe č.14, písmeno c) Zmluvy. Zmluvné strany sa pre vylúčenie pochybností dohodli, že číselné vyjadrenie parametra uvedené v tabuľke podľa Prílohy č.14, písmeno c) Zmluvy má vždy prednosť pred jeho slovným vyjadrením podľa písm. a. a b. tohto bodu Zmluvy.
- c. Zmluvné strany sa najneskôr do konca prvého kalendárneho štvrťroka dohodnú na konkrétnej hodnote parametrov UHRx-n;ref, EMZSx-n;ref, CMx-n;ref a PHPx-n;ref, ktoré sa použijú pri výpočte CelkUHR minimálne pre nasledujúci kvartál kalendárneho roka. Ak sa zmluvné strany nedohodnú na hodnote parametrov podľa tohto bodu Zmluvy pre nasledujúci kvartál kalendárneho roka, použije sa v nasledovnom kvartáli kalendárneho roka (a v každom ďalšom kvartáli kalendárneho roka, pre ktorý sa zmluvné strany nedohodnú na hodnote parametrov) hodnota parametrov určená v tabuľke v Prílohe č. 14, písmeno d) Zmluvy.

15.5. Úhradu za Hospitalizačné prípady podľa bodu 15.4. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi nasledovne:

- a. Poskytovateľ je oprávnený fakturovať Poistovni mesačnú úhradu za Hospitalizačné prípady podľa bodu 15.4. vo výške za príslušné obdobie nasledovne:

Od 1.4.2020	822 641 €
-------------	-----------

- b. Poistovňa vždy po skončení kalendárneho štvrťroka vypočíta úhradu za Hospitalizačné prípady podľa bodu 15.4. Zmluvy, ukončené v príslušnom hodnotenom období x-3, x-6, x-9 a x-12 a zašle Poskytovateľovi oznámenie o výške úhrady za Hospitalizačné prípady podľa bodu 15.4. Zmluvy, vždy najneskôr do 2 mesiacov od ukončenia príslušného kalendárneho štvrťroka;
- c. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi sumu, o ktorú je úhrada podľa písmena b. vyššia ako úhrada podľa písmena a. uhradená Poskytovateľovi v príslušnom hodnotenom období, a to vždy najneskôr do konca kalendárneho mesiaca, ktorý nasleduje po mesiaci, v ktorom Poistovňa zaslala Poskytovateľovi oznámenie podľa písmena b.;
- d. V prípade, ak je úhrada podľa písmena a. uhradená Poskytovateľovi v príslušnom hodnotenom období vyššia ako úhrada vypočítaná podľa písmena b., Poistovňa v kalendárnom mesiaci, ktorý dva mesiace nasleduje po skončení príslušného kalendárneho štvrťroka, zníži úhradu podľa písmena a. o sumu rozdielu medzi úhradou podľa písmena a. a podľa písmena b., o čom informuje Poskytovateľa v oznámení podľa písmena b.;
- e. Poistovňa odpočíta od úhrady podľa písmena b. aj pohľadávky Poistovne podľa bodu 15.11. Zmluvy;
- f. Ak Poskytovateľ alebo iný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti alebo služieb vykáže zdravotnú starostlivosť (vrátane lekárenskej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej

starostlivosti), ktorej úhrada mala byť zahrnutá v úhrade za Hospitalizačné prípady podľa bodu 15.4., ktoré Poistovnía už uhradila Poskytovateľovi podľa písmena b. tohto bodu Zmluvy za hodnotené obdobie x-12, Poistovnía vykoná prepočet výšky úhrady za príslušné Hospitalizačné prípady spôsobom podľa písmena b tohto bodu Zmluvy za hodnotené obdobie x-12 so zohľadnením takto vykazanej zdravotnej starostlivosti a zašle o tom oznámenie Poskytovateľovi.

- 15.6. Poskytovateľ sa zaväzuje vykazovať zdravotnú starostlivosť podľa tohto článku Zmluvy v príslušnom Zúčtovacom období podľa VZP a zaväzuje sa, že vyvinie všetko úsilie, ktoré je možné od neho požadovať, aby v príslušnom Zúčtovacom období vykázal a fakturoval Poistovní všetku poskytnutú zdravotnú starostlivosť.

V prípade, ak Poskytovateľ požaduje úhradu priložiteľnej položky, zaväzuje sa vykazovať Poistovní v položke 50, v type dávky 274b jednoznačný kód podľa stĺpca „kód PP pre vykazovanie do ZP“ zo zoznamu priložiteľných položiek uverejneného na webovom sídle Poistovní.

Poskytovateľ sa zaväzuje vykazovať Poistovní aj materiál uvedený v zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov vydanom Ministerstvom zdravotníctva SR (ďalej len „Zoznam kategorizovaných ŠZM“), ktorý tvorí Prílohu č. 6 tejto Zmluvy, ktorý spotreboval pri poskytovaní ústavnej starostlivosti na DRG relevantnom oddelení podľa tohto článku Zmluvy, pričom materiál vykazuje s informáciou o výške nadobúdacej ceny uhradenej Poskytovateľom, najviac však vo výške uvedenej v Zozname kategorizovaných ŠZM, i keď je cena tohto materiálu zahrnutá v úhrade za Hospitalizačný prípad podľa tohto článku Zmluvy.

- 15.7. Ak ďalej nie je dojednané inak, úhrada podľa bodu 15.4. zahŕňa úhradu za všetku zdravotnú a lekárenskú starostlivosť alebo služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti:

- a. poskytnutú Poistencovi Poskytovateľom alebo akýmkoľvek iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti alebo služieb počas trvania Hospitalizačného prípadu;
- b. poskytnutú Poistencovi Poskytovateľom alebo iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti alebo služieb v deň prijatia do zdravotníckeho zariadenia, ako aj v deň prepustenia zo zdravotníckeho zariadenia ak súvisí s Hospitalizačným prípadom, okrem liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín predpísaných v deň prepustenia zo zdravotníckeho zariadenia v ambulancii Poskytovateľa, ak z medicínskeho hľadiska tieto lieky, zdravotnícke pomôcky, dietetické potraviny nemali byť podané Poistencovi ešte počas trvania Hospitalizačného prípadu;
- c. poskytnutú Poistencovi kedykoľvek po prepustení zo zdravotníckeho zariadenia Poskytovateľom alebo iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti alebo služieb, ak bola indikovaná počas trvania Hospitalizačného prípadu;
- d. poskytnutú Poistencovi akýmkoľvek iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti alebo služieb počas Hospitalizácie v Hospici a/alebo v Domove ošetrovateľskej starostlivosti, ktorej predchádzala Hospitalizácia na DRG relevantnom oddelení a/alebo ktorá pokračovala Hospitalizáciou na DRG relevantnom oddelení v jednom zdravotníckom zariadení, ak súvisí s Hospitalizačným prípadom;

ako aj všetky náklady, ktoré Poskytovateľ vynaložil pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti Poistencovi počas Hospitalizačného prípadu.

- 15.8. Úhrada za Hospitalizačný prípad nezahŕňa úhradu za zdravotnú starostlivosť poskytnutú ambulanciou záchrannej zdravotnej služby.

- 15.9. Zmluvné strany sa dohodli, že úhrada za Hospitalizačný prípad zahŕňa aj náklady uvedené v bode ~~15.14.7.~~ Zmluvy, ako aj iné priložiteľné položky určené Úradom, keďže ich zohľadňuje výška dohodnutej úhrady za Hospitalizačný prípad. Poskytovateľ vykazuje tieto náklady ako priložiteľnú položku v dátovom rozhraní určenom pre ústavnú starostlivosť spolu s kódom priložiteľnej položky, určeným Poistovníou v stĺpci „kód PP pre vykazovanie do ZP“ v zozname priložiteľných položiek uverejnenom na webovom sídle Poistovní (ďalej len „Zoznam priložiteľných položiek“).

- 15.10. Zmluvné strany sa dohodli, že úhrada za všetku ambulantnú zdravotnú starostlivosť (vrátane zdravotnej starostlivosti poskytovanej zariadením spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek) a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, indikované na žiadanke a/alebo odporúčaní podľa bodu 4.15. Poskytovateľom alebo iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti počas Hospitalizačného prípadu, vrátane prvého a posledného dňa Hospitalizačného prípadu, bez uvedeného ID Hospitalizačného prípadu, budú automaticky započítané do úhrady za Hospitalizačný prípad. V prípade, ak na žiadanke a/alebo odporúčaní nebude uvedený dátum indikácie, Poistovní neúplne vykázanú zdravotnú starostlivosť odmietne a požiada Poskytovateľa o jeho doplnenie.

- 15.11. Zdravotná poisťovňa je oprávnená žiadať od Poskytovateľa refundáciu nákladov na úhradu zdravotnej a lekárenskej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktoré Poisťovňa uhradila nad rámec Hospitalizačného prípadu Poskytovateľovi alebo inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti alebo služieb napriek tomu, že podľa ustanovení tohto článku Zmluvy mali byť zahrnuté v úhrade za Hospitalizačný prípad. Zmluvné strany sa dohodli na započítaní pohľadávky Poisťovne podľa predchádzajúcej vety s pohľadávkou Poskytovateľa na úhradu zdravotnej starostlivosti.
- 15.12. Na účely určenia výšky refundácie podľa bodu 15.11. sa zmluvné strany dohodli, že Poskytovateľ uhradí Poisťovni náklady na zdravotnú a lekárenskú starostlivosť a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktoré Poisťovňa uhradila nad rámec Hospitalizačného prípadu inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti alebo služieb v nasledovnej výške:
- lieky vo výške úhrady Poisťovne inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti alebo služieb, maximálne však vo výške maximálnej úhrady Poisťovne podľa Zoznamu kategorizovaných liekov platnom v čase poskytnutia lieku Poisťovni;
  - zdravotnícke pomôcky vo výške úhrady Poisťovne inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti alebo služieb, maximálne však vo výške maximálnej úhrady Poisťovne podľa Zoznamu kategorizovaných zdravotníckych pomôcok platnom v čase poskytnutia zdravotníckej pomôcky Poisťovni;
  - dietetické potraviny vo výške úhrady Poisťovne inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti alebo služieb, maximálne však vo výške maximálnej úhrady Poisťovne podľa Zoznamu kategorizovaných dietickej potravín platnom v čase poskytnutia dietickej potraviny Poisťovni;
  - kategorizovaný špeciálny zdravotnícky materiál vo výške úhrady Poisťovne inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti alebo služieb, maximálne však vo výške určenej v Zozname kategorizovaných materiálov zverejnenom na webovom sídle Poisťovne podľa bodu 5.6. Zmluvy, aktuálnom v čase poskytnutia tohto materiálu Poisťovni;
  - výkony ambulantnej zdravotnej starostlivosti (vrátane výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek a agregovaných výkonov) vo výške ceny bodu alebo výkonu, zmluvne dohodnutej s iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti alebo služieb.
- 15.13. Ak Poskytovateľ predpokladá trvanie Hospitalizačného prípadu Pacienta dlhšie ako 2 mesiace, informuje o tejto skutočnosti Poisťovňu najneskôr do 2 mesiacov od začiatku Hospitalizačného prípadu a dohodne s ňou individuálny spôsob úhrady za Hospitalizáciu.
- 15.14. Za Hospitalizáciu na DRG relevantnom oddelení, ktorá nebola poskytovaná neodkladnej zdravotnej starostlivosti a Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť bez súhlasu alebo v rozpore so súhlasom Poisťovne podľa bodu 4.7. Zmluvy, patrí Poskytovateľovi úhrada vo výške 10 % z úhrady za Hospitalizačný prípad. Úhrada za Hospitalizačný prípad na účely výpočtu úhrady podľa predchádzajúcej vety sa určí súčinom základnej sadzby určenej podľa bodu 5.3. Zmluvy, platnej v čase začiatku Hospitalizačného prípadu a Efektívnej relatívnej váhy daného Hospitalizačného prípadu.
- 15.15. Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi nad rámec úhrady za Hospitalizačný prípad podľa bodu 5.2. Zmluvy pripočítateľné položky poskytnuté Poskytovateľom v rámci daného Hospitalizačného prípadu, definované v Zozname pripočítateľných položiek nasledovne:
- úhradu za pripočítateľné položky typu A vo výške pevnej ceny určenej v Zozname pripočítateľných položiek. V prípade podania lieku s účinnou látkou, ktorú poisťovňa obstarala centrálnym nákupom, do úhradového mechanizmu vstupuje cena, za ktorú poisťovňa účinnú látku obstarala;
  - úhradu za pripočítateľné položky typu B vo výške dohodnutej medzi Poisťovňou a Poskytovateľom, ak sa na úhrade a výške úhrady týchto pripočítateľných položiek nad rámec úhrady za Hospitalizačný prípad Poisťovňa a Poskytovateľ dohodli;
  - úhradu za pripočítateľné položky typu D vo výške pevnej ceny určenej v Zozname pripočítateľných položiek;
  - úhradu za pripočítateľné položky typu E na základe nadobúdacieho dokladu k individuálne zhotovenému CAD-implantátu predloženému poskytovateľom ústavnej zdravotnej starostlivosti.
- 15.16. Poisťovňa predkladá Poskytovateľovi, spolu s oznámením o výške úhrady za Hospitalizačné prípady podľa bodu 15.5.b aj súhrn uznanej a zúčtovanej súvisiacej extramurálnej a intramurálnej zdravotnej starostlivosti ku všetkým hospitalizačným prípadom podľa Metodického usmernenia Úradu č. 1/2020 v platnom znení a to vždy po skončení kalendárneho štvrtroka, najneskôr do 2 mesiacov od ukončenia príslušného kalendárneho štvrtroka.

## **XVI. ÚHRADA VÝKONOV JEDNODŇOVEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI**

- 16.1. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za ambulantnú zdravotnú starostlivosť, poskytnutú zariadením na poskytovanie jednoduchovej zdravotnej starostlivosti, spočívajúcu vo výkonoch uvedených v prílohe Zmluvy (ďalej len „výkony JZS“) úhradu podľa tohto článku za podmienok ustanovených v tomto článku Zmluvy. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli na výške úhrady za výkony JZS podľa cenníka týchto výkonov, ktorý tvorí Prílohu č. 15 Zmluvy (ďalej len „Cenník výkonov JZS“).
- 16.2. Cena jednotlivých výkonov JZS uvedená v Cenníku výkonov JZS zahŕňa úhradu za akúkoľvek zdravotnú starostlivosť, ktorú Poskytovateľ poskytol Poistencovi a všetky náklady, ktoré Poskytovateľ vynaložil v súvislosti s poskytnutím zdravotnej starostlivosti tejto osobe, okrem nákladov na materiál uvedený v Zozname kategorizovaných materiálov zverejnenom na webovom sídle Poistovne.
- 16.3. Poskytovateľ je povinný vykazovať výkony JZS v dátovom rozhraní určenom pre ambulantnú starostlivosť a pri vykazovaní výkonov JZS uvádzať kódy výkonov zdravotnej starostlivosti uvedené v Cenníku výkonov JZS.
- 16.4. Poskytovateľ je povinný zasielať Poistovni údaje potrebné na vedenie zoznamu poistencov čakajúcich na zdravotnú starostlivosť spočívajúcu v poskytnutí výkonov JZS (ďalej len „Zoznam výkonov JZS“), a to najmä:
  - a. meno, priezvisko a rodné číslo Pacienta;
  - b. kód choroby podľa MKCH-10, v súvislosti s ktorou Poskytovateľ navrhuje poskytnutie výkonu JZS;
  - c. kód výkonu JZS uvedeného v prílohe tejto Zmluvy;
  - d. kód Poskytovateľa, na ktorom má byť výkon JZS Poistencovi vykonaný.
- 16.5. Poskytovateľ je povinný pomocou Programu hospiCOM zasielať Poistovni najmenej jedenkrát počas pracovného dňa údaje potrebné na vedenie Zoznamu výkonov JZS v štruktúre (dátovom rozhraní) určenej Poistovňou a zverejnenej na internetovej stránke Poistovne; to neplatí, ak Poskytovateľ počas pracovného dňa nemá naplánovaný výkon JZS alebo výkon JZS nevykonal žiadnemu Pacientovi.
- 16.6. Poskytovateľ je povinný v zdravotnej dokumentácii Pacienta vyznačiť dátum a hodinu začatia poskytovania výkonu JZS a dátum a hodinu ukončenia poskytovania zdravotnej starostlivosti súvisiacej s vykonaním výkonu JZS poskytnutej po jeho vykonaní. Poskytovateľ je ďalej povinný oznámiť Poistovni prostredníctvom Programu hospiCOM trvanie poskytovania zdravotnej starostlivosti súvisiacej s výkonom JZS.
- 16.7. Poskytovateľ nesmie poskytnúť zdravotnú starostlivosť spočívajúcu vo výkone JZS, ak mu Poistovňa neudelila súhlas na poskytnutie plánovaného výkonu JZS Pacientovi pred jeho uskutočnením.
- 16.8. Za výkony JZS, ktoré Poskytovateľ vykonal bez súhlasu alebo v rozpore so súhlasom Poistovne podľa bodu 16.7. Zmluvy, patrí Poskytovateľovi úhrada vo výške 10% z ceny určenej v Cenníku výkonov JZS podľa bodu 16.1. Zmluvy.
- 16.9. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že Poistovňa Poskytovateľovi uhradí zdravotnú starostlivosť poskytnutú podľa tohto článku poistencom Poistovne maximálne do finančného objemu uvedeného v Cenníku výkonov JZS (ďalej len „Finančný objem“), pokiaľ z pravidiel uvedených v bodoch 16.10. až 16.11. 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 JZS. Ustanovenie tohto bodu sa nepoužije, ak z Cenníka výkonov JZS vyplýva, že finančný objem sa nedohodol.
- 16.10. Pokiaľ Poskytovateľ poskytol poistencom Poistovne počas kalendárneho mesiaca zdravotnú starostlivosť v rozsahu nižšom ako Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac, potom platí, že Finančný objem na bezprostredne nasledujúci kalendárny mesiac sa zvyšuje o nedočerpaný Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac (t.j. zvyšuje sa o rozdiel medzi finančným objemom na aktuálny kalendárny mesiac a hodnotou zdravotnej starostlivosti poskytnutej Poistencom v aktuálnom kalendári mesiaci).
- 16.11. Pokiaľ Poskytovateľ poskytol poistencom Poistovne počas kalendárneho mesiaca zdravotnú starostlivosť v rozsahu vyššom ako Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac, rozdiel medzi výškou úhrady za zdravotnú starostlivosť a Finančným objemom na aktuálny kalendárny mesiac (ďalej len „Prečerpanie objemu“) Poistovňa uhradí Poskytovateľovi v nasledujúcich kalendárnych mesiacoch, v ktorých Poskytovateľ Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 16.10. Zmluvy) nedočerpá.
- 16.12. Poskytovateľ berie na vedomie, že Poistovňa pri úhrade Prečerpania objemu postupuje tak, aby celková výška úhrady za zdravotnú starostlivosť podľa bodu 16.9. Zmluvy v kalendárnom mesiaci

nepresiahla Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 16.10. Zmluvy). Poskytovateľ ďalej berie na vedomie, že zvýšenie Finančného objemu o nedočerpaný Finančný objem podľa bodu 16.10. Zmluvy a úhrada Prečerpania objemu podľa bodu 16.11. Zmluvy sú možné len v rámci jedného kalendárneho roka, a to toho kalendárneho roka, v ktorom Poskytovateľ Finančný objem nedočerpal alebo prečerpal, alebo do zániku Zmluvy v priebehu kalendárneho roka.

- 16.13. Zdravotná starostlivosť spočívajúca vo výkonoch JZS podľa bodu 16.1. Zmluvy poskytnutá Poistencovi na DRG relevantnom oddelení Poskytovateľa sa považuje za Hospitalizačný prípad, ktorý Poistovňa uhradí Poskytovateľovi spôsobom podľa čl. XV. Zmluvy. Úhrada podľa predchádzajúcej vety patrí Poskytovateľovi aj v prípadoch, kedy Poskytovateľ poskytol Poistencovi zdravotnú starostlivosť spočívajúcu vo výkone JZS, avšak Poskytovateľ pokračoval v poskytovaní zdravotnej starostlivosti na DRG relevantnom oddelení.

## **XVII. ÚČINNOSŤ ZMLUVY**

- 17.1. Zmluva nadobúda účinnosť nasledujúcim dňom po jej zverejnení na webovom sídle Poistovne. V prípade, že má zákonom uloženú povinnosť zverejniť Zmluvu aj Poskytovateľ, Zmluva nadobúda účinnosť nasledujúcim dňom po zverejnení Zmluvy oboma zmluvnými stranami; pre určenie účinnosti Zmluvy je rozhodujúci okamih, kedy si povinnosť zverejniť Zmluvu splní v poradí prvá zmluvná strana.
- 17.2. Poistovňa a Poskytovateľ sa zaväzujú pristúpiť k uzavretiu Zmluvy tak, aby nadobudla účinnosť **k 1.4.2020.**
- 17.3. Zmluvné strany sa dohodli, že po uzavretí tejto Zmluvy aj naďalej platí už udelený súhlas na poskytnutie podobných vyšetrení podľa bodu 3.5. Zmluvy.
- 17.4. Zmluva sa uzatvára na dobu **určitú do 31.03.2021.**
- 17.5. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že dňom účinnosti Zmluvy zanikajú všetky zmluvy, na základe ktorých Poskytovateľ poskytoval zdravotnú starostlivosť poistencom Poistovne v rovnakom vecnom rozsahu zdravotnej starostlivosti, aký sa dohodol v Zmluve, ak nie je dohodnuté v tejto Zmluve inak (bod 17.3. Zmluvy a 17.5. Zmluvy).
- 17.6. Zmluvné strany sa dohodli, že Hospitalizácie na DRG relevantnom oddelení, ktoré sa začali pred dňom nadobudnutia účinnosti tejto Zmluvy budú Poistovňou uhradené spôsobom a vo výške dohodnutej medzi zmluvnými stranami v Zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti č. č. 74NSP1000614 zo dňa 31.12.2013 (ďalej len „Predchádzajúca zmluva“) v znení účinnom k 01.01.2014.

## **XVIII. ELEKTRONICKÁ KOMUNIKÁCIA**

- 18.1. Poistovňa a Poskytovateľ sa v súlade s ust. § 7 ods. 20 Zákona o zdravotných poisťovniach dohodli, že Poskytovateľ prostredníctvom svojho softvéru poskytne Poistovni kompletne spracovaný elektronický záznam obsahujúci údaje uvedené na lekárskom predpise resp. poukaze čo najskôr po predpísaní Lieku Poistencovi. Elektronický záznam podľa predchádzajúcej vety Poskytovateľ poskytuje za účelom výkonu analytickej, poradenskej a kontrolnej činnosti Poistovne a vedenia účtu Poistenca.
- 18.2. Ak Poskytovateľ disponuje softvérovým vybavením, ktoré umožňuje zaslanie údajov uvedených na žiadosti o laboratórne a zobrazovacie vyšetrenia (ďalej len „žiadanka“) v elektronickej podobe, zaväzuje sa Poskytovateľ zaslať Poistovni elektronický záznam obsahujúci údaje uvedené na žiadanke v rozsahu stanovenom Metodickým usmernením č. 5/2015 o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronicou formou 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, nevyhotovenie žiadanky v listinnej forme nie je možné považovať za porušenie článku IV. bod 4.2. VZP.
- 18.3. Poskytovateľ si je vedomý povinnosti poskytovať výpisy zo zdravotnej dokumentácie vyplývajúcej mu Zákona o zdravotnej starostlivosti a v prípade, že disponuje softvérovým vybavením, ktoré umožňuje elektronické zasielanie výpisov zo zdravotnej dokumentácie, sa Poskytovateľ zaväzuje poskytovať žiadanky a výsledky vyšetrení spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek oprávneným osobám prednostne elektronicou.
- 18.4. Ak Poskytovateľ disponuje softvérovým vybavením, ktoré umožňuje zaslanie dočasného elektronického záznamu o poskytnutej zdravotnej starostlivosti Poistovni elektronicou, zaväzuje sa Poskytovateľ zaslať dočasný elektronický záznam o poskytnutej zdravotnej starostlivosti v rozsahu stanovenom Metodickým usmernením čo najskôr po poskytnutí zdravotnej starostlivosti. Pre vylúčenie akýchkoľvek

pochybností a vzhľadom na informatívny charakter dočasného elektronického záznamu zmluvné strany konštatujú, že zaslaním dočasného elektronického záznamu nie je dotknutá povinnosť Poskytovateľa vykazať poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súlade a postupom podľa VZP a zároveň, že zaslaním dočasného elektronického záznamu nevzniká Zmluvným stranám akýkoľvek nárok, právo alebo povinnosť vo vzťahu k vykázaniu a zúčtovaniu zdravotnej starostlivosti.

- 18.5. Poistovňa v spolupráci s Poskytovateľom a dodávateľom informačného systému Poskytovateľa vyvinie maximálne úsilie vedúce k tomu, aby bola informácia o tom, či bola žiadanka vyhotovená poskytovateľom, ktorý má s Poistovňou uzatvorenú platnú a účinnú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, o poistnom vzťahu Poistenca voči Poistovni a o tom, či je Poistenec uvedený v zozname dlžníkov, prístupná priamo v informačnom systéme Poskytovateľa.
- 18.6. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že ak to softvérové vybavenie Poskytovateľa umožní, Poistovňa sprístupní Poskytovateľovi pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti informáciu o tom, či existuje akákoľvek prekážka, ktorá by bránila úhrade zdravotnej starostlivosti zo strany Poistovne. Pre vylúčenie pochybností Zmluvné strany konštatujú, že poskytnutím informácie podľa predchádzajúcej vety nie je dotknuté právo Poistovne vykonať kontrolu podľa § 9 a nasl. Zákona o zdravotných poisťovniach a podľa článku VII. VZP.
- 18.7. Ak Poskytovateľ disponuje softvérovým vybavením, ktoré umožňuje priamu elektronickú komunikáciu s elektronickou pobočkou a zároveň Poistovňa určí typy dokumentov, ktoré je možné doručovať prostredníctvom tohto prepojenia, zaväzujú sa zmluvné strany pre doručenie dokumentu využiť túto formu. Typy dokumentov, ktoré je možné zasielať Poistovni prostredníctvom priameho prepojenia softvérového vybavenia Poskytovateľa s elektronickou pobočkou, určí Poistovňa v pravidlách elektronickej komunikácie. Zmluvné strany sa dohodli, že elektronická verzia doručeného dokumentu v plnej miere nahrádza jeho listinnú formu. Pre doručenie dokumentu prostredníctvom softvérového vybavenia Poskytovateľa platí obdobne bod 12.4. VZP.
- 18.8. Ak Poskytovateľ disponuje softvérovým vybavením, ktoré umožňuje priamu elektronickú komunikáciu s elektronickou pobočkou a zároveň Poistovňa určí typy zúčtovacích dokladov, ktoré je možné doručovať prostredníctvom tohto prepojenia, zaväzujú sa zmluvné strany pre doručenie zúčtovacieho dokladu využiť túto formu. Typy zúčtovacích dokladov, ktoré je možné zasielať Poistovni prostredníctvom priameho prepojenia softvérového vybavenia Poskytovateľa s elektronickou pobočkou určí Poistovňa v pravidlách elektronickej komunikácie. Poskytovateľ sa zaväzuje zasielať zúčtovacie doklady podľa tohto bodu priebežne, bez zbytočného odkladu po poskytnutí zdravotnej starostlivosti. Povinnosť zaslať Poistovni zúčtovacie doklady podľa článku V. VZP tým nie je dotknutá. Pre doručenie zúčtovacieho dokladu prostredníctvom softvérového vybavenia Poskytovateľa platí obdobne bod 12.4. VZP.
- 18.9. Ak Poskytovateľ disponuje softvérovým vybavením, ktoré mu umožňuje oznamovanie údajov podľa § 79a ods. 1 písm. d) o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti v elektronickej forme, zaväzuje sa Poskytovateľ oznamovať tieto údaje Poistovni k poslednému dňu v kalendárnom mesiaci prednostne elektronicky.
- 18.10. Poskytovateľ a Poistovňa sa v súlade s § 7 ods. 20 Zákona o zdravotných poisťovniach dohodli, že Poskytovateľ je za účelom správneho poskytnutia zdravotnej starostlivosti oprávnený si od Poistovne vyžiadať v nevyhnutnom rozsahu údaje o poskytnutej zdravotnej starostlivosti poistencovi Poistovne, vrátane údajov uvedených v žiadankách na vyšetrenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, v elektronických žiadankách na vyšetrenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, v preskripčných záznamoch, v dispenzačných záznamoch, lekárske predpisy, lekárske poukazy v rozsahu ustanovenom osobitným predpisom, ktoré Poistovňa eviduje vo svojom informačnom systéme vo vzťahu ku konkrétnemu poistencovi Poistovne, alebo si tieto údaje overiť v Poistovni. Poskytovateľ a Poistovňa zároveň berú na vedomie, že vyžiadanie, ako aj vyžiadané údaje sa poskytujú elektronicky z informačného systému Poistovne a z informačného systému Poskytovateľa, v ktorých sú spracovávané.
- 18.11. Poskytovateľ a Poistovňa sa v súlade s § 7 ods. 20 Zákona o zdravotných poisťovniach dohodli, že Poskytovateľ je za účelom správneho poskytnutia zdravotnej starostlivosti oprávnený si od Poistovne vyžiadať v nevyhnutnom rozsahu údaje o poskytnutej zdravotnej starostlivosti poistencovi Poistovne, vrátane údajov uvedených v žiadankách na vyšetrenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, v elektronických žiadankách na vyšetrenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, v preskripčných záznamoch, v dispenzačných záznamoch, lekárske predpisy, lekárske poukazy v rozsahu ustanovenom osobitným predpisom, ktoré Poistovňa eviduje vo svojom informačnom systéme vo vzťahu ku konkrétnemu poistencovi Poistovne, alebo si tieto údaje overiť v Poistovni. Poskytovateľ a Poistovňa zároveň berú na vedomie, že vyžiadanie, ako aj vyžiadané údaje sa poskytujú elektronicky z informačného systému Poistovne a z informačného systému Poskytovateľa, v ktorých sú spracovávané.

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

## **XIX. PRÍJÍMANIE ÚHRADY DLŽNÉHO POISTNÉHO**

- 19.1. Poskytovateľ a Poistovňa sa dohodli, že v prípade, ak Poistenec, ktorý je dlžníkom v zmysle ust. § 9 ods. 2 Zákona zdravotnom poistení prejaví záujem o úhradu dlžného poistného môže sa Poskytovateľ s Poistencom dohodnúť na prijatí úhrady od Poistenca a to za podmienok uvedených v tomto článku.
- 19.2. Dohoda Poskytovateľa a Poistenca podľa bodu 19.1. tohto článku je možná iba v prípade, ak i) Poistenec bude ochotný uhradiť dlžné poistné v celej výške, t.j. vo výške v akej bude ku dňu prijatia platby Poistovňou sprístupnená v informačnom systéme Poskytovateľa a zároveň ii) Poistenec udelí Poskytovateľovi písomný súhlas podľa ust. § 11 zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, na spracúvanie osobných údajov, ktoré Poskytovateľ poskytne Poistovní a Poistovňa Poskytovateľovi za účelom spracovania úhrady Poistenca a odstránení Poistenca zo zoznamu dlžníkov.
- 19.3. Poistovňa za týmto účelom splnomocňuje Poskytovateľa v zmysle ust. § 31 a nasl. zákona č. 40/1964 Zb. Občianskeho zákonníka na prijatie úhrady dlžného poistného od Poistenca, ktorý je dlžníkom podľa ust. § 9 ods. 2 Zákona o zdravotnom poistení, v mene a na účet Poistovne. Poskytovateľ je oprávnený úhradu dlžného poistného zadržať u seba a to až do momentu najbližšieho zúčtovania poskytnutej zdravotnej starostlivosti a vykázať Poistovní celkovú sumu prijatých úhrad dlžného poisteného za Zúčtovacie obdobie prostredníctvom svojho informačného systému.
- 19.4. Zmluvné strany sa dohodli, že pri úhrade poskytnutej zdravotnej starostlivosti sa započíta pohľadávka Poistovne za vykázané úhrady dlžného poistného prijaté Poskytovateľom s pohľadávkou Poskytovateľa za poskytnutú zdravotnú starostlivosť počas Zúčtovacieho obdobia. V prípade, ak bude voči Poskytovateľovi uplatnená zmluvná pokuta podľa článku VIII. VZP, vykoná sa započítanie tak, že najskôr sa voči pohľadávke Poskytovateľa započíta pohľadávka Poistovne titulom uplatnenej zmluvnej pokuty.
- 19.5. Poistovňa sa zaväzuje nahradiť Poskytovateľovi náklady vynaložené v súvislosti s prijatím úhrady podľa tohto článku. Zmluvné strany sa dohodli na paušálnej náhrade, ktorá predstavuje 1% zo sumy každej úhrady, najmenej však 3,- €. Zmluvné strany sa dohodli, že paušálna náhrada bude započítaná s pohľadávkou Poistovne za vykázané úhrady dlžného poistného prijaté Poskytovateľom. Započítanie podľa tohto bodu sa vykoná pred započítaním podľa bodu 19.4. Zmluvy.

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

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

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

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

## **XXI. ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA**

21.1. 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.

21.2. V prípade, ak dôjde u Poskytovateľa k zásadnej zmene rozsahu alebo štruktúry poskytovanej zdravotnej starostlivosti, zaväzuje sa informovať o tom Poisťovňu a pristúpiť k rokovaniu o uzavretí dodatku k Zmluve, ktorým sa upraví úhrada za poskytovanú zdravotnú starostlivosť podľa Zmluvy.

21.3. Poisťovňa a Poskytovateľ sa zaväzujú vyvinúť maximálne možné úsilie, ktoré od nich možno spravodlivo požadovať, za účelom zabezpečenia poskytovania zdravotnej starostlivosti pre poistencov Poisťovne na čo najvyššej úrovni čo do rozsahu, štruktúry a kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

21.4. Poskytovateľ je oprávnený odmietnuť poistencovi Poisťovne poskytnutie ústavnej starostlivosti iba v prípade ak:

- a. materiálno-technické alebo personálne vybavenie Poskytovateľa neumožňuje poskytnúť poistencovi Poisťovne potrebnú zdravotnú starostlivosť vzhľadom na vývoj jeho zdravotného stavu,
- b. Poskytovateľ nedisponuje dostatočnou kapacitou pre poskytnutie ústavnej starostlivosti (nedostatok lôžok),
- c. ak zdravotný stav poistenca Poisťovne nevyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín.

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

21.6. Neoddeliteľnou súčasťou tejto Zmluvy je:

- a. príloha č. 1, ktorá obsahuje zoznam špecializačných odborov podľa bodu 1.2. Zmluvy;
- b. príloha č. 2, ktorá obsahuje kritériá na uzatvorenie zmluvy podľa bodu 2.1. Zmluvy;
- c. príloha č. 3, ktorá obsahuje vzory formulárov preukazujúcich vykonanie preventívnych prehliadok podľa bodu 3.3. písm. c. Zmluvy;
- d. príloha č. 4, ktorá obsahuje zoznam zdravotníckej techniky a zoznam zdravotných výkonov podľa bodu 3.4. Zmluvy;
- e. príloha č. 5, ktorá obsahuje zoznam špecializovaných nemocníc a liečební a vzor žiadosti o ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti podľa bodu 3.8. Zmluvy;
- f. príloha č. 6, obsahuje Zoznam kategorizovaného bodu 5.6. Zmluvy;
- g. príloha č. 7, ktorá obsahuje ceny a spôsob vykazovania výkonov hyperbarickej oxygenoterapie, stereoradiochirurgie a pozitronovej emisnej tomografie podľa bodu 5.7. Zmluvy;
- h. príloha č. 8 (Cenník VLD), 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 výšku Dodatkovej kapitácie podľa článku V. Zmluvy;
- i. príloha č. 9 (Cenník VLDD), 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 a pripočítateľné položky vzťahujúce sa k výkonom podľa článku IX. Zmluvy;
- j. príloha č. 10 (Cenník GYN), ktorá obsahuje výšku Kapitácie podľa bodu 10.2. Zmluvy, zoznam zdravotných výkonov a iných nákladov, ktoré podľa bodu 10.5. Zmluvy nie sú zahrnuté v Kapitácii, tabuľku s parametrami pre výpočet Dodatkovej kapitácie podľa bodu 11.2. Zmluvy a základ pre výpočet Dodatkovej kapitácie podľa bodu 11.6. Zmluvy;
- k. príloha č. 11 (Cenník výkonov), ktorá obsahuje výšku jednotkovej ceny bodu podľa bodu 12.3. Zmluvy a zoznam zdravotných výkonov podľa bodu 12.3. Zmluvy, výšku úhrady za výkony dialýzy v dialyzačnom centre podľa bodu 12.13. Zmluvy; tabuľky s parametrami Kvality, Efektívnosti a Inovácií;

- l. príloha č. 12, (Cenník hospitalizácií), ktorá obsahuje úhrady podľa bodu 14.1. Zmluvy, sumy podľa bodu 14.2. Zmluvy, paušálny príplatok podľa bodu 14.3. Zmluvy, výšky úhrady podľa bodu 14.8. Zmluvy a Finančný objem podľa bodu 14. 10. Zmluvy;
  - m. príloha č. 13, ktorá obsahuje zoznam relatívnych váh pre DRG skupiny, ktorých relatívna váha nie je určená v Katalógu prípadových paušálov;
  - n. príloha č. 14, ktorá obsahuje Výpočet koeficientu a určenie parametrov podľa bodu 15.4. Zmluvy;
  - o. príloha č. 15 (Cenník výkonov JZS), ktorá obsahuje zoznam výkonov a výšku ich úhrady podľa bodu 16.1. Zmluvy, materiál podľa bodu 16.12. Zmluvy, kódy výkonov podľa bodu 16.3. Zmluvy a Finančný objem podľa bodu 16.9. Zmluvy.
  - p. príloha č. 16 (Cenník agregovaných výkonov), ktorá obsahuje zoznam výkonov podľa bodu 12.10, výšku úhrady, spôsob ich vykazovania.
- 21.7. Poistovňa sa zaväzuje zasielať Poskytovateľovi zoznam preskripcie liekov podľa § 88 Zákona o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, tak aby mal Poskytovateľ priebežné informácie ohľadom plnenia záväzku z memoranda o dofinancovaní sektora z roku 2019.
- 21.8. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že v prípade zásadného poklesu disponibilných zdrojov v sektore verejného zdravotného poistenia pristúpia zmluvné strany bezodkladne k rokovaniu o úprave zmluvných a cenových podmienok.
- 21.9. 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.
- 21.10. Neoddeliteľnou súčasťou rovnopisu tejto Zmluvy určeného pre Poskytovateľa sú VZP účinné od 1. apríla 2012.
- 21.11. 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.
- 21.12. 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.
- 21.13. 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 Nitre, dňa 24. marca 2020

V Nitre, dňa 24. marca 2020

\_\_\_\_\_  
DÓVERA zdravotná poisťovňa, a. s.  
Ing. Zita Ženišová  
Regionálna riaditeľka nákupu ZS

\_\_\_\_\_  
Fakultná nemocnica Nitra  
Ing. Jarmila Mikušová – generálna riaditeľka

\_\_\_\_\_  
Ing. Martin Neštický, MBA. – ekonomický riaditeľ

Odstránené:

Odstránené: MUDr. Marian Bakoš, PhD., MHA - medicínsky riaditeľ

**Zoznam špecializačných odborov**

(podľa bodu 1.2 Zmluvy)

Špecializačný odbor	Druh poskytovanej Zdravotnej starostlivosti			
	ambulan cie	pracov isko SVLZ	ústavná zdravotná starostlivo sť	JZS
vnútorné lekárstvo /001/	áno	--	áno	--
infektológia /002/	áno	--	áno	--
pneumológia a ftizeológia /003/	áno	--	--	--
neuroológia /004/	áno	--	áno	--
psychiatria /005/	áno	--	áno	--
pediatria /007/	áno	--	áno	--
gynekológia a pôrodnictvo /009	áno	--	áno	áno
chirurgia /010/	áno	--	áno	áno
ortopédia /011/	áno	--	áno	áno
urológia /012/	áno	--	áno	áno
úrazová chirurgia /013/	áno	--	áno	áno
otorinolaryngológia /014/	áno	--	áno	áno
oftalmológia /015/	áno	--	áno	áno
dermatovenerológia /018/	áno	--	--	--
klinická onkológia /019/	áno	--	áno	--
rádiológia /023/	--	áno	--	--
klinická biochémia /024/	--	áno	--	--
anesteziológia a intenzívna medicína /025/	áno	--	áno	--
fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia /027/	áno	--	áno	--
patologická anatómia /029/	--	áno	--	--
hematológia a transfuziológia /031/	áno	áno	--	--
urgentná medicína /032/	áno	--	--	--
klinická mikrobiológia /034/	--	áno	--	--
neurochirurgia /037/	áno	--	áno	--
plastická chirurgia /038/	áno	--	--	áno
klinická imunológia a alergológia /040/	áno	áno	--	--
radiačná onkológia /043/	áno	áno	áno	--
reumatológia /045/	áno	--	--	--
algeziológia /046/	áno	--	--	--
gastroenterológia /048/	áno	--	--	áno
kardiológia /049/	áno	--	áno	--
diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy /050/	áno	--	--	--
neonatológia /051/	áno	--	áno	--

angiológia /056/	áno	--	--	--
geriatria /060/	áno	--	--	--
lekárska genetika /062/	áno	áno	--	--
nefrológia /063/	áno	--	--	--
endokrinológia /064/	áno	--	--	--
klinická farmakológia /065/	áno	áno	--	--
cievna chirurgia /068/	áno	--	áno	--
maxilofaciálna chirurgia /070/	áno	--	--	áno
detská psychiatria /105/	áno	--	--	--
detská chirurgia /107/	áno	--	--	--
pediatrická urológia /109/	áno	--	--	--
klinická logopédia /141/	áno	--	--	--
klinická psychológia /144/	áno	--	--	--
pediatrická reumatológia /145/	áno	--	--	--
pediatrická endokrinológia a diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy /153/	áno	--	--	--
pediatrická gastroenterológia, hepatológia a výživa /154/	áno	--	--	--
pediatricka kardiológia /155/	áno	--	--	--
funkčná diagnostika /187/	--	áno	--	--
JIS-vnútorne lekárstvo /196/	--	--	áno	--
JIS-kardiológia /197/	--	--	áno	--
JIS-pediatria /199/	--	--	áno	--
JIS-neurológia /201/	--	--	áno	--
JIS-chirurgia /202/	--	--	áno	--
JIRS pre deti a novorodencov /203/	--	--	áno	--
hepatológia /216/	áno	--	--	--
nemocničná krvná banka /218/	--	áno	--	--
onkológia v gynekológii /229/	áno	--	--	--
pediatrická oftalmológia /336/	áno	--	--	--
počítačová tomografia /576/	--	áno	--	--
intervenčná ultrasonografia v urológii /594/	áno	--	--	--
JIS-infektológia /602/	--	--	áno	--

**Obmedzenia pre poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti:**

Špecializačný odbor	Typ obmedzenia
-	-

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

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

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

Poznámka:

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



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

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

**Rodné číslo** \_\_\_\_\_

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

**Anamnéza:**

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

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

Škodlivé návyky: \_\_\_\_\_

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

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

**Objektívne vyšetrenie (patologické nálezy):**

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

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

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

Hrudník: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Pohybový aparát: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

Iné potrebné vyšetrenie: \_\_\_\_\_

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

**Záver preventívnej prehliadky:**

\_\_\_\_\_

**Odporúčenie:**

\_\_\_\_\_

Preventívnu prehliadku vykonal:

V \_\_\_\_\_ dňa: \_\_\_\_\_

praktický lekár pre dospelých

(pečiatka a podpis lekára)

Potvrďujem, 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 bol poučený, že ďalšia preventívna prehliadka sa vykoná o dva roky.

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



**Preventívna gynekologická prehliadka**  
v zmysle platnej legislatívy

**Meno a priezvisko poistenca:** \_\_\_\_\_  
**Rodné číslo** \_\_\_\_\_  
Dátum poslednej preventívnej prehliadky: \_\_\_\_\_

**Anamnéza:**

Prekonalé choroby: \_\_\_\_\_  
Prekonalé operácie: \_\_\_\_\_  
Škodlivé návyky: \_\_\_\_\_ fajčenie: \_\_\_\_\_

**Gynekologická anamnéza**

Menštruačný cyklus \_\_\_\_\_ dní PM: \_\_\_\_\_  
Pôrody: \_\_\_\_\_ UPT: \_\_\_\_\_ Ab sp: \_\_\_\_\_ HAK: \_\_\_\_\_

**Komplexné gynekologické vyšetrenie:**

Inšpekcia a palpácia prsníkov a reg. LU: \_\_\_\_\_  
Inšpekcia genitálií a vyšetrenie genitálií v speculách: \_\_\_\_\_  
Bimanuálne palpačné vyšetrenie  
alebo vyšetrenie per rectum: \_\_\_\_\_  
Kolposkopia: \_\_\_\_\_  
Cytológia: \_\_\_\_\_  
MICR (MOP): \_\_\_\_\_  
USG prsníkov a reg. LU: \_\_\_\_\_  
MMG: \_\_\_\_\_  
USG vyšetrenie vagin. Sondou: \_\_\_\_\_

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

**Záver preventívnej prehliadky:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Doporučenie:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Preventívnu prehliadku vykonal:

V \_\_\_\_\_ dňa: \_\_\_\_\_  
pečiatka a podpis lekára

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

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



**Zoznam zdravotníckej techniky a zdravotných výkonov**

podľa bodu 3.4. Zmluvy

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

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

Názov prístroja	Kódy zdravotných výkonov
<b>Počítačový tomograf</b>	5200, 5201, 5202, 5203, 05204, 5204a-c, 5205, 5206, 5206a -b, 5207, 5208, 5207a, 5209, 5210, 5211, 5212, 5212a
<b>Magnetická rezonancia</b>	--
<b>Mamograf</b>	--
<b>Pozitrónový emisný tomograf</b>	--
<b>PCR analyzátor</b>	--
<b>Osteodenzitometer celotelový</b>	--

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



**Zoznam špecializovaných nemocníc a liečební**

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

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

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

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

Rodné číslo:.....Bydlisko .....PSC.....

**Medicínske odôvodnenie návrhu:**

Anamnéza: .....

Objektívne vyšetrenie: .....

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

Epikríza:.....

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

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

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

Predpokladané obdobie liečby: .....

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

Dňa: .....

.....  
riaditeľ zdrav. zariadenia

.....  
primár oddelenia

.....  
navrhujúci lekár

pečiatka a kód navrhujúceho lekára

**I. Zoznam kategorizovaného materiálu podľa bodu 5.6. Zmluvy**

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

kód ZM	Názov ZM
-	-

**II. Zoznam nekategorizovaného materiálu podľa bodu 5.6. Zmluvy**

Kód ZP	Revízný lekár	Názov ZP (SZM)	Maximálna cena



**Ceny a spôsob vykazovania výkonov**

hyperbarickej oxygenoterapie, stereorádiokirurgie a pozitronovej emisnej tomografie:

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



## Cenník VLD

## Výška kapitácie

<b>Označenie</b>	<b>hodnota v €</b>	
Kapitácia za jedného Kapitovaného poistenca	do dovŕšenia 19. roku života	-
	od 19 rokov veku do dovŕšenia 27. roku života	-
	od 27 rokov veku do dovŕšenia 45. roku života	-
	od 45 rokov veku do dovŕšenia 51. roku života	-
	od 51 roku veku do dovŕšenia 53. roku života	-
	od 53 roku veku do dovŕšenia 57. roku života	-
	od 57 roku veku do dovŕšenia 61. roku života	-
	od 61 roku veku do dovŕšenia 64. roku života	-
	od 64 roku veku do dovŕšenia 68. roku života	-
	od 68 roku veku do dovŕšenia 72. roku života	-
	od 72 roku veku do dovŕšenia 87. roku života	-
	od 87 roku veku	-

## Jednotková cena bodu

<b>Cena bodu hodnota v €</b>	<b>Základná cena</b>
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: 159a, 159b, 159x (počet bodov 180), 159z (počet bodov 180), 160 (počet bodov 390)	-
pri zdravotnom výkone: 3671 (určenie glykémie glukometrom pri kvantitatívnej, alebo kvalitatívnej poruche vedomia)	-
pri výkone očkovania: 252b, ktorý nie je zahrnutý v kapitácii	-
pri výkonoch: 25, 26, 29, 30, ktoré nie sú zahrnuté v kapitácii	-
pri neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnutej inému ako Kapitovanému poistencovi	-

## Jednotková cena výkonu, ktorá sa nezahŕňa do kapitácie

<b>Cena výkonu</b>	<b>hodnota v €</b>
<b>4571a C – reaktívny proteín</b> pre kapitovaných poistencov	-
<b>Výkon 10</b> - Rozbor a plánovanie cieľných 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 chronických 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.	-

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

#### Finančný objem

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

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

<i>Zdravotné výkony a iné náklady, ktoré sa nezahŕňajú do finančného objemu podľa bodu 6.7. Zmluvy</i>
Náklady na lieky, ktoré sú v Zozname liekov označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ alebo „AS“
Výkony, ktoré Poskytovateľ vykonal pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia
Výkon očkovania 252b, výkon 3671, 60b, 5702ZV, výkon 4571a C – reaktívny proteín, výkon 10

#### Základ pre výpočet Dodatkovej kapitácie

Špecializačný odbor	Základná hodnota v €	Zvýhodnená hodnota v €
Všeobecný lekár pre dospelých	-	-

## Parametre Kvality a Inovácií

	Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
KVALITA	Subjektívna spokojnosť	I <sub>1</sub> = najmenej 6 dotazníkov vyplnených Kapitovanými poisťencami 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 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% 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 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> = 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 %
eLab	0 %	100 %	v <sub>6</sub> = 25 %
NávrhyOnline	0 %	100 %	v <sub>7</sub> = 15 %

## Parametre Efektívnosti

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

váhy a pásma pre jednotlivé parametre

Názov parametra	$h_n$			$v_n$
	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	
Starostlivosť o pacienta	100 %	100 %	0 %	$v_1 = 40 \%$
Náklady na pacienta	100 %	100 %	0 %	$v_2 = 40 \%$
Preventívne prehliadky	0 %	100 %	100 %	$v_5 = 20 \%$

## Cenník VLDD

### Výška kapitácie

<b>Označenie</b>	<b>hodnota v €</b>	
Kapitácia za jedného Kapitovaného poistenca	do dovŕšenia 1. roku života	-
	od 1 roku veku do dovŕšenia 2. roku života	-
	od 2 roku veku do dovŕšenia 7. roku života	-
	od 7 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

<b>Cena bodu</b>	<b>hodnota v €</b>
pri zdravotných výkonoch vykonaných pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia: 143, 143a, 144, 145, 145a, 146, 146a, 146b, 146c, 148, 148a, 148b, 148c, 149, 149a, 149b, 149c, 149d, 149f (poskytnutý držiteľovi preukazu ZŤP), 159b, 950, 953, 159a, 159x(počet bodov 180), 159z(počet bodov 180), 160 (počet bodov 390)	-
pri zdravotných výkonoch vykonaných pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia: 142	-
pri výkone očkovania: 252b, ktorý nie je zahrnutý v kapitácii	-

### Finančný objem

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

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

<b>Zdravotné výkony a iné náklady, ktoré sa nezahŕňajú do finančného objemu podľa bodu 9.12. 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“ alebo „AS“
Výkon očkovania 252b
Pripočítateľné položky k výkonu 8 alebo 4

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

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

**Základná a zvýhodnená cena výkonov podľa článku IX. Zmluvy**

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

**Cena výkonov podľa článku IX. Zmluvy pre nekapitovaných poistencov**

Výkon	Cena (€)
8	-
4	-

**Pripočítateľné položky k výkonom**

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

**Parametre Kvality a Inovácií**

	Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
<b>KVALITA</b>	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
<b>INOVÁCIE</b>	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 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 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

	Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
EFEKTÍVNOSŤ	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**

<b>Označenie</b>	<b>hodnota v EUR</b>
Kapitácia za jedného Kapitovaného poistenca pri špecializovanej ambulantnej starostlivosti v špecializačnom odbore „gynekológia a pôrodníctvo“	1,37

**Jednotková cena bodu**

<b>Cena bodu</b>	<b>hodnota v €</b>
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: 157, 102, 103, 105, 108 (max 4 krát počas fyziologického priebehu tehotenstva), 167	0,048972
pri zdravotných výkonoch: 5303, 5305, 5308	0,008839
pri neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnutej inému ako Kapitovanému poistencovi	0,022973

**Finančný objem**

Finančný objem na kalendárny mesiac podľa bodu 10.7. Zmluvy	50 €
---	------

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

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

## Parametre kvality a efektívnosti pre výpočet Dodatkovej kapitácie

Názov a určenie hodnoty parametrov:

Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
Priemerný počet ošetrovaných poistencov za kalendárny mesiac	$I_1$ = počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť / počet kapitovaných poistencov
Vyšetrenia SVALZ	$I_2$ = počet bodov vlastných SVALZ zdravotných výkonov vykonaných bez objednania a objednaných SVALZ zdravotných výkonov vykonaných pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti poistencom / počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť – okrem vyšetrení vykonaných v súvislosti s preventívnou prehliadkou
Prevenencia karcinómu prsníka	$I_3$ = počet poistencov s vykonaným mamografickým alebo sonografickým vyšetrením prsníkov / počet kapitovaných poistencov v súlade s náplňou preventívnej prehliadky
Preventívne prehliadky	$I_4$ = počet kapitovaných poistencov s vykonanou preventívnou prehliadkou / počet kapitovaných poistencov
Dostupnosť zdravotnej starostlivosti	$I_5$ = aspoň jeden lekár s úväzkom u Poskytovateľa najmenej 0,8 lekárskeho miesta a zároveň ordinálny čas najmenej v rozsahu 30 hodín/týždeň
Subjektívna spokojnosť	$I_6$ = najmenej 6 dotazníkov vyplnených Kapitovanými poistencami Poskytovateľa

Váhy a pásma pre jednotlivé parametre:

Názov parametra	$h_n$			$v_n$
	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	
Priemerný počet ošetrovaných poistencov za kalendárny mesiac	0 %	100 %	100 %	$v_1 = 25 \%$
Vyšetrenia SVALZ	100 %	100 %	0 %	$v_2 = 15 \%$
Prevenencia karcinómu prsníka	0 %	100 %	100 %	$v_3 = 20 \%$
Preventívne prehliadky	0 %	100 %	100 %	$v_4 = 10 \%$
Dostupnosť zdravotnej starostlivosti	neplní		plní	$v_5 = 15 \%$
	0%		100%	
Subjektívna spokojnosť	neplní		plní	$v_6 = 15 \%$
	0%		100%	

Hodnota HKK podľa bodu 11.7. Zmluvy	<b>69%</b>
-------------------------------------	------------

## Základ pre výpočet Dodatkovej kapitácie

<i>Gynekológia a pôrodnictvo</i>	hodnota v €
Základná hodnota	0,197022
Zvýhodnená hodnota pri splnení podmienky: Prístrojové vybavenie	0,203661
Zvýhodnená hodnota pri splnení: Podmienok pre vznik nároku na zvýhodnenú dodatkovú kapitáciu okrem podmienky Prístrojové vybavenie	0,462235
Zvýhodnená hodnota pri splnení: Podmienok pre vznik nároku na zvýhodnenú dodatkovú kapitáciu vrátane podmienky Prístrojové vybavenie	0,477863

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

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

Zvýhodnená hodnota sa použije ako základ pre výpočet dodatkovkej kapitácie od účinnosti Zmluvy do 30.06.2020.



## Cenník výkonov

<b>Cena bodu hodnota v €</b>	<b>Základná cena</b>	<b>Zvýhodnená cena*</b>
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačných odboroch <b>lekárska genetika</b> <b>(062 501) do 30.06.2020</b>	0,005311	-
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačných odboroch <b>lekárska genetika</b> <b>(062 501) od 01.07.2020</b>	<b>0,0053</b>	<b>0,005975</b>
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačných odboroch <b>patologická anatómia</b> <b>(029 501) do 30.06.2020</b>	0,004514	-
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačných odboroch <b>patologická anatómia</b> <b>(029 501) od 01.07.2020</b>	<b>0,004514</b>	<b>0,005975</b>
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačných odboroch <b>klinická biochémia</b> <b>(024 501) do 30.06.2020</b>	0,004780	-
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačných odboroch <b>klinická biochémia</b> <b>(024 501) od 01.07.2020</b>	<b>0,004780</b>	<b>0,005975</b>
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačných odboroch <b>hematológia a transfuziológia</b> (031 501) do 30.06.2020	0,005378	-
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačných odboroch <b>hematológia a transfuziológia</b> (031 501) od 01.07.2020	<b>0,005311</b>	<b>0,005975</b>
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačných odboroch <b>klinická mikrobiológia</b> <b>(034 501) do 30.06.2020</b>	0,004780	-
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačných odboroch <b>klinická mikrobiológia</b> <b>(034 501) od 01.07.2020</b>	<b>0,004780</b>	<b>0,005975</b>
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačných odboroch <b>klinická imunológia a alergológia</b> (040 502) do 30.06.2020	0,005311	-
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačných odboroch <b>klinická imunológia a alergológia</b> (040 502) od 01.07.2020	<b>0,005311</b>	<b>0,005975</b>

pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačnom odbore <i>klinická farmakológia (065 501)</i>	0,005311	-
pri zdravotných výkonoch <b>počítačovej tomografie</b> vrátane aplikovania kontrastnej látky vykázanaj na pracovisku (576 501)	0,004514	-
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačnom odbore <b>fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia (027 501)</b>	0,008617	-
pri zdravotných výkonoch: 509a, 512, 513, 514a, 516, 518, 522, 523a, 530, 531, 532, 533a, 540, 541, 542 vykonaných v špecializačnom odbore fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia (027 501)	0,013766	
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačnom odbore <i>rádiológia (023 501)</i>	0,007801	-
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačných odboroch <i>radiačná onkológia, funkčná diagnostika, nemocničná krvná banka, (043 501, 187 501, 218 502)</i>	0,007303	-
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“, v ambulancii špecializačného odboru, pre ktorú nie je dohodnutý finančný objem v zmysle bodu 12.6. Zmluvy	0,008195	-
pri iných zdravotných výkonoch ako uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“, v ambulancii špecializačného odboru, pre ktorú nie je dohodnutý finančný objem v zmysle bodu 12.6. Zmluvy	0,022725	0,027614
pri zdravotnom výkone: 60 (420bodov)	0,026432	-
pri zdravotných výkonoch: 62 (270 bodov); 63 (210 bodov)	0,022725	0,027614
pri zdravotnom výkone 15D (50bodov) – Zhodnotenie RTG dokumentácie, ak nie je vykonané pracoviskom RTG, vrátane popisu v zdravotnej dokumentácii, pre odbornosti: 003, 010, 011, 013, 014, 045, 114, 156, 145, 107,108	0,0193	-
pri zdravotnom výkone 159c vykonanom lekárom so špecializáciou v špecializačnom odbore urológia	0,048972	-
pri zdravotných výkonoch vykonaných v rámci ústavnej pohotovostnej služby	0,033898	-
pri zdravotných výkonoch vykonaných v špecializačnom odbore patologická anatómia: *9980 (skriningové cytologické vyšetrenie materiálu z portia alebo krčka maternice na diagnostiku rakoviny; 1 000b) *9980A (cytologické vyšetrenie steru z krčka maternice realizované konvenčnou metódou /vek poistenky do 23 rokov a nad 64 rokov;/1000b) *9980B (cytologické vyšetrenie steru z krčka maternice realizované konvenčnou metódou /kontrolné cytologické vyšetrenie v prípade dispenzarizácie poistenky;/1000b) * Vykazovanie: 1x vo vyšetrovanom prípade	0,004514	
pri zdravotnom výkone: 760sp, 760sn, 760 pp, 760 pn (Preventívna kolonoskopia 1500 bodov)	0,048972	-
pri zdravotnom výkone: 763pp, 763pn, 763sp, 763sn (Preventívna kolonoskopia 2230 bodov)	0,048972	-

pri zdravotných výkonoch: 5793, 5794, 5795 v špecializačnom odbore neurológia	0,012610	
pri zubno lekárskej zdravotnej starostlivosti poskytnutej poisťencovi Poistovne , pričom bodová hodnota výkonu V12 je Zmluvnými stranami dohodnutá na 300 bodov	0,088	

#### Jednotková cena výkonu

Cena výkonu	hodnota v €
<b>H5556A*</b> - expektácia pacienta od 6 do 24 hod	180,00

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

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

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

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

\* Vykazujúca odbornosť: 001801, 001802, 002801, 004801, 005801, 007801, 009801, 010801, 011801, 012801, 013801, 014801, 015801, 019801, 037801, 051801, 068801, Typ Dávky 753a

#### Zoznam výkonov dialýzy v dialyzačnom centre

Výkony dialýzy v dialyzačnom centre podľa bodu 12.13. Zmluvy	hodnota v €
794	-
794f	-
794g	-
794h	-
794i	-
794j	-
794k	-
794l	-
794m	-
794n	-
794p	-
794r pri indikáciách: -Hladina beta 2 mikroglobulínu v sére nad referenčné hodnoty príslušného laboratória a hladina fosforu v sére nad referenčné hodnoty príslušného laboratória -Kardiovaskulárna instabilita doložená kardiologickým vyšetrením -Diabetes mellitus	-

## Základný rozsah

Základný rozsah na kalendárny polrok pre špecializačný odbor podľa bodu 13.11. Zmluvy	hodnota v bodoch
(001) - vnútorné lekárstvo	600 000
(002) - infektológia	480 000
(003) - pneumológia a ftizeológia	540 000
(004) - neurológia	840 000
(005) - psychiatria, (105) - detská psychiatria	150 000
(007) - pediatria	90 000
(009) - gynekológia a pôrodníctvo, (229) - onkológia v gynekológii	1 939 200
(010) - chirurgia, (107) - detská chirurgia	660 000
(011) - ortopédia	900 000
(012) - urológia, (109) - pediatrická urológia	738 000
(013) - úrazová chirurgia	1 260 000
(014) - otorinolaryngológia	360 000
(015) - oftalmológia, (336) - pediatrická oftalmológia	990 000
(018) - dermatovenerológia	540 000
(019) - klinická onkológia	1 800 000
(025) - anestéziológia a intenzívna medicína	138 000
(027) - fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	4 470 000
(031) - hematológia a transfuziológia	762 996
(032) - urgentná medicína	1 980 000
(037) - neurochirurgia	180 000
(038) - plastická chirurgia	360 000
(040) - klinická imunológia a alergológia	6 000
(043) - radiačná onkológia	1 350 000
(045) - reumatológia, (145) - pediatrická reumatológia	360 000
(046) - algeziológia	84 000
(048) - gastroenterológia, (154) - pediatrická gastroenterológia, hepatológia	480 000
(049) - kardiológia, (155) - pediatrická kardiológia	510 000
(050) - diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy	150 000
(051) - neonatológia	51 000
(056) - angiológia	270 000
(060) - geriatria	3 600
(062) - lekárska genetika	200 000
(063) - nefrológia	168 000
(064) - endokrinológia, (153) - pediatrická endokrinológia a diabetológia	318 000
(065) - klinická farmakológia	30 000
(068) - cievna chirurgia	270 000
(141) - klinická logopédia	15 000
(144) - klinická psychológia	498 000
(216) - hepatológia	66 000

## Základný rozsah

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

### Minimálna jednotková cena

<b>Minimálna jednotková cena podľa bodu 12.4. Zmluvy</b>	<b>hodnota v €</b>
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“	0,003319
pri iných zdravotných výkonoch ako uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“	0,003319

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

Ultrazvukové vyšetrenia, ktoré tvoria náplň preventívnej gynekologickej prehliadky plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia a Poskytovateľ ich vykonal na základe požiadavky lekára so špecializáciou v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodníctvo, ktorý vykonáva preventívnu gynekologickú prehliadku plne uhrádzanú z verejného zdravotného poistenia
Výkon: 159c, 689, 760sp, 760sn, 760 pp, 760 pn 763pp, 763pn, 763sp, 763sn

### Finančný objem

<b>Finančný objem</b>	<b>hodnota v €</b>
podľa bodu 12.6. písm. a. Zmluvy	3 200,-
podľa bodu 12.6. písm. b. Zmluvy (031 501, 040 502, 062 501,065 501,024 501, 034 501, 029 501,043 501, 187 501, 594 501, 218 502,023 501, 576 501, 027 50)	64 830,-

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

Náklady na lieky, ktoré sú v Zozname liekov označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ lebo „AS“ pre stanovené finančné objemy podľa bodu 12.6. písm. a. Zmluvy
Výkon H5556A

### Parametre Kvality a Inovácií pre špecializovanú ambulantnú starostlivosť

	<b>Názov parametra</b>	<b>Určenie hodnoty parametra</b>
<b>KVALITA</b>	Subjektívna spokojnosť	I <sub>1</sub> = najmenej 6 dotazníkov vyplnených poistencami ošetrenými u Poskytovateľa
	Bezpečná medikácia	I <sub>2</sub> = najmenej jedno zobrazenie elektronickej liekovej knižky počas najmenej 90% ordinačných dní
<b>INOVÁCIE</b>	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% elektronickej žiadostí o vykonanie laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení odoslaných po zobrazení existujúcich žiadostí o vykonanie laboratórnych 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 pre špecializovanú ambulantnú starostlivosť\***

	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 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 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 HbA1c	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 pre špecializovanú ambulantnú starostlivosť

	Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
EFEKTÍVNOSŤ	Kontakt	I <sub>1</sub> = počet ošetrení/počet unikátnych prepočítaných rodných čísiel (s výnimkou vybraných klinických výkonov a vstupných vyšetrení)
	Náklady na pacienta	I <sub>2</sub> = 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 <sub>n</sub>			V <sub>n</sub>
	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	
Kontakt	100 %	100 %	0 %	v <sub>1</sub> = 10 %
Náklady na pacienta	100 %	100 %	0 %	v <sub>2</sub> = 20 %

špecializačný odbor klinická psychológia, psychoterapia

### Parametre Kvality a Inovácií pre špecializovanú ambulatnú starostlivosť

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

váhy pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h <sub>n</sub>		V <sub>n</sub>
	neplní	Plní	
eZúčtovanie	0 %	100 %	v <sub>1</sub> = 20 %

### Parametre Efektívnosti pre špecializovanú ambulatnú starostlivosť

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

váhy a pásma pre jednotlivé parametre

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

špecializačný odbor klinická logopédia, liečebná pedagogika, špeciálna pedagogika

### Parametre Kvality a Inovácií pre špecializovanú ambulatnú starostlivosť

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

váhy pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h <sub>n</sub>		V <sub>n</sub>
	neplní	Plní	
eZúčtovanie	0 %	100 %	v <sub>1</sub> = 20 %

### Parametre Efektívnosti pre špecializovanú ambulatnú starostlivosť

Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
Počet bodov na poistenca za ambulatné výkony	I <sub>1</sub> = počet bodov vlastných ambulatných zdravotných výkonov vykonaných bez objednania poskytovateľom špecializovanej ambulancie a objednaných ambulatných zdravotných výkonov vykonaných pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti poistencom/ počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť – okrem vyšetrení vykonaných v súvislosti s preventívnou prehliadkou
Počet vyšetrení na jedného poistenca	I <sub>2</sub> = počet vyšetrení / počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť

váhy a pásma pre jednotlivé parametre

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

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

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

\*váhy pre jednotlivé parametre

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

**Parametre Efektívnosti pre odbornosti spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek\***

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

\*váhy a pásma pre jednotlivé parametre

Názov parametra	$h_n$			$v_n$
	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	
Spektrum	0 %	50 %	100 %	$v_5 = 10 \%$
Náklady na pacienta	100 %	100 %	0 %	$v_6 = 20 \%$



## Cenník hospitalizácií pre DRG nerelevantné oddelenia

Oddelenie	KÓD oddelenia	základný hospitalizačný paušál	Úprava HP podľa dĺžky trvania hospitalizácií v dňoch				CENA lôžkodňa
			1 - 10	11 - 20	21 - 40	41 a viac	
Psychiatria	P85687005101	1 312,-	-	-	-	-	-

## Finančný objem

Finančný objem na kalendárny mesiac podľa bodu 14.10. Zmluvy	<b>35 000,-</b>
--	-----------------



## Zoznam relatívnych váh DRG skupín bez určenia v Katalógu prípadových paušálov

Kód DRG	Názov	Relatívna váha*	Zníženie relatívnej váhy na deň pri OD kratšej ako dolná hranica	Zvýšenie relatívnej váhy na deň pri OD dlhšej ako horná hranica
B43Z	Včasná rehabilitácia u chorôb a porúch nervového systému, viac ako 27 dní	1,11	-	-
B61B	Určité akútne ochorenia a poranenia miechy bez komplexného výkonu alebo viac ako 13 dní ošetrovacích dní alebo žiadne preloženie ďalej	1,9168	0,0875	0,0350
B76A	Záchvaty, viac ako jeden deň hospitalizácie, s komplexnou diagnostikou a liečbou	0,8776	-	0,0358
D01A	Bilaterálna implantácia kochley	1,11	-	-
D23Z	Implantácia naslúchacieho prístroja	1,11	-	-
E41Z	Včasná rehabilitácia u chorôb a porúch dýchacích ciest	1,11	-	-
E76A	Tuberkulóza, viac ako 14 ošetrovacích dní	2,6820	0,1616	0,0323
F29Z	Včasná rehabilitácia u chorôb a porúch krvného obehu s určitým OP výkonom s výnimkou kardiotorakálnych	1,11	-	-
F45Z	Včasná rehabilitácia u chorôb a porúch krvného obehu	1,11	-	-
G51Z	Včasná rehabilitácia chorôb a porúch tráviacich orgánov	1,11	-	-
I40Z	Včasná rehabilitácia chorôb a porúch muskuloskeletálneho systému a spojivového tkaniva	1,11	-	-
I96Z	Včasná rehabilitácia s OP výkonom u chorôb a porúch muskuloskeletálneho systému a spojivového tkaniva, viac ako 20 dní	1,11	-	-
K01Z	Rôzne zákroky pri Diabetes mellitus s komplikáciami, s včasnou rehabilitáciou alebo včasnou geriatrickou rehabilitačnou komplexnou ZS	1,11	-	-
K43Z	Včasná rehabilitácia endokrinologických ochorení, porúch výživy a ochorení látkovej výmeny	1,11	-	-
L61Z	Hospitalizácia pre dialýzu	1,11	-	-
Y01Z	OP výkony alebo UPV > 95 hodín u ťažkých popálenín	1,11	-	-
Y61Z	Ťažké popáleniny	1,11	-	-
Z41Z	Odobratie vlastnej kostnej drene	1,11	-	-



**Výpočet koeficientu a určenie parametrov podľa bodu 15.4. Zmluvy**

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

$$K_{n\&f} = \left( \frac{K_{of_{max}} - K_{of_{min}}}{\pi} \right) \times \tan^{-1} \left[ 2,5 \times \left( K_{n\&f_{CD}} - \left( \frac{K_{of_{max}} + K_{of_{min}}}{2} \right) \right) \right] + \left( \frac{K_{of_{max}} + K_{of_{min}}}{2} \right)$$

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

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

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

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

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

- c) Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli na určenie konkrétnej hodnoty parametra  $UHR_{x-n;ref}$ ,  $EMZS_{x-n;ref}$ ,  $CM_{x-n;ref}$  a  $PHP_{x-n;ref}$  v referenčnom období 2019 nasledovne:

RO	UHR	EMZS	CM	PHP
4-6;2019	2 467 923	183 369	2 062	1 984
4-9;2019	4 935 846	366 738	4 125	3 967
4-12;2019	7 403 769	550 108	6 187	5 951

- d) Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli na určenie konkrétnej hodnoty parametra  $UHR_{x-n;ref}$ ,  $EMZS_{x-n;ref}$ ,  $CM_{x-n;ref}$  a  $PHP_{x-n;ref}$  v referenčnom období 2019 a nasledujúcom takto:

RO	UHR	EMZS	CM	PHP
1-3;2020 a nasl.	2 467 923	183 369	2 062	1 984
1-6;2020 a nasl.	4 935 846	366 738	4 125	3 967
1-9;2020 a nasl.	7 403 769	550 108	6 187	5 951
1-12;2020 a nasl.	9 871 692	733 477	8 249	7 934

Zmluvné strany sa pre vylúčenie pochybností dohodli, že číselné vyjadrenie parametra uvedené v tabuľke vyššie má vždy prednosť pred jeho slovným vyjadrením podľa bodu 15.4. písmeno a. a b. Zmluvy.“

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

Koef_PHP	0.980	0.985	0.990	0.995	1.000	1.005	1.010	1.015	1.020	1.025	1.030	1.035	1.040	1.045	1.050	1.055	1.060	1.065	1.070	1.075	1.080	1.085	1.090	1.095	1.100	1.105	1.110	1.115	1.120	1.125	1.130	1.135	1.140			
0.910	0.991	0.991	0.992	0.992	0.993	0.993	0.994	0.995	0.995	0.996	0.997	0.997	0.998	0.999	1.000	1.000	1.001	1.002	1.003	1.003	1.004	1.005	1.005	1.006	1.006	1.007	1.008	1.008	1.009	1.009	1.010	1.010	1.011	1.011	1.012	
0.915	0.991	0.992	0.993	0.993	0.994	0.995	0.995	0.996	0.997	0.997	0.998	0.999	1.000	1.001	1.001	1.002	1.003	1.004	1.004	1.005	1.005	1.006	1.007	1.007	1.008	1.008	1.009	1.009	1.010	1.010	1.011	1.011	1.012	1.012	1.013	
0.920	0.992	0.992	0.993	0.993	0.994	0.995	0.995	0.996	0.997	0.997	0.998	0.999	1.000	1.001	1.001	1.002	1.003	1.004	1.004	1.005	1.005	1.006	1.007	1.007	1.008	1.008	1.009	1.009	1.010	1.010	1.011	1.011	1.012	1.012	1.013	
0.925	0.992	0.993	0.993	0.994	0.995	0.995	0.996	0.997	0.998	0.998	0.999	1.000	1.001	1.001	1.002	1.003	1.004	1.004	1.005	1.005	1.006	1.007	1.007	1.008	1.008	1.009	1.009	1.010	1.010	1.011	1.011	1.012	1.012	1.013	1.013	
0.930	0.993	0.993	0.994	0.995	0.995	0.996	0.997	0.998	0.998	0.999	1.000	1.001	1.001	1.002	1.003	1.004	1.004	1.005	1.005	1.006	1.007	1.007	1.008	1.008	1.009	1.009	1.010	1.010	1.011	1.011	1.012	1.012	1.013	1.013	1.014	
0.940	0.994	0.995	0.995	0.996	0.997	0.998	0.998	0.999	1.000	1.001	1.001	1.002	1.003	1.004	1.004	1.005	1.006	1.006	1.007	1.007	1.008	1.008	1.009	1.009	1.010	1.010	1.011	1.011	1.012	1.012	1.013	1.013	1.014	1.014	1.015	
0.945	0.994	0.995	0.996	0.997	0.998	0.998	0.999	1.000	1.001	1.002	1.002	1.003	1.004	1.004	1.005	1.006	1.006	1.007	1.007	1.008	1.008	1.009	1.009	1.010	1.010	1.011	1.011	1.012	1.012	1.013	1.013	1.014	1.014	1.015	1.015	1.016
0.950	0.994	0.995	0.997	0.998	0.998	0.999	1.000	1.001	1.002	1.002	1.003	1.004	1.004	1.005	1.006	1.006	1.007	1.008	1.008	1.009	1.009	1.009	1.010	1.010	1.011	1.011	1.012	1.012	1.013	1.013	1.014	1.014	1.015	1.015	1.016	1.016
0.955	0.994	0.995	0.997	0.998	0.999	1.000	1.001	1.002	1.002	1.003	1.004	1.005	1.005	1.006	1.006	1.007	1.008	1.008	1.009	1.009	1.009	1.010	1.010	1.011	1.011	1.012	1.012	1.013	1.013	1.014	1.014	1.015	1.015	1.016	1.016	1.017
0.960	0.994	0.995	0.997	0.998	1.000	1.001	1.002	1.002	1.003	1.004	1.005	1.005	1.006	1.006	1.007	1.008	1.008	1.009	1.009	1.009	1.010	1.010	1.011	1.011	1.012	1.012	1.013	1.013	1.014	1.014	1.015	1.015	1.016	1.016	1.017	1.017
0.965	0.994	0.995	0.997	0.998	1.000	1.002	1.002	1.003	1.004	1.005	1.005	1.006	1.006	1.007	1.008	1.008	1.009	1.009	1.010	1.010	1.011	1.011	1.012	1.012	1.013	1.013	1.014	1.014	1.015	1.015	1.016	1.016	1.017	1.017	1.018	1.018
0.970	0.994	0.995	0.997	0.998	1.000	1.002	1.003	1.004	1.005	1.005	1.006	1.007	1.007	1.008	1.008	1.009	1.009	1.010	1.010	1.011	1.011	1.012	1.012	1.013	1.013	1.014	1.014	1.015	1.015	1.016	1.016	1.017	1.017	1.018	1.018	1.019
0.975	0.994	0.995	0.997	0.998	1.000	1.002	1.003	1.005	1.005	1.006	1.007	1.007	1.008	1.008	1.009	1.009	1.010	1.010	1.011	1.011	1.012	1.012	1.013	1.013	1.014	1.014	1.015	1.015	1.016	1.016	1.017	1.017	1.018	1.018	1.019	1.019
0.980	0.994	0.995	0.997	0.998	1.000	1.002	1.003	1.005	1.006	1.007	1.007	1.008	1.008	1.009	1.009	1.010	1.010	1.011	1.011	1.012	1.012	1.013	1.013	1.014	1.014	1.015	1.015	1.016	1.016	1.017	1.017	1.018	1.018	1.019	1.019	1.020
0.985	0.994	0.995	0.997	0.998	1.000	1.002	1.003	1.005	1.006	1.007	1.008	1.008	1.009	1.009	1.010	1.010	1.011	1.011	1.012	1.012	1.013	1.013	1.014	1.014	1.015	1.015	1.016	1.016	1.017	1.017	1.018	1.018	1.019	1.019	1.020	1.020
0.990	0.994	0.995	0.997	0.998	1.000	1.002	1.003	1.005	1.006	1.007	1.008	1.008	1.009	1.009	1.010	1.010	1.011	1.011	1.012	1.012	1.013	1.013	1.014	1.014	1.015	1.015	1.016	1.016	1.017	1.017	1.018	1.018	1.019	1.019	1.020	1.020
0.995	0.994	0.995	0.997	0.998	1.000	1.002	1.003	1.005	1.006	1.007	1.008	1.008	1.009	1.010	1.010	1.011	1.011	1.012	1.012	1.013	1.013	1.014	1.014	1.015	1.015	1.016	1.016	1.017	1.017	1.018	1.018	1.019	1.019	1.020	1.020	1.021
1.000	0.994	0.995	0.997	0.998	1.000	1.002	1.003	1.005	1.006	1.007	1.008	1.008	1.009	1.010	1.010	1.011	1.011	1.012	1.012	1.013	1.013	1.014	1.014	1.015	1.015	1.016	1.016	1.017	1.017	1.018	1.018	1.019	1.019	1.020	1.020	1.021
1.005	0.994	0.995	0.997	0.998	1.000	1.002	1.003	1.005	1.006	1.007	1.008	1.008	1.009	1.010	1.010	1.011	1.011	1.012	1.012	1.013	1.013	1.014	1.014	1.015	1.015	1.016	1.016	1.017	1.017	1.018	1.018	1.019	1.019	1.020	1.020	1.021
1.010	0.994	0.995	0.997	0.998	1.000	1.002	1.003	1.005	1.006	1.007	1.008	1.008	1.009	1.010	1.010	1.011	1.011	1.012	1.012	1.013	1.013	1.014	1.014	1.015	1.015	1.016	1.016	1.017	1.017	1.018	1.018	1.019	1.019	1.020	1.020	1.021
1.015	0.994	0.995	0.997	0.998	1.000	1.002	1.003	1.005	1.006	1.007	1.008	1.008	1.009	1.010	1.010	1.011	1.011	1.012	1.012	1.013	1.013	1.014	1.014	1.015	1.015	1.016	1.016	1.017	1.017	1.018	1.018	1.019	1.019	1.020	1.020	1.021
1.020	0.994	0.995	0.997	0.998	1.000	1.002	1.003	1.005	1.006	1.007	1.008	1.008	1.009	1.010	1.010	1.011	1.011	1.012	1.012	1.013	1.013	1.014	1.014	1.015	1.015	1.016	1.016	1.017	1.017	1.018	1.018	1.019	1.019	1.020	1.020	1.021
1.025	0.994	0.995	0.997	0.998	1.000	1.002	1.003	1.005	1.006	1.007	1.008	1.008	1.009	1.010	1.010	1.011	1.011	1.012	1.012	1.013	1.013	1.014	1.014	1.015	1.015	1.016	1.016	1.017	1.017	1.018	1.018	1.019	1.019	1.020	1.020	1.021
1.030	0.994	0.995	0.997	0.998	1.000	1.002	1.003	1.005	1.006	1.007	1.008	1.008	1.009	1.010	1.010	1.011	1.011	1.012	1.012	1.013	1.013	1.014	1.014	1.015	1.015	1.016	1.016	1.017	1.017	1.018	1.018	1.019	1.019	1.020	1.020	1.021
1.035	0.994	0.995	0.997	0.998	1.000	1.002	1.003	1.005	1.006	1.007	1.008	1.008	1.009	1.010	1.010	1.011	1.011	1.012	1.012	1.013	1.013	1.014	1.014	1.015	1.015	1.016	1.016	1.017	1.017	1.018	1.018	1.019	1.019	1.020	1.020	1.021
1.040	0.994	0.995	0.997	0.998	1.000	1.002	1.003	1.005	1.006	1.007	1.008	1.008	1.009	1.010	1.010	1.011	1.011	1.012	1.012	1.013	1.013	1.014	1.014	1.015	1.015	1.016	1.016	1.017	1.017	1.018	1.018	1.019	1.019	1.020	1.020	1.021
1.045	0.994	0.995	0.997	0.998	1.000	1.002	1.003	1.005	1.006	1.007	1.008	1.008	1.009	1.010	1.010	1.011	1.011	1.012	1.012	1.013	1.013	1.014	1.014	1.015	1.015	1.016	1.016	1.017	1.017	1.018	1.018	1.019	1.019	1.020	1.020	1.021
1.050	0.994	0.995	0.997	0.998	1.000	1.002	1.003	1.005	1.006	1.007	1.008	1.008	1.009	1.010	1.010	1.011	1.011	1.012	1.012	1.013	1.013	1.014	1.014	1.015	1.015	1.016	1.016	1.017	1.017	1.018	1.018	1.019	1.019	1.020	1.020	1.021
1.055	0.994	0.995	0.997	0.998	1.000	1.002	1.003	1.005	1.006	1.007	1.008	1.008	1.009	1.010	1.010	1.011	1.011	1.012	1.012	1.013	1.013	1.014	1.014	1.015	1.015	1.016	1.016	1.017	1.017	1.018	1.018	1.019	1.019	1.020	1.020	1.021

## Cenník výkonov JZS

Kód výkonu	Názov výkonu	Obsah kombinovaných výkonov („K“)	Hodnota v €)*
1390	Operácia sivého zákalu s implantáciou umelej vnútroočnej šošovky		491,00
1391	sekundárna implantácia intraokulárnej šošovky do prednej očnej komory alebo do sulcus ciliare		491,00
1392	sekundárna implantácia intraokulárnej šošovky transsklerálnou fixáciou		491,00
1393	operácia sekundárnej katarakty bez umelej vnútroočnej šošovky		447,00
1394	repoziícia implantovanej umelej vnútroočnej šošovky		403,00
1395	primárna implantácia umelej vnútroočnej šošovky zo zdravotných dôvodov		447,00
8501	jednostranná operácia slabínovej hernie s použitím sieťky		590,00
8502	transrektálna polypektómia (do troch polypov)		579,00
8507	operácia poúrazovej paraartikulárnej burzitídy vo všetkých lokalizáciách		370,00
8508	operačná mobilizácia kontraktúry stuhnutého kĺbu		524,00
8509	dynamizácia vnútrodreňových klincov		304,00
8510	repoziícia jednoduchých zlomenín v celkovej anestéze		480,00
8511	operačné riešenie pollex saltans		414,00
8512	operačné riešenie fractura metacarpi		502,00
8513	operačné riešenie epicondylitis radialis		414,00
8514	operačné riešenie epicondylitis ulnaris		414,00
8516	operačné riešenie fractura capitis radii		414,00
8517	operačné riešenie synovitis cubiti		469,00
8518A	operačné riešenie luxatio acromioclavicularis		524,00
8519	operačné riešenie fractura claviculae		524,00
8520	operačné riešenie abruptio tuberculi majoris et minoris humeri		469,00
8525	operačné riešenie hallux valgus		469,00
8525K	operačné riešenie hallux valgus v kombinácii s iným výkonom	K: operačné riešenie digitus hammatius; operačné riešenie digitus malleus, druhostranný hallux valgus, prípadne iné súvisiace výkony v odbornosti	579,00
8526	operačné riešenie pes transversoplanus		469,00
8527	operačné riešenie digitus hammatius		469,00
8528	operačné riešenie digitus malleus		469,00
8529	operačné riešenie digitus supraductus		469,00
8530	operačné riešenie metatarsus i. varus		469,00
8532	operačné riešenie neuralgie mortoni		359,00
8533	artroskopické výkony v laktovom kĺbe		744,00
8534	artroskopické výkony v ramennom kĺbe bez použitia vstrebateľného fixačného materiálu		854,00
8534A	artroskopické výkony v ramennom kĺbe s použitím vstrebateľného fixačného materiálu		1 074,00
8535	artroskopické výkony v kolennom kĺbe bez použitia fixačného materiálu		854,00

8535A	artroskopické výkony v kolennom kĺbe s použitím fixačného materiálu		1 074,00
8536	artroskopické výkony v členkovom kĺbe		744,00
8538	exstirpácia sakrálneho dermoidu		414,00
8539	operácia varixov jednej dolnej končatiny		535,00
8539K	operácia varixov oboch dolných končatín	K: bilaterálne	634,00
8540	operácia análnych fistúl a/alebo fisúr		447,00
8542	operácia ruptúry achilovej šľachy		535,00
8544	operácia Dupuytrenovej kontraktúry		469,00
8546	discízia ligamentum carpi transversum s epineurolyzou nervus medianus		469,00
8547	exstirpácia a excízia benígnych a malígnych nádorov kože, podkožia a svalov		194,00
8548	tenolýza šliach ruky		414,00
8549	sekundárna sutúra šľachy		524,00
8551	transpozícia šľachy		414,00
8552	operácia malých kĺbov ruky - artrolýza		414,00
8553	operácia malých kĺbov ruky - artrodéza		414,00
8564	laparoskopická cholecystektómia		700,00
8565	operácia hemoroidov		447,00
8567	vytvorenie alebo rekonštrukcia arteriovenózneho fistuly pri chronickej liečbe hemodialýzou		414,00
8568	zrušenie arteriovenózneho fistuly		304,00
8569	diagnostické biopsie kože, podkožia a svalov		139,00
8572	exstirpácia benígneho nádoru prsnej žľazy		414,00
8573	exstirpácia jedného gangliomu		139,00
8575	amputácia prsta pre gangrénu		139,00
8577	laparoskopická apendektómia		689,00
8578	artroskopické výkony v zápästí		744,00
8582	punkčná fasciotómia		304,00
8583	parciálna fasciektómia		359,00
8584	totálna fasciektómia		414,00
8585	discízia ligamentum carpi transversum bez epineurolyzy nervus medianus		414,00
8588	lobektómia štítnej žľazy		524,00
8610	gynekologické vyšetrenie v celkovej anestézii		359,00
8611	konizácia cervixu		425,00
8611K	konizácia cervixu v kombinácii s iným výkonom	iný výkon: dilatácia a kyretáž, prípadne iné súvisiace výkony v odbornosti	469,00
8612	excízia vulvy - len ako terapeutický zákrok v ca		359,00
8613	exstirpácia cýst glandule vestibularis - bartolinskej žľazy		359,00
8614	kordocentéza		359,00
8615	amnioinfúzia		359,00
8616	punkcia ovariálnych cýst		249,00
8617	hysterosalpingografia		304,00
8619	resekcia vaginálneho septa		359,00
8620	hysteroskopia (+ prípadná resekcia uterinného septa)		502,00
8622	diagnostická laparoscopia bez adheziolýzy		425,00
8623	sterilizácia ženy zo zdravotných indikácií		414,00

8626	salpingektómia laparoskopicky		491,00
8627	ovariálna cystektómia laparoskopicky		491,00
8628	oophorektómia- laparoskopicky		491,00
8629	ablácia endometriotických ložísk - laparoskopicky		491,00
8630	kolpoperineoplastika (zadná pošvová plastika bez použitia sieťky)		469,00
8633	biopsia prsníka		249,00
8634	dilatácia a kyretáž		425,00
8635	amniocentéza - invazívna sonografia		194,00
8636	excízia zo steny pošvy na histológiu		359,00
8637	punkcia hydronefrózy		249,00
8643K	predná pošvová plastika v kombinácii s iným výkonom	iný výkon: konizácia, zadná plastika, vaginálna hysterektómia	579,00
8644	rekonštrukčná operácia defektu panvového dna s použitím setu (predný alebo zadný oddiel)		491,00
8648	prerušenie tehotenstva		414,00
8700	operácia strabizmu		403,00
8701	plastické operácie na jednej mihalnici (ektropium, entropium, blefarochalázia)		337,00
8703	elektroepilácia		150,00
8704	excimer-laserová operácia rohovky jedného oka zo zdravotných indikácií (anizometropia od 3,5d a v prípade rohovkových lézií)		414,00
8705	fotodynamická terapia sietnice		414,00
8706A	filtračná operácia glaukómu		480,00
8706B	operácia glaukómu laserom		326,00
8706C	operácia glaukómu (kryo)		634,00
8707	operácia pterygia jedného oka - ablácia a plastika		326,00
8708	operácia nádoru mihalnice jednostranne		326,00
8709	operácia nádorov spojovky		299,00
8710A	predná lamelárna keratoplastika - vrátane ceny za transplantát (rohovku)		1 514,00
8710B	zadná lamelárna keratoplastika - vrátane ceny za transplantát (rohovku)		1 734,00
8711	operácie slzných bodov		249,00
8714	tarzorafia jednostranne		337,00
8716	operácia zrastov spojovky (operácia zrastov spojovky s voľným transplantátom)		359,00
8717	krytie rohovky amniovou membránou		359,00
8718	cxl - corneal cross linking		447,00
8719	iak - incízna astigmatická keratotómia		447,00
8720	intraštomálna implantácia distančných prstencov - vrátane nákladov za prstence		1 514,00
8721	transpupilárna termoterapia nádorov sietnice a cievovky		359,00
8722	explantácia a reimplantácia umelej vnútroočnej šošovky		447,00
8723	skleroplastika		447,00
8724	intravitreálna aplikácia liekov		214,00
8730	laserová koagulácia sietnice (operácie sietnice laserom)		194,00
8800	endoskopická adenotómia		480,00
8800K	endoskopická adenotómia v kombinácii s iným výkonom	K: tonzilotómia; tonzilektómia; tonzilotómia; turbinoplastika; septoplastika; myringotómia; zavedenie	535,00

		ventilačných trubičiek, prípadne iné súvisiace výkony v odbornosti	
8801	tonzilektómia		370,00
8801K	tonzilektómia v kombinácii s iným výkonom	K: adenotómia, uvulopalatoplastika, prípadne iné súvisiace výkony v odbornosti	524,00
8802	tonzilotómia		414,00
8802K	tonzilotómia v kombinácii s iným výkonom	K: adenotómia, uvulopalatoplastika, prípadne iné súvisiace výkony v odbornosti	524,00
8803	uvulopalatoplastika		414,00
8804	plastika oroantrálnej komunikácie		414,00
8806	exstirpácia sublinguálnej slinnej žľazy		359,00
8807	exstirpácia submandibulárnej slinnej žľazy		359,00
8809	endoskopická chordektómia		359,00
8810	endoskopická laterofixácia		414,00
8811	arytenoidektómia		414,00
8812	mediopozícia hlasivky vonkajším prístupom		414,00
8813A	exstirpácia krčnej cysty		524,00
8815	turbinoplastika		359,00
8815K	turbinoplastika v kombinácii s iným výkonom	K: FESS; dakryocystorinostómia; dakryocystorinoskopia; septoplastika; rekonštrukcia perforácie septa nosa; uvulopalatoplastika; funkčná septorinoplastika, prípadne iné súvisiace výkony v odbornosti	645,00
8816	dakryocystorinoskopia		579,00
8819	operácia stenózy zvukovodu - plastika zvukovodu		414,00
8820	myringoplastika		469,00
8821	tympanoplastika bez protézy		414,00
8823	stapedoplastika		469,00
8824	sanačná operácia stredného ucha		524,00
8825	adenotómia		260,00
8825K	adenotómia v kombinácii s iným výkonom	K: tonzilotómia; tonzilektómia; tonzilotómia; turbinoplastika; septoplastika; myringotómia; zavedenie ventilačných trubičiek, prípadne iné súvisiace výkony v odbornosti	359,00
8826	mikrochirurgické výkony na hrtane (spevácke uzlíky, polypy, granulómy, cysty hlasiviek)		414,00
8827	septoplastika (podmienkou je zdravotná indikácia výkonu)		414,00
8829	plastika nosovej chlopne		414,00
8831	operácia prínosovej dutiny vonkajším prístupom		524,00
8833	aurikuloplastika zo zdravotných dôvodov (podmienkou je zdravotná indikácia výkonu)		359,00
8834	frenulotómia frenuli brevi		194,00
8836	diagnostická mikroendoskopia hrtana		359,00
8838	diagnostická excízia z tumoru nosohltana		359,00
8841	endoskopická operácia prínosových dutín		579,00
8841K	endoskopická operácia prínosových dutín (FESS) v kombinácii s iným výkonom	K: septorinoplastika; septoplastika, prípadne iné súvisiace výkony v odbornosti	689,00
8845	blefaroplastika jedného oka zo zdravotných dôvodov		403,00

8847	transmyringická drenáž so zavedením ventilačnej trubičky jednostranne		194,00
8847K	transmyringická drenáž so zavedením ventilačnej trubičky obojstranne	K: bilaterálne	249,00
8858	operácia stenózy zvukovodu + tympanoplastika		634,00
8859	facetová blokáda (do troch lokalizácií)		359,00
8900	orchiektómia pri atrofickom semenníku		414,00
8901	orchiektómia pre karcinóm prostaty		414,00
8902	resekcia kondylomat na penise		304,00
8904	biopsia steny močového mechúra		194,00
8905	jednostranné zavedenie a/alebo odstránenie ureterálnej endoprotézy		370,00
8906	perkutánná nefrostómia		469,00
8908	suburetrálna aplikácia implantátov pri stresovej inkontinencii alebo pri vezikorenálnom refluxe		480,00
8909	operácia fimózy - cirkumcizia		425,00
8910	divulzia uretry pri stenóze ženskej uretry		304,00
8911	jednostranná plastika varikokely		469,00
8912	resekcia spermatokély alebo cysty nadsemenníka		414,00
8914	jednostranná operácia hydrokély		469,00
8914K	jednostranná operácia hydrokély v kombinácii s iným výkonom	K: operácia hydrokély na druhej strane; plastika varikokély; operácia hernie; resekcia kondylomat na penise , prípadne iné súvisiace výkony v odbornosti	524,00
8915	frenuloplastika pre frenulum breve penis		304,00
8916	sterilizácia u muža		359,00
8917	resekcia karunkuly uretry		249,00
8920	optická uretrotómia krátkej striktúry		304,00
8921	biopsia prostaty		249,00
8922	biopsia glans penis		139,00
8924	diagnostická cystoskopia		294,00
8925	extrakorporálna litotripsia		590,00
8926	ureteroskopia		359,00
8927	ureteroskopická litotripsia a extrakcia konkrémentu pri jednoduchej ureterolitíaze		414,00
8929	operačná repozícia parafimózy		249,00
8954	turbinoplastika + funkčná septorinoplastika		634,00
8962	diagnostická laparoskopia s adheziólýzou		491,00
8968	spontánny pôrod s pobytom do 24 hodín		343,00
9005	operačná extrakcia retinovaných alebo semiretinovaných zubov		359,00
9006	operačná fixácia luxovaných a subluxovaných zubov		359,00
9007	operačná replantácia zubov		414,00
9009	operačná predprotetická úprava čelusti		359,00
9011	operačná egalizácia ďasnových výbežkov		359,00
9013	extrakcie viacerých zubov v celkovej anestézii		359,00
9014	dentoalveolárne chirurgické výkony v celkovej anestéze pre polyvalentnú alergiu		414,00
9015	dentoalveolárne chirurgické výkony v lokálnej anestéze u geriatrických a rizikových pacientov vzhľadom na interné ochorenie		414,00

9016	operačné odstránenie osteosyntetického materiálu alebo vonk. fixátora (v ca)		425,00
9019	exstirpácia a/alebo biopsia lymfatických uzlín z viacerých lokalít		304,00
9023	exstirpácia jednej alebo viac dentálnych cyst		414,00
9024	operačné prehĺbenie vestibula v oblasti maxily a frontálneho úseku mandibuly		414,00
9032	krytie defektov alebo korekcia jazvy plastikou		304,00
9100	endoskopické vyšetrenie v celkovej anestézii		359,00
9101	papilosfinkterotómia a odstránenie konkrementov zo žľových ciest (endoskopická retrográdna cholangiografia)		469,00
9103	endoskopické zavedenie drenáže žľových ciest alebo pankreasu		469,00
9104	endoskopická polypektómia a endoskopická mukózna resekcia v tráviacom trakte		469,00
9105	endoskopická injekčná sklerotizácia pažerákových varixov		414,00
9221	discízia retinaculum flexorum pri syndróme Guynovho kanála		414,00
9225	operačný výkon pre útlakové syndrómy v iných lokalitách		414,00
9245	korekcia asymetrie prsníkov vložení implantátu zo zdravotných dôvodov		546,00
9246	redukčná mamoplastika zo zdravotných dôvodov		579,00
9250A	ošetrenie popáleniny v celkovej anestéze		359,00
9302	nekrektómia v ca		304,00
9306	operačné odstránenie zarastajúceho nechta u detí (resekcia a plastika nechtového lôžka)		139,00
9308	exstirpácia hemangiómu		194,00
9309	exstirpácia lymfangiómu		194,00
9310	exstirpácia a/alebo biopsia lymfatických uzlín z jednej lokality		194,00
9311	jednostranná operácia slabínovej hernie bez použitia sieťky		480,00
9311K	jednostranná operácia slabínovej hernie bez použitia sieťky v kombinácii s iným výkonom	K: plastika hydrokély; plastika varikokély; plastika druhostrannej slabínovej hernie; plastika inej hernie, prípadne iné súvisiace výkony v odbornosti	579,00
9312	operácia pupočníkovej hernie		469,00
9317	orchiopexia retinovaného hmatného semenníka (nie pri kryptorchizme)		414,00
9317K	orchiopexia retinovaného hmatného semenníka (nie pri kryptorchizme) v kombinácii s iným výkonom	K: inguinálna hernia vrátane kontraetrálnej, prípadne iné súvisiace výkony v odbornosti	469,00
9319	incízia perianálneho abscesu		139,00
9501	funkčná septorinoplastika		469,00
9509	odstránenie benígneho alebo malígneho tumoru kože a podkožia s krytím defektu lalokovou plastikou alebo voľným kožným transplantátom		194,00
9511	korekcia hypertrofickej alebo keloidnej jazvy dermabráziou, excíziou alebo iným spôsobom		304,00
9603	exstirpácia jedného chalazea		315,00
9911	exstirpácia príušnej žľazy		469,00
9933	jednoduchá elektrická kardioverzia		689,00

**Finančný objem**

Finančný objem na kalendárny mesiac podľa bodu 16.9. Zmluvy	<b>92 000,-</b>
---	-----------------

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

-
---



## Cenník agregovaných výkonov

Kód výkonu	Názov výkonu	Určené pre diagnózy	Indikujúce odbornosti	Cena v Eur
7215	Postnatálne vyšetrenie karyotypu z kultivácie lymfocytov prúžkovaním chromozómov	bez väzby na diagnózu	062	115,00
7238	Základné vyšetrenie hemochromatózy, polymorfizmy C282Y, H63D, S65C v géne HFE	E83.1	062, 048, 154, 216, 007, 008, 001, 031	120,00
7227A	Prenatálne vyšetrenie karyotypu plodu z dlhodobej tkanivovej kultivácie prúžkovaním chromozómov	O35*, Z36*	062	150,00
7230A	Vyšetrenie karyotypu z periférnej krvi u jedného z partnerov pri infertilite	N46*, N97*	062	115,00
7238A	Rozšírené vyšetrenie hemochromatózy, 15 mutácií v génoch HFE, FPN1, TFR2	E83.1	062, 048, 154, 216, 007, 008, 001, 031	150,00
7239A	Vyšetrenie trombofilných mutácií - základný set (faktor V a II)	bez väzby na diagnózu	062, 031, 329, 342, 001, 004, 010, 009, 017, 008	58,86
7239B	Vyšetrenie trombofilných mutácií - MTHFR polymorfizmy C677T a A1298C, po predošlom vyšetrení hladiny homocysteínu	bez väzby na diagnózu	062, 031, 329, 342, 001, 004, 010, 009, 017, 008	19,62
7239C	Vyšetrenie trombofilných mutácií - každá ďalšia mutácia	bez väzby na diagnózu	062, 031, 329, 342	19,62

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