



DODATOK č. 42

K ZMLUVE O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

č. 74NSP1000118

uzatvorenej podľa § 7 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,

(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 vedenom Mestským súdom Bratislava III, 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:	Fakultná nemocnica s poliklinikou Nové Zámky
IČO / registračné číslo:	17336112
DIČ, IČ DPH:	2021068324
Sídlo / Miesto trvalého pobytu:	Slovenská 11A, 940 34 Nove Zámky
Zápis v registri (iba v prípade takéhoto zápisu):	-----

(ďalej len „Poskytovateľ“)

I. ÚVODNÉ USTANOVENIE

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

II. OBSAH DODATKU

- 2.1. Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli na zmene bodov 5.2. a 5.3. Zmluvy tak, že sa nahrádzajú novým znením nasledovne:

„5.2. Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi za ústavnú starostlivosť poskytnutú Poistencom Poisťovne podľa bodu 15.16. a 15.17. Zmluvy, 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 súčinom základnej sadzby, platnej v čase začiatku Hospitalizačného prípadu a efektívnej relatívnej váhy daného Hospitalizačného prípadu. Ustanovenia bodu 15.7. až 15.12. Zmluvy sa použijú primerane.

5.3. Na účely výpočtu úhrady za ústavnú starostlivosť, okrem úhrady za ústavnú starostlivosť poskytnutú Poistencom Poisťovne podľa bodu 15.16. a 15.17. Zmluvy, podľa predchádzajúceho bodu sa zmluvné strany dohodli na pevnej sume základnej sadzby vo výške 2555,51 EUR (slovom: dvetisícpäťstopäťdesiatpäť eur a päťdesiatjeden centov). Takto stanovená pevná suma základnej

sadzby sa použije prvé tri mesiace od podpisu Zmluvy, až do konca kalendárneho štvrťroka, v ktorom uplynie táto lehota. Základná sadzba sa prehodnotí vždy od začiatku každého nasledujúceho kalendárneho štvrťroka, pričom jej výška sa určí nasledovne:

$$ZS = \frac{(CelkUHR_{x-n;hod} + EMZS_{x-n;hod} + CNP_{x-n;hod} + UHR2_{x-n;hod} + CelkUHR3_{x-n;hod} + EMZS3_{x-n;hod} + CNP3_{x-n;hod}) - PP_{x-n;hod}}{CM_{x-n;hod}};$$

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

- hodnoty n , ktorá sa použije ako označenie posledného kalendárneho mesiaca kalendárneho štvrťroka, ktorý dva kalendárne štvrťroky predchádza kalendárnemu štvrťroku, za ktorý sa určuje výška základnej sadzby;
- hodnota $UHR2$ predstavuje úhradu za vybrané Hospitalizačné prípady podľa bodu 15.16. Zmluvy. V prípade, ak sa u Poskytovateľa neuplatňuje úhrada podľa bodu 15.16. Zmluvy, tak $UHR2$ sa nepoužije;
- hodnota $CelkUHR3$ predstavuje úhradu za vybrané Hospitalizačné prípady podľa bodu 15.17. Zmluvy. V prípade, ak sa u Poskytovateľa neuplatňuje úhrada podľa bodu 15.17. Zmluvy, tak $CelkUHR3$ sa nepoužije;
- hodnota $EMZS3$ predstavuje úhradu za zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktorú Poistovňa uhradila iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti za vybrané Hospitalizačné prípady podľa bodu 15.17. Zmluvy. V prípade, ak sa u Poskytovateľa neuplatňuje úhrada podľa bodu 15.17. Zmluvy, tak $EMZS3$ sa nepoužije;
- hodnota $CNP3$ predstavuje výšku nákladov na centrálné nakupované produkty za vybrané Hospitalizačné prípady podľa bodu 15.17. Zmluvy. V prípade, ak sa u Poskytovateľa neuplatňuje úhrada podľa bodu 15.17. Zmluvy, tak $CNP3$ sa nepoužije;
- hodnoty PP , ktorá predstavuje hodnotu pripočítateľných položiek vykázaných Poskytovateľom a akceptovaných Poistovňou, ktorých úhrada je zahrnutá v $CelkUHR$, $UHR2$ podľa bodu 15.16. Zmluvy a $CelkUHR3$ podľa bodu 15.17. Zmluvy.;
- hodnota CM , ktorá predstavuje hodnotu casemixu vykázaného Poskytovateľom a akceptovaného Poistovňou, ktorých úhrada je zahrnutá v $CelkUHR$, $UHR2$ podľa bodu 15.16. Zmluvy a $CelkUHR3$ podľa bodu 15.17. Zmluvy.

2.2. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli na zmene bodu 15.4. Zmluvy tak, že sa nahrádza novým znením nasledovne:

„15.4. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že Poistovňa sa zaväzuje uhradiť Poskytovateľovi za ústavnú zdravotnú starostlivosť poskytnutú poistencom Poistovne na DRG relevantných oddeleniach (s výnimkou úhrady za Hospitalizačné prípady podľa bodu 15.16. a 15.17. Zmluvy) celkovú úhradu za Hospitalizačné prípady ($CelkUHR$) podľa nasledovného vzorca:

$$CelkUHR_{x-n;hod} = Koef * (UHR_{x-n;ref} + EMZS_{x-n;ref}) - EMZS_{x-n;hod} - CNP_{x-n;hod}$$

kde

- $UHR_{x-n;ref}$** je celková výška úhrady za Hospitalizácie na DRG relevantných oddeleniach Poskytovateľa ukončené v referenčnom období, prepočítaná spôsobom výpočtu úhrady podľa klasifikačného systému. Konkrétna výška $UHR_{x-n;ref}$ je určená v Prílohe č.14 Zmluvy, pričom zmluvné strany sa môžu dohodnúť na úprave jej hodnoty pre príslušné referenčné obdobie. Záväzná pre zmluvné strany je vždy hodnota $UHR_{x-n;ref}$ uvedená v Prílohe č. 14 Zmluvy;

$EMZS_{x-n;ref}$ je celková výška úhrady za zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktorú Poistovňa 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 $EMZS_{x-n;ref}$ v referenčnom období je určená v Prílohe č.14 písmeno c) Zmluvy;

$EMZS_{x-n;hod}$ je celková výška úhrady za zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktorú Poistovňa uhradila iným poskytovateľom

zdravotnej starostlivosti a/alebo služieb v hodnotenom období, ktoré sú však podľa bodu 15.7. až 15.10. Zmluvy zahrnuté v úhrade za Hospitalizačné prípady ukončené v hodnotenom období;

CNP_{x-n;hod} je celková výška nákladov na centrálne nakupované produkty (najmä lieky a zdravotnícke pomôcky), ktoré Poistovňa centrálne nakúpila a ktoré Poskytovateľ poskytol Poistencom v rámci Hospitalizačných prípadov ukončených v hodnotenom období.

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

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

V hodnote parametrov podľa písm. a) tohto bodu Zmluvy nie je zahrnutá úhrada za zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti prislúchajúca k Hospitalizačným prípadom hrazeným podľa bodu 15.16. a 15.17. Zmluvy.

- b. Koef je koeficient zohľadňujúci zmenu casemixu a počtu Hospitalizačných prípadov medzi referenčným a hodnoteným obdobím. Koeficient má v prvom kalendárnom roku trvania Zmluvy minimálnu hodnotu **0,95** a maximálnu hodnotu **1,05** 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.
- c. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli na určení konkrétnej hodnoty parametrov $UHR_{x-n;ref}$, $EMZS_{x-n;ref}$, $CM_{x-n;ref}$ a $PHP_{x-n;ref}$, ktoré sú uvedené v tabuľke v Prílohe č.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.
- d. Zmluvné strany sa najneskôr do konca prvého kalendárneho štvrtroka dohodnú na konkrétnej hodnote parametrov $UHR_{x-n;ref}$, $EMZS_{x-n;ref}$, $CM_{x-n;ref}$ a $PHP_{x-n;ref}$, ktoré sa použijú pri výpočte CelkUHR minimálne pre nasledujúci kvartál kalendárneho roka. Ak sa zmluvné strany nedohodnú na hodnote parametrov podľa tohto bodu Zmluvy pre nasledujúci kvartál kalendárneho roka, použije sa v nasledovnom kvartáli kalendárneho roka (a v každom ďalšom kvartáli kalendárneho roka, pre ktorý sa zmluvné strany nedohodnú na hodnote parametrov) hodnota parametrov určená v tabuľke v Prílohe č. 14. písmeno d. Zmluvy.“

2.3. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli na zmene bodu 15.5. písm a. tak, že sa nahrádza novým znením nasledovne:

”

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

Od 1.5.2025 do 31.05.2025	1 873 016 EUR
Od 1.6.2025	1 465 843 EUR

pričom táto úhrada podlieha dodatočnému prepočtu podľa písmena b.;“

2.4. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že na obdobie od 01.05.2025 do 31.12.2025 sa v bode 15.5. Zmluvy dopĺňa písmeno g. v nasledovnom znení:

”

- g. Dodatočná úhrada za lôžkovú zdravotnú starostlivosť je určená vyhláškou Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 64/2025 Z.z., ktorá ustanovuje minimálnu celkovú sumu výdavkov určených na zdravotnú starostlivosť v rozpočte jednotlivých zdravotných poisťovní na rok 2025 (ďalej len „Dodatočná úhrada“).

Pre rok 2025 Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky určilo pre Poskytovateľa Dodatočnú úhradu vo výške 1 736 595,- EUR, ktorá bude vyplatená nasledovným spôsobom:

40% Dodatočnej úhrady bude Poskytovateľovi uhradených bez ohľadu plnenie kľúčových ukazovateľov výkonnosti stanovených Ministerstvom zdravotníctva SR, z toho:

25% Dodatočnej úhrady bude Poskytovateľovi uhradených spolu s faktúrou za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v mesiaci máj 2025

15% Dodatočnej úhrady bude Poskytovateľovi uhradených spolu s faktúrou za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v mesiaci jún 2025

60% Dodatočnej úhrady bude Poskytovateľovi uhradených najneskôr do 31. decembra 2025 v závislosti na plnení kľúčových ukazovateľov výkonnosti stanovených Ministerstvom zdravotníctva SR. “

2.5. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli na zmene bodu 15.9. Zmluvy tak, že sa nahrádza novým znením nasledovne:

„15.9. Zmluvné strany sa dohodli, že úhrada za Hospitalizačný prípad zahŕňa aj náklady uvedené v bode 14.7. Zmluvy, ako aj iné pripočítateľné položky určené CKS, okrem úhrady za Hospitalizačné prípady podľa bodu 5.2., 15.16. a 15.17. Zmluvy. Poskytovateľ vykazuje tieto náklady ako pripočítateľnú položku v dátovom rozhraní určenom pre ústavnú starostlivosť spolu s kódom pripočítateľnej položky, určeným Poistovňou v stĺpci „kód PP pre vykazovanie do ZP“ v zozname pripočítateľných položiek uverejnenom na webovom sídle Poistovne v sekcii „Poskytovateľ – Pravidlá revíznej činnosti - DRG“ (ďalej len „Zoznam pripočítateľných položiek“).“

2.6. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli na doplnení bodov 15.16. a 15.17. Zmluvy v nasledovnom znení pričom ostatné body sa primerane prečísľujú:

„15.16. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za Hospitalizačné prípady definované v Prílohe č. 16 Zmluvy úhradu vypočítanú spôsobom podľa bodu 5.2. Zmluvy s použitím Základnej sadzby, dohodnutej medzi zmluvnými stranami, vo výške 3227 EUR (slovom: tritisícdeväťdesaťsedem EUR“). Úhrada za Hospitalizačné prípady podľa tohto bodu Zmluvy (UHR2) zahŕňa aj všetky náklady podľa bodov 15.7. až 15.12. Zmluvy, ktoré sa použijú primerane. Úhrada za Hospitalizačné prípady podľa tohto bodu Zmluvy je zároveň fakturovaná spôsobom podľa bodu 15.5. Zmluvy a podlieha dodatočnému prepočtu podľa bodu 15.5. Zmluvy.

15.17. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za Hospitalizačné prípady definované v Prílohe č. 17 Zmluvy úhradu CelkUHR3, ktorá sa vypočíta podľa nižšie uvedeného vzorca. Úhrada za Hospitalizačné prípady podľa tohto bodu Zmluvy zahŕňa aj všetky náklady podľa bodov 15.7. až 15.12. Zmluvy, ktoré sa použijú primerane. Úhrada za Hospitalizačné prípady podľa tohto bodu Zmluvy podlieha dodatočnému prepočtu podľa bodu 15.5.

$$\text{CelkUHR3} = (\text{MIN}((\text{ZS} \times \text{CM3}_{\text{x-n;hod}} + \text{PP3}_{\text{x-n;hod}}) - \text{EMZS3}_{\text{x-n;hod}} - \text{CNP3}_{\text{x-n;hod}}); (\text{UHR3}_{\text{x-n;hod}})),$$

kde:

- a. **ZS pre hospitalizačné prípady definované v prílohe č.17 Čast. A** predstavuje hodnotu základnej sadzby dohodnutej podľa bodu 15.2. písmeno f. Zmluvy. Pokiaľ ide o zdravotnú

starostlivosť spočívajúcu vo výkonoch JZS podľa bodu 16.1. Zmluvy, použije sa základná sadzba podľa bodu 16.2. Zmluvy;

- b. **ZS pre hospitalizačné prípady definované v prílohe č.17 Časť B.** predstavuje hodnotu základnej sadzby dohodnutej podľa bodu 15.2. písmeno f. Zmluvy vynásobenú koeficientom 0,95. Pokiaľ ide o zdravotnú starostlivosť spočívajúcu vo výkonoch JZS podľa bodu 16.1. Zmluvy, použije sa základná sadzba podľa bodu 16.2. Zmluvy vynásobená koeficientom 0,95;
- c. **CM3_{x-n;hod}** je hodnota, ktorá predstavuje sumu efektívnych relatívnych váh Hospitalizačných prípadov definovaných v prílohe č.17 v hodnotenom období;
- d. **PP3_{x-n;hod}** predstavuje hodnotu pripočítateľných položiek vykázaných Poskytovateľom a akceptovaných Poistovňou pre vybrané Hospitalizačné prípady definované v prílohe č.17 v hodnotenom období;
- e. **EMZS3_{x-n;hod}** je celková výška úhrady za zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktorú Poistovňa uhradila iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti za vybrané Hospitalizačné prípady definované v prílohe č.17 v hodnotenom období;
- f. **CNP3_{x-n;hod}** je celková výška nákladov na centrálné nakupované produkty (najmä lieky a zdravotnícke pomôcky), ktoré Poistovňa centrálné nakúpila a ktoré Poskytovateľ poskytol Poistencom za vybrané Hospitalizačné prípady definované v prílohe č.17 v hodnotenom období;
- g. **UHR3_{x-n;hod}** je suma podľa písmena h) za Hospitalizačné prípady definované v prílohe č.17 v hodnotenom období;
- h. **Hodnoteným obdobím** je obdobie príslušných kalendárnych mesiacov x-n v kalendárnom roku trvania Zmluvy, za ktoré sa vypočítava CelkUHR3, kde ako x sa použije v prvom kalendárnom roku trvania Zmluvy označenie kalendárneho mesiaca, v ktorom nadobudla účinnosť Zmluva a v nasledujúcich kalendárnych rokoch trvania Zmluvy sa x=1 a ako n sa použije označenie posledného mesiaca príslušného kalendárneho štvrtroka trvania Zmluvy, za ktorý sa vypočítava CelkUHR3;
- i. Poskytovateľ je oprávnený fakturovať Poistovni mesačnú úhradu za Hospitalizačné prípady definované v prílohe č.17 vrátane pripočítateľných položiek podľa KPP vo výške za príslušné obdobie nasledovne:

Mesačná suma za Hospitalizačné prípady definované v prílohe č.17 vrátane pripočítateľných položiek podľa KPP od 01.05.2025	405 777,- EUR
--	----------------------

2.7. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že v článku XV. sa bod 15.18. Zmluvy vypúšťa a ďalšie body sa prečísľujú.

”

2.8. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že bod 16.2. Zmluvy sa nahrádza novým znením:

„16.2. Zdravotná starostlivosť spočívajúca vo výkonoch JZS podľa bodu 16.1. Zmluvy sa považuje za Hospitalizačný prípad, ktorý Poistovňa uhradí Poskytovateľovi spôsobom podľa čl. XV. Zmluvy (tzn. ustanovenie čl. XV. Zmluvy sa na úhradu Hospitalizačného prípadu, spočívajúcom vo výkone JZS použijú primerane) s použitím základnej sadzby vo výške 3269,- EUR, pričom úhrada za výkony JZS je zahrnutá v celkovej úhrade za Hospitalizačné prípady podľa bodu 15.4. a nasl. Zmluvy. Výnimku tvoria výkony JZS, ktoré zároveň spadajú pod Hospitalizačné prípady podľa bodu 15.16 Zmluvy, ktoré Poistovňa uhradí Poskytovateľovi spôsobom podľa bodu 15.16. Zmluvy a Hospitalizačné prípady podľa bodu 15.17. Zmluvy, ktoré Poistovňa uhradí Poskytovateľovi spôsobom podľa bodu 15.17. Zmluvy.“

2.9. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že bod 16.4. Zmluvy sa nahrádza novým znením:

„16.4. Zdravotná starostlivosť spočívajúca vo výkonoch JZS podľa predchádzajúcich bodov sa vykazuje na príslušnom pracovisku Poskytovateľa, kde bola reálne poskytnutá (zariadenie na poskytovanie jednodňovej ambulantnej starostlivosti alebo DRG relevantné oddelenie). Poskytovateľ vykazuje tieto výkony v platnom dátovom rozhraní pre vykazovanie výkonov podľa DRG.“

2.10. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že v bode 19.1. Zmluvy sa bod b. a posledná veta nahrádzajú novým znením:

„b. Poistovňa je oprávnená uplatniť u Poskytovateľa nárok na náhradu nákladov za každý uhradený Hospitalizačný prípad, ktorý bol chybné vykázaný, a to vo výške rozdielu medzi úhradou za Hospitalizačný prípad, vypočítanou podľa údajov vykázaných Poskytovateľom a správnu výškou 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. Ak je príčinou vzniku Rozdielu chybné vykázanie pripočítateľných položiek, zmluvná pokuta sa v časti Rozdielu, ktorý vznikol z dôvodu chybného vykázaní pripočítateľných položiek neuplatňuje.

Toto neplatí, v prípade, že sa jedná o Hospitalizačný prípad podľa bodu 15.16. Zmluvy. V takomto prípade je Poistovňa oprávnená uplatniť si u Poskytovateľa vrátenie celej vyplatené úhrady za Hospitalizačný prípad a zároveň zmluvnú pokutu vo výške jednonásobku Rozdielu, a to za každý kontrolovaný Hospitalizačný prípad. Poskytovateľ je oprávnený tento Hospitalizačný prípad opätovne vykázať s opravenými údajmi a následne mu prináleží úhrada podľa dohodnutých zmluvných podmienok.

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 a Efektívnej relatívnej váhy daného Hospitalizačného prípadu, s výnimkou výkonov JZS, pre ktoré sa použije základná sadzba určená podľa bodu 16.2. Zmluvy, s výnimkou Hospitalizačných prípadov podľa bodu 15.16., pre ktoré sa použije základná sadzba určená podľa bodu 15.16 Zmluvy a s výnimkou Hospitalizačných prípadov podľa bodu 15.17. Zmluvy, pre ktoré sa použije základná sadzba určená podľa bodu 15.17. Zmluvy. Pre výkony JZS sa vždy prioritne použije základná sadzba určená podľa bodu 16.2. Zmluvy, a to aj v prípade, ak výkony JZS zároveň spadajú pod Hospitalizačné prípady podľa bodu 15.16 alebo 15.17. Zmluvy. Základná sadzba sa určuje vždy k dátumu začiatku Hospitalizačného prípadu.“

- 2.11. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli na zmene Prílohy č. 8 (Cenník VLD), ktorá sa nahrádza novou Prílohou č. 8 tak, ako je uvedené v prílohe Dodatku.
- 2.12. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli na zmene Prílohy č. 10 (Cenník GYN), ktorá sa nahrádza novou Prílohou č. 10 tak, ako je uvedené v prílohe Dodatku.
- 2.13. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli na zmene Prílohy č. 11 (Cenník výkonov), ktorá sa nahrádza novou Prílohou č. 11 tak, ako je uvedené v prílohe Dodatku.
- 2.14. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli na zmene Prílohy č. 12 (Cenník hospitalizácií), ktorá sa nahrádza novou Prílohou č. 12 tak, ako je uvedené v prílohe Dodatku.
- 2.15. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli na zmene Prílohy č. 13 (Zoznam relatívnych váh DRG skupín bez určenia v Katalógu prípadových paušálov), ktorá sa nahrádza novou Prílohou č. 13 tak, ako je uvedené v prílohe Dodatku.
- 2.16. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že Príloha č. 14 sa nahrádza novou Prílohou č. 14 tak, ako je uvedené v prílohe Dodatku.
- 2.17. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli na doplnení Prílohy č. 16, tak, ako je uvedené v prílohe Dodatku;
- 2.18. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli na doplnení Prílohy č. 17, tak, ako je uvedené v prílohe Dodatku;
- 2.19. Ostatné ustanovenia Zmluvy nie sú týmto Dodatkom dotknuté.

III. ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA

- 3.1. Dodatok nadobúda účinnosť nasledujúcim dňom po jeho zverejnení na webovom sídle Poistovne. V prípade, že má zákonom uloženú povinnosť zverejniť Dodatok aj Poskytovateľ, Dodatok nadobúda účinnosť nasledujúcim dňom po zverejnení Dodatku oboma zmluvnými stranami; pre určenie účinnosti Dodatku je rozhodujúci okamih, kedy si povinnosť zverejniť Dodatok splní v poradí prvá zmluvná strana. Poistovňa a Poskytovateľ sa zaväzujú pristúpiť k uzavretiu Dodatku tak, aby nadobudol účinnosť **k 01.05.2025.**
- 3.2. V prípade, ak dôjde k zverejneniu Dodatku neskôr a tým nadobudne účinnosť po 01.05.2025 Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli a berú na vedomie, že pre prípad potreby zachovania kontinuity poskytovania a úhrady zdravotnej starostlivosti poistencom Poistovne bude zdravotná starostlivosť poskytnutá Poskytovateľom v čase od 01.05.2025 do nadobudnutia účinnosti tohto Dodatku uhradená v súlade s týmto Dodatkom.
- 3.3. Poistovňa aj Poskytovateľ vyhlasujú, že si Dodatok prečítali, jeho obsahu porozumeli a na znak toho, že obsah Dodatku zodpovedá ich skutočnej a slobodnej vôli, tento Dodatok podpísali.

V Nitre, dňa 30. apríla 2025

V Nových Zámkoch, dňa 30. apríla 2025

DÓVERA zdravotná poisťovňa, a. s.
PaedDr. Marián Lendvay, MSc.
regionálny riaditeľ nákupu ZS

Fakultná nemocnica s poliklinikou Nové Zámky
JUDr. Mgr. Mikuláš Blaško

Cenník VLD

Výška kapitácie

Označenie	Hodnota v €
Kapitácia za jedného Kapitovaného poistenca	do dovŕšenia 19. roku života
	5,09
	od 19 rokov veku do dovŕšenia 27. roku života
	3,21
	od 27 rokov veku do dovŕšenia 45. roku života
	3,29
	od 45 rokov veku do dovŕšenia 51. roku života
	3,47
	od 51 roku veku do dovŕšenia 53. roku života
	3,78
	od 53 roku veku do dovŕšenia 57. roku života
	4,53
	od 57 roku veku do dovŕšenia 61. roku života
	4,87
	od 61 roku veku do dovŕšenia 64. roku života
	5,34
	od 64 roku veku do dovŕšenia 68. roku života
	6,13
	od 68 roku veku do dovŕšenia 72. roku života
	6,63
	od 72 roku veku do dovŕšenia 87. roku života
	7,31
	od 87 roku veku
	7,21

Jednotková cena bodu

Cena bodu	Hodnota v €
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ poskytnutých poistencovi EÚ	0,009718
pri iných zdravotných výkonoch ako uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ poskytnutých poistencovi EÚ	0,028704
pri zdravotných výkonoch vykonaných pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia: 159a, 159b, 159x (počet bodov 180), 159z (počet bodov 180), 160 (počet bodov 390)	0,084000
pri zdravotnom výkone: 3671 (určenie glykémie glukometrom pri kvantitatívnej, alebo kvalitatívnej poruche vedomia)	0,084000
pri výkone očkovania: 252b, ktorý nie je zahrnutý v kapitácii	0,090000
pri výkonoch: 25, 26, 29, 30, ktoré nie sú zahrnuté v kapitácii	0,037500
pri neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnutej inému ako Kapitovanému poistencovi pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“	0,009718
pri neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnutej inému ako Kapitovanému poistencovi pri iných zdravotných výkonoch ako uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“	0,025959

Jednotková cena výkonu, ktorá sa nezahŕňa do kapitácie

Cena výkonu	Hodnota v €
4571a C – reaktívny proteín pre kapítovaných poistencov	5,65
Výkon 10 - Rozbor a plánovanie cielených terapeutických postupov na ovplyvnenie chronických ochorení alebo ochorení viacerých orgánových systémov na účely racionálnej farmakoterapie, vrátane rád a dokumentácie. Výkon 10 vykazuje lekár prvýkrát pri prevzatí kapítovaného pacienta s chronických ochorením do komplexnej starostlivosti a následne ho poisťovňa akceptuje a uhrádza osobitne nad rámec kapitácie vo frekvencii jedenkrát za kalendárny rok. V prípade vyššej frekvencie návštev je ďalšia poskytnutá zdravotná starostlivosť uhrádzaná prostredníctvom kapitácie. Akceptované diagnózy: J45*, J44*, I10*, E78*, R73*, E11.90	20,00
60b – Základné (predoperačné) vyšetrenie Úhrada zahŕňa potrebné odbery krvi, zhodnotenie laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení a zaradenie pacienta do rizikovej skupiny ASA. Úhrada nezahŕňa poskytnutie EKG vyšetrenia. Výkon možno vykazovať iba raz v rámci jednej operácie. Výkon sa vykazuje samostatne s diagnózou, pre ktorú je poistenec plánovaný na operáciu V prípade odoslania poistenca k špecialistovi (konziliárnemu lekárovi), ktorý vykoná predoperačné vyšetrenie, zdravotná poisťovňa poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súvislosti s predoperačným vyšetrením uhrádza v rámci kapitačnej platby za poistenca.	18,08
5702 – Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie Zaznamenanie popisu a vyhodnotenia záznamu vrátane popisu EKG krivky v zdravotnej dokumentácii pacienta u všeobecného lekára pre dospelých. Vykazovanie u Poistenca, za ktorého je hrazená kapitačná platba u Poskytovateľa v zmysle tejto zmluvy, pri neodkladnej zdravotnej starostlivosti a pri súčasnom vykonaní EKG a popísaní EKG záznamu. Popis musí byť zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii.	5,98
5702Z – Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie Štandardné 12-zvodové zosnímanie ako súčasť predoperačného vyšetrenia. Nutná kombinácia s výkonom 60b	5,98
H0006 – Stratifikácia kardiovaskulárneho rizika Podmienkou úhrady výkonu H0006 je splnenie nasledovných podmienok zo strany Poskytovateľa: - Stanovenie stratifikácie kardiovaskulárneho rizika systémom SCORE2 a SCORE2-OP u poistencov nad 40 rokov podľa platného odborného usmernenie MZ SR. - Zdravotná poisťovňa akceptuje výkon maximálne jedenkrát za dva roky k výkonu č. 160 alebo maximálne jedenkrát ročne k výkonu č.10 s diagnózou I10*, I11*, E78*, E66*, Z00.0, Z52* alebo Z85.9. - Podmienkou úhrady výkonu H0006 je vykázanie pripočítateľnej položky „dosiahnuté skóre“ v dávke 751b platného dátového rozhrania podľa Metodického usmernenia ÚDZS, ktorá je v uvedených vybraných položkách vyplnená nasledovne: v položke č. 13 –PRIPOČÍTATEĽNÁ POLOŽKA – uvedie dosiahnuté skóre v tvare: SKORo1 t.j. nízke riziko alebo SCORE <1%. SKORo2 t.j. stredné riziko alebo SCORE ≥1% < 5 % SKORo3 t.j. vysoké riziko alebo SCORE ≥5% a < 10 % SKORo4 t.j. veľmi vysoké riziko alebo SCORE ≥10% pričom na 5. a 6. mieste položky je vyjadrenie dosiahnutého skóre. - Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z.. - Pri novozistenej fibrilácii predsieni stanovenie rizika CMP podľa príslušného odborného usmernenia MZSR, v tomto prípade sa výkon vykazuje jedenkrát za život s	5,00

diagnózou I48.9. Podmienkou je vyhotovenie a vyhodnotenie 12-zvodového EKG záznamu s minimálne s 10 QRS komplexami.	
3860 – Stanovenie hodnoty D-diméru Pri indikácii potrebnej rýchlej ambulantnej diferenciálnej diagnostiky alebo diagnostiky a terapie na potvrdenie alebo vylúčenie tromboembolickej choroby, t.j. hlbkej žilovej trombózy a/alebo pľúcnej embólie. <u>Vykazovanie zdravotného výkonu:</u> - s kódmi diagnózy I26*, I80*- I83*, I87* - I88*, I70* - I74*, I79* - I83*, R07.1, R07.2, R06.0 samostatne alebo v kombinácii s výkonom 5702 - s kódmi diagnózy I80*, J12* - J22* ako súčasť diferenciálnej diagnostiky je možné ho vykázat v kombinácii s výkonmi 5301 a/alebo 4571a - s frekvenciou 1x za deň a maximálne 3x za kalendárny rok na unikátne rodné číslo samostatne alebo v povolenej kombinácii. <u>Podmienky úhrady zdravotného výkonu:</u> - platný doklad o nadobudnutí prístrojového vybavenia, ktorý sa predkladá poisťovní pri zazmluvnení výkonu, - uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v súlade s §12 zákona č. 576/2004 Z.z. s poisťencom, - poisťovňa akceptuje iba prístrojové vybavenie disponujúce prehlásením o zhode k prístroju, - výkon je možné kombinovať s výkonmi 5702, 25, 26, 5301 a 4571a nie je možné ho kombinovať s inými výkonmi hrazenými nad rámec kapitácie. V zdravotnej dokumentácii musí byť uvedená indikácia výkonov a ich kombinácie. - v cene výkonu je zahrnutý odber krvi, zaznamenanie a vyhodnotenie výsledku vyšetrenia v zdravotnej dokumentácii, návrh ďalšieho postupu, záznam o liečbe a prípadnej zmene liečby, termín kontrolného vyšetrenia a poučenie poistenca. <u>Výkon nebude akceptovaný:</u> pri súčasnom vyšetrení krvi v laboratóriu, ak poskytovateľ na požiadanie poisťovne nepredloží platný doklad o vykonanej externej kontrole kvality prístroja v súlade s odporúčaním výrobcu.	8,98
4485 – Stanovenie hodnoty troponínu Pri indikácii potrebnej rýchlej ambulantnej diferenciálnej diagnostiky alebo diagnostiky a terapie na potvrdenie alebo vylúčenie diagnózy STEMI, non-STEMI a nestabilná angina pectoris. <u>Vykazovanie zdravotného výkonu:</u> - s kódmi diagnózy I20*, I21*, I22*, R07.1, R07.2, R06.0, samostatne alebo v kombinácii s výkonom 5702 - s kódmi diagnózy R06.0, R07.1, R07.2 ako súčasť diferenciálnej diagnostiky je možné ho vykázat v kombinácii s výkonmi 5301 a/alebo 4571a - s frekvenciou 1x za deň a maximálne 3x za kalendárny rok na unikátne rodné číslo samostatne alebo v povolenej kombinácii. <u>Podmienky úhrady zdravotného výkonu:</u> - platný doklad o nadobudnutí prístrojového vybavenia, ktorý sa predkladá poisťovní pri zazmluvnení výkonu, - zazmluvnenie vykonávania EKG záznamov 12-zvodovým EKG prístrojom, ktorým disponuje ambulancia poskytovateľa, - uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v súlade s §12 zákona č. 576/2004 Z.z. s poisťencom, - poisťovňa akceptuje iba prístrojové vybavenie disponujúce prehlásením o zhode k prístroju, - výkon je možné kombinovať s výkonom 5702, 25, 26, 5301, 4571a nie je možné ho kombinovať s inými výkonmi hrazenými nad rámec kapitácie. V zdravotnej dokumentácii musí byť uvedená indikácia výkonov a ich kombinácie, - v cene výkonu je zahrnutý odber krvi, zaznamenanie a vyhodnotenie výsledku vyšetrenia v zdravotnej dokumentácii, návrh ďalšieho postupu, záznam o liečbe a prípadnej zmene liečby, termín kontrolného vyšetrenia a poučenie poistenca. <u>Výkon nebude akceptovaný:</u>	11,60

pri súčasnom vyšetrení krvi v laboratóriu, ak poskytovateľ na požiadanie poisťovne nepredloží platný doklad o vykonanej externej kontrole kvality prístroja v súlade s odporúčaním výrobcu.	
44418 – Stanovenie hodnoty NT-proBNP Pri indikácii potrebnej rýchlej ambulantnej diferenciálnej diagnostiky alebo diagnostiky a terapie na potvrdenie alebo vylúčenie diagnózy akútneho srdcového zlyhania, včasného štádia chronického srdcového zlyhávania, zhoršenia chronického srdcového zlyhávania, náhle vzniknutom dyspnoe. <u>Vykazovanie zdravotného výkonu:</u> • s kódmi diagnózy R06*, R07.1, R07.2, I50* samostatne alebo s výkonom 5702, • s kódmi diagnózy R06.0, R07.1, R07.2 ako súčasť diferenciálnej diagnostiky je možné ho vykázať v kombinácii s výkonmi 5301 a/alebo 4571a, • s frekvenciou 1x za deň a maximálne 3x za kalendárny rok na unikátne rodné číslo samostatne alebo v povolenej kombinácii. <u>Podmienky úhrady zdravotného výkonu:</u> • platný doklad o nadobudnutí prístrojového vybavenia, ktorý sa predkladá poisťovni pri zazmluvnení výkonu, • uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v súlade s §12 zákona č. 576/2004 Z.z. s poisťencom, • poisťovňa akceptuje iba prístrojové vybavenie disponujúce prehlásením o zhode k prístroju, • výkon je možné kombinovať s výkonom 5702, 25, 26, nie je možné ho kombinovať s inými výkonmi hrazenými nad rámec kapitácie. V zdravotnej dokumentácii musí byť uvedené zdôvodnenie výkonov. • v cene výkonu je zahrnutý odber krvi, zaznamenanie a vyhodnotenie výsledku vyšetrenia v zdravotnej dokumentácii, návrh ďalšieho postupu, záznam o liečbe a prípadnej zmene liečby, termín kontrolného vyšetrenia a poučenie poistenca. <u>Výkon nebude akceptovaný:</u> pri súčasnom vyšetrení krvi v laboratóriu, ak poskytovateľ na požiadanie poisťovne nepredloží platný doklad o vykonanej externej kontrole kvality prístroja v súlade s odporúčaním výrobcu.	19,78
5301 – USG vyšetrenie POCUS (Point of Care Ultrasound) – vyšetrenie jedného alebo viacerých orgánov alebo orgánových systémov v ambulancii všeobecného lekára pre dospelých alebo v prirodzenom prostredí pacienta. Vykonáva sa pri závažnej zmene zdravotného stavu pacienta, ktorá vyžaduje rýchlu diferenciálnu diagnostiku alebo diagnostiku prostredníctvom POCUS a liečbu, prípadne jej úpravu. <u>Vykazovanie zdravotného výkonu:</u> • s kódmi príslušnej diagnózy, • s frekvenciou 1x za deň a maximálne 6x za kalendárny rok na unikátne rodné číslo samostatne alebo v povolenej kombinácii. • môže sa vykázať v kombinácii s výkonmi 5702, 25, 26, 44418, 3860, 4485, 4571a a s príslušnou povolenou kombináciou výkonov a diagnózou. <u>Podmienky úhrady zdravotného výkonu:</u> • platný doklad o nadobudnutí prístrojového vybavenia, ktorý sa predkladá poisťovni pri zazmluvnení výkonu, • potvrdenie o odbornej spôsobilosti poskytovateľa (lekára) – zdokladovanie certifikátu o spôsobilosti vykonávať dané vyšetrenia vydaného na to oprávnenou slovenskou vzdelávacou ustanovitzňou, odbornou spoločnosťou alebo zdokladovanie certifikátu uznaného Ministerstvom zdravotníctva SR, • uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v súlade s §12 zákona č. 576/2004 Z.z. s poisťencom, • poisťovňa akceptuje iba prístrojové vybavenie disponujúce prehlásením o zhode k prístroju, v cene výkonu je zahrnutý výkon POCUS, zaznamenanie a vyhodnotenie výsledku vyšetrenia v zdravotnej dokumentácii, návrh ďalšieho postupu, záznam o liečbe a	4,38

prípadnej zmene liečby, termín kontrolného vyšetrenia a poučenie poistenca. V zdravotnej dokumentácii musí byť uvedená indikácia výkonov a ich kombinácie.	
--	--

Výkony Telemedicíny

Výkon	Cena bodu v €
1b - Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky (160 bodov)* Popis výkonu (ďalej len „výkon“): Konzultácia s pacientom prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky obsahuje: • cielenú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly, vo vzťahu k jednému orgánovému systému • popis subjektívnych ťažkostí, • diagnostický záver, • poučenie o diéte a životospráve, • v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplynuli z konzultácie ohľadom zdravotného stavu • prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára • poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie Vykazovanie zdravotného výkonu: • výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta; • zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii; • súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj o realizácii telefonického rozhovoru, odoslania emailu a sms správy, popis zdravotného výkonu dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára; • výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi; • výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta; • vykazuje sa samostatne, najviac 1x za deň; Vykonávanie výkonu: • výkon vykonáva lekár, klinický psychológ	0,027
11a - Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor) (210 bodov)* Popis výkonu (ďalej len „výkon“): Konzultácia s pacientom prostredníctvom doložiteľnej elektronickej komunikácie (webová aplikácia, videohovor) v online prostredí, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie, realizáciu fotografií pacienta / vyšetrovaného orgánu pre pridanie do zdravotnej dokumentácie a obsahuje: • cielenú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom • zhodnotenie výsledkov, • vypísanie receptov, prípadne vypísanie žiadaniek na ďalšie vyšetrenie, • poučenie pacienta, • diagnostický záver • určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára. Vykazovanie zdravotného výkonu: • výkon sa vykazuje ako komplexná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia • súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj z online prostredia,	0,027

• popis zdravotného výkonu • diagnostický záver, ak je potrebné dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly • prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára. • výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi • ak je po konzultácii potrebná aj kontrola v ambulancii, vykazujú sa len výkony, ktoré sa vykonali ambulantne a výkon sa nevykazuje • výkon sa vykazuje samostatne, najviac 1x deň Vykonávanie výkonu: • výkon vykonáva lekár	
70 - Opätovné lekárske vystavenie receptov a (alebo) poukazov (40 bodov) Popis výkonu(d'alej len „výkon“): • Vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronickou formou pre lieky/ zdravotné pomôcky, ktoré pacient užíva dlhšie ako 3 mesiace a nebola realizovaná zmena dávkovania lieku Vykazovanie výkonu: • výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta • súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj z online prostredia • údaj, kedy bol recept vypísaný • údaj o predpise lieku/ zdravotnej pomôcky pacientovi prostredníctvom elektronických služieb • výkon sa vzťahuje na jedného pacienta bez ohľadu na počet liekov/ zdravotnej pomôcky, ktoré boli pacientovi predpísané • výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi Vykazuje sa samostatne, najviac 1x za deň, bez ohľadu na počet vystavených receptov a/alebo poukazov. Vykonávanie zdravotného výkonu: • výkon vykonáva lekár	0,027

*Pozn.: *Maximálny pomer výkonov **1b+11a** k počtu kapitovaných poistencov Poistovne je stanovený **na 0,20**. Častejšie vykazovanie je uhradené v rámci kapitácie. Pre výpočet pomeru bude smerodajný počet kapitovaných poistencov k poslednému dňu predchádzajúceho kalendárneho mesiaca.*

Základ pre výpočet Dodatkovej kapitácie

Špecializačný odbor	Základná hodnota v €	Zvýhodnená hodnota v €
Všeobecný lekár pre dospelých	0,367064	1,749552

Parametre Kvality a Inovácií*

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

* Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že v prípade, ak Poistovňa umožní výber alebo voľbu akéhokoľvek hodnotiaceho parametra v zabezpečenej zóne Poskytovateľa na webovej stránke lekarom.dovera.sk (ďalej aj ako „Služba DôveraLekárom“), Poskytovateľ má právo zvoliť si hodnotiaci parameter (ak je voľba možná), pričom zvolené parametre sa uplatnia pri najbližšom vyhodnotení parametrov kvality, efektívnosti a inovácií.

Poistovňa zverejní zoznam voliteľných hodnotiacich parametrov s ich popisom v Službe DôveraLekárom.

Poistovňa stanoví minimálny počet hodnotiacich parametrov v skupinách kvality, efektívnosti a inovácií, ktoré budú vyhodnotené. Váhy jednotlivých skupín sú súčasťou Prílohy. Váhy zvolených hodnotiacich parametrov sú alikvótné prepočítané podľa váhy skupiny a počtu zvolených hodnotiacich parametrov.

V prípade, ak Poskytovateľ nevykoná v Službe DôveraLekárom voľbu hodnotiaceho parametra, uplatnia sa hodnotiace parametre v počte, popise a s váhami parametrov tak, ako je uvedené v Prílohe.

Váhy pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h _n				v _n
	neplní	plní			
Subjektívna spokojnosť	0 %	100 %			v ₁ = 13,33 %
Bezpečná medikácia	0 %	100 %			v ₂ = 13,33 %
Prístrojové vybavenie	0 %	1/3	2/3	3/3	v ₃ = 13,33 %
eRecept	0 %	100 %			v ₄ = 15,00 %
eZúčtovanie	0 %	100 %			v ₅ = 15,00 %
eLab	0 %	100 %			v ₆ = 15,00 %
NávrhyOnline	0 %	100 %			v ₇ = 15,00 %

Parametre Efektívnosti*

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

* Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že v prípade, ak Poistovňa umožní výber alebo voľbu akéhokoľvek hodnotiaceho parametra v zabezpečenej zóne Poskytovateľa na webovej stránke lekarom.dovera.sk (ďalej aj ako „Služba DôveraLekárom“), Poskytovateľ má právo zvoliť si hodnotiaci parameter (ak je voľba možná), pričom zvolené parametre sa uplatnia pri najbližšom vyhodnotení parametrov kvality, efektívnosti a inovácií.

Poistovňa zverejní zoznam voliteľných hodnotiacich parametrov s ich popisom v Službe DôveraLekárom.

Poistovňa stanoví minimálny počet hodnotiacich parametrov v skupinách kvality, efektívnosti a inovácií, ktoré budú vyhodnotené. Váhy jednotlivých skupín sú súčasťou Prílohy. Váhy zvolených hodnotiacich parametrov sú alikvótné prepočítané podľa váhy skupiny a počtu zvolených hodnotiacich parametrov.

V prípade, ak Poskytovateľ nevykoná v Službe DôveraLekárom voľbu hodnotiaceho parametra, uplatnia sa hodnotiace parametre v počte, popise a s váhami parametrov tak, ako je uvedené v Prílohe.

Váhy a pásma pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h_n			v_n
	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	
Starostlivosť o pacienta	100 %	100 %	0 %	$v_1 = 33,33 \%$
Náklady na pacienta	100 %	100 %	0 %	$v_2 = 33,33 \%$
Preventívne prehliadky	0 %	100 %	100 %	$v_5 = 33,33 \%$

Cenník GYN

Výška kapitácie

Označenie	Hodnota v €
Kapitácia za jedného Kapitovaného poistenca pri špecializovanej ambulantnej starostlivosti v špecializačnom odbore „gynekológia a pôrodnictvo“	2,08

Jednotková cena bodu

Cena bodu	Hodnota v €
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“	0,008600
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), 1070 (nutná kombinácia s výkonom 157)	0,084000
pri zdravotnom výkone 297 (50b) pri populačnom skríningu (vykazovanie s Dg. Z12.4; rovnaká diagnóza sa uvedie aj na žiadanke o cytologické vyšetrenie)	0,084000
pri zdravotnom výkone 297 (50b) pri oportúnnom skríningu (Dg. Z01.4; rovnaká diagnóza sa uvedie aj na žiadanke o cytologické vyšetrenie)	0,084000
pri výkone očkovania: 252b, ktorý nie je zahrnutý v kapitácii	0,084000
pri zdravotných výkonoch: 5303, 5305, 5308	0,009281
pri neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnutej inému ako Kapitovanému poistencovi pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“	0,008600
pri neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnutej inému ako Kapitovanému poistencovi pri iných zdravotných výkonoch ako uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“	0,022973

Výkony Telemedicíny

Výkon	Cena bodu v €
1b - Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky (160 bodov) Popis výkonu (ďalej len „výkon“): Konzultácia s pacientom prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky obsahuje: • cielenú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly, vo vzťahu k jednému orgánovému systému • popis subjektívnych ťažkostí, • diagnostický záver, • poučenie o dieťe a životospráve,	0,027

• v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplynuli z konzultácie ohľadom zdravotného stavu • prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára • poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie Vykazovanie zdravotného výkonu: • výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta; • zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii; • súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj o realizácii telefonického rozhovoru, odoslani emailu a sms správy, popis zdravotného výkonu dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára; • výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi; • výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta; • vykazuje sa samostatne, najviac 1x za deň; Vykonávanie výkonu: • výkon vykonáva lekár, klinický psychológ	
11a - Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor) (210 bodov) Popis výkonu (ďalej len „výkon“): Konzultácia s pacientom prostredníctvom doložiteľnej elektronickej komunikácie (webová aplikácia, videohovor) v online prostredí, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie, realizáciu fotografií pacienta / vyšetrovaného orgánu pre pridanie do zdravotnej dokumentácie a obsahuje: • cieľnú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom • zhodnotenie výsledkov, • vypísanie receptov, prípadne vypísanie žiadaniek na ďalšie vyšetrenie, • poučenie pacienta, • diagnostický záver • určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára. Vykazovanie zdravotného výkonu: • výkon sa vykazuje ako komplexná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia • súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj z online prostredia, • popis zdravotného výkonu • diagnostický záver, ak je potrebné dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly • prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára. • výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi • ak je po konzultácii potrebná aj kontrola v ambulancii, vykazujú sa len výkony, ktoré sa vykonali ambulantne a výkon sa nevykazuje • výkon sa vykazuje samostatne, najviac 1x deň Vykonávanie výkonu: • výkon vykonáva lekár	0,027
70 - Opätovné lekárske vystavenie receptov a (alebo) poukazov (40 bodov) Popis výkonu(ďalej len „výkon“): • Vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronicou formou pre lieky/ zdravotné pomôcky, ktoré pacient užíva dlhšie ako 3 mesiace a nebola realizovaná zmena dávkovania lieku Vykazovanie výkonu:	0,027

• výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta • súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj z online prostredia • údaj, kedy bol recept vypísaný • údaj o predpise lieku/ zdravotnej pomôcky pacientovi prostredníctvom elektronických služieb • výkon sa vzťahuje na jedného pacienta bez ohľadu na počet liekov/ zdravotnej pomôcky, ktoré boli pacientovi predpísané • výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi Vykazuje sa samostatne, najviac 1x za deň, bez ohľadu na počet vystavených receptov a/alebo poukazov. Vykonávanie zdravotného výkonu: • výkon vykonáva lekár	
---	--

Finančný objem

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

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

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

Parametre kvality a efektívnosti pre výpočet Dodatkovej kapitácie*

Názov a určenie hodnoty parametrov:

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

* Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že v prípade, ak Poistovňa umožní výber alebo voľbu akéhokoľvek hodnotiaceho parametra v zabezpečenej zóne Poskytovateľa na webovej stránke lekarom.dovera.sk (ďalej aj ako „Služba DôveraLekárom“), Poskytovateľ má právo zvoliť si hodnotiaci parameter (ak je voľba možná), pričom zvolené parametre sa uplatnia pri najbližšom vyhodnotení parametrov kvality, efektívnosti a inovácií.

Poistovňa zverejní zoznam voliteľných hodnotiacich parametrov s ich popisom v Službe DôveraLekárom.

Poistovňa stanoví minimálny počet hodnotiacich parametrov v skupinách kvality, efektívnosti a inovácií, ktoré budú vyhodnotené. Váhy jednotlivých skupín sú súčasťou Prílohy. Váhy zvolených hodnotiacich parametrov sú alikvótne prepočítané podľa váhy skupiny a počtu zvolených hodnotiacich parametrov.

V prípade, ak Poskytovateľ nevykoná v Službe DôveraLekárom voľbu hodnotiaceho parametra, uplatnia sa hodnotiace parametre v počte, popise a s váhami parametrov tak, ako je uvedené v Prílohe.

Váhy a pásma pre jednotlivé parametre:

Názov parametra	h_n			v_n
	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	
Priemerný počet ošetrovaných poistencov za kalendárny mesiac	0 %	100 %	100 %	$v_1 = 20,00$ %
Vyšetrenia SValZ	100 %	100 %	0 %	$v_2 = 20,00$ %
Prevenencia karcinómu prsníka	0 %	100 %	100 %	$v_3 = 15,00$ %
Preventívne prehliadky	0 %	100 %	100 %	$v_4 = 15,00$ %
Dostupnosť zdravotnej starostlivosti	Neplní		plní	$v_5 = 15,00$ %
	0%		100%	
Subjektívna spokojnosť	0%		100%	$v_6 = 15,00$ %

Hodnota HKK podľa bodu 11.7.	-
------------------------------	---

Základ pre výpočet Dodatkovkej kapitácie

<i>Gynekológia a pôrodnictvo</i>	<i>Hodnota v €</i>
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	0,587490
Zvýhodnená hodnota pri splnení: Podmienok pre vznik nároku na zvýhodnenú dodatkovú kapitáciu vrátane podmienky Prístrojové vybavenie	0,630941

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.

Cenník výkonov

Cena bodu	Základná cena v €	Zvýhodnená cena v €
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačných odboroch patologická anatómia (029 501)	0,004514	0,00633
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačných odboroch hematológia a transfuziológia (031 501)	0,005311	0,00633
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačných odboroch klinická mikrobiológia (034 501)	0,004780	0,00633
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačných odboroch klinická farmakológia (065 501)	0,005311	-
pri zdravotných výkonoch počítačovej tomografie vrátane aplikovania kontrastnej látky vykázané 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 fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia (027 501)	0,009737	-
pri zdravotných výkonoch: 509a, 512, 513, 514a, 516, 518, 522, 523a, 530, 531, 532, 533a, 540, 541, 542 vykonaných v špecializačnom odbore fyziatra, balneológia a liečebná rehabilitácia (027 501)	0,017175	-
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ vykonaných v špecializačnom odbore rádiológia (023 501)	0,007801	-
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 12.5. Zmluvy	0,009724	-
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 12.5. Zmluvy: 5300 (4250 bodov), 5301 (1500 bodov) v špecializačnom odbore :154	0,009724	-
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 12.5. Zmluvy	0,030050	0,040975
pri zdravotných výkonoch: 60 (500 bodov), 62 (310 bodov); 63 (250 bodov) v iných špecializačných odboroch ako: 001, 004, 039, 060, 064, 104, 153, 154	0,030050	0,040975

pri zdravotných výkonoch: 60 (670 bodov), 62 (440 bodov), 63 (340 bodov) v špecializačnom odbore: 001, 004, 039, 060, 064, 104, 153, 154	0,030050	0,040975
pri zdravotných výkonoch: 200 (80 bodov), 2100 (190 bodov), 2101 (240 bodov), 2106 (840 bodov) v špecializačnom odbore: 010	0,030050	0,040975
pri zdravotnom výkone 15D (150 bodov) – Zhodnotenie RTG dokumentácie, ak nie je vykonané pracoviskom RTG, vrátane popisu v zdravotnej dokumentácii, pre odbornosti: 003, 004, 107, 108, 010, 011, 013, 014, 045, 114, 145, 156	0,0193	-
pri zdravotných výkonoch 5330, 5331, 5332	0,0055	-
pri zdravotnom výkone 159c vykonanom lekárom so špecializáciou v špecializačnom odbore urológia	0,055	-
pri zdravotnom výkone 252b (160 bodov)	0,030050	0,040975
pri zdravotných výkonoch vykonaných v rámci ústavnej pohotovostnej služby (009 801, 007 801)	0,030050	
pri zdravotných výkonoch vykonaných v rámci Urgentného príjmu (975 801)	0,030050	
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	0,00633	-
pri zdravotných výkonoch: 760sp, 760sn, 760pp, 760pn (Preventívna kolonoskopia 1500 bodov)	0,055	-
pri zdravotných výkonoch: 763pp, 763pn, 763sp, 763sn (Preventívna kolonoskopia 3000 bodov)	0,055	
pri zdravotných výkonoch: 5793, 5794, 5795 v špecializačnom odbore: 004, 104	0,022449	-
pri zdravotnom výkone 819D (800 bodov) v špecializačnom odbore: 004, 104	0,030050	0,040975
pri zdravotných výkonoch: 65 (220 bodov), 66 (350 bodov), 67 (220 bodov) v špecializačnom odbore: 001, 004, 007, 010, 017, 040, 060, 063, 104, 105, 107, 108, 109, 114, 116, 140, 145, 153, 154, 155, 156, 163, 323, 329, 331, 335, 336, 341	0,030050	0,040975
pri zdravotných výkonoch: 820 (1040 bodov), 821 (970 bodov), 822 (400 bodov), 825 (510 bodov), 841 (2340 bodov), 847 (670 bodov) v špecializačnom odbore: 005, 105	0,030050	0,040975
pri zdravotných výkonoch: 3335 (90 bodov), 3337 (450 bodov), 3322 (130 bodov), 3323 (900), v špecializačnom odbore: 141	0,030050	0,040975
pri zdravotných výkonoch: 867 (1200 bodov), 869 (1200 bodov), v špecializačnom odbore: 144, 241	0,030050	0,040975

pri zdravotných výkonoch: 735 (1500 bodov), 736 (1800 bodov), 737 (1800 bodov), 740 (2840 bodov), 741 (4940 bodov), 745 (4040 bodov), 745A (1200 bodov), 745B (2540 bodov), 746 (5840 bodov), 755 (2240 bodov), 756 (4340 bodov), 760 (5840 bodov), 761 (7340 bodov), 762 (8840 bodov), 763 (10340 bodov), 763A (11838 bodov), 360 (180 bodov), 361 (360 bodov), 363 (480 bodov), 364 (240 bodov), 365 (660 bodov), 366 (600 bodov), 367 (600 bodov) v špecializačnom odbore: 154	0,030050	0,040975
pri zdravotných výkonoch: 5766 (900 bodov), 5769, 5770, 5771, 5772, v špecializačnom odbore: 003, 040, 156	0,01892	
pri zdravotnom výkone 900 (130 bodov) v špecializačnom odbore: 018	0,030050	0,040975
COVM: 1km jazdy formou výjazdovej služby kilometer jazdy poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, ktorý je držiteľom povolenia na prevádzkovanie mobilného odberového miesta, ktorý vykonáva odber biologického materiálu formou výjazdovej služby osobe, ktorej národné centrum vydalo jednoznačný identifikátor potvrdzujúci indikáciu zo zdravotných dôvodov	0,903	
pri zdravotnom výkone: 1B05011 Edukácia pri zistení diabetes mellitus (420 bodov)) v špecializačnom odbore 050, 153 <u>Výkon zahŕňa nasledovné činnosti:</u> Edukácia pri novodiagnostikovanom diabetes mellitus obsahuje: • edukáciu o podstate ochorenia, poruche metabolizmu cukrov, tukov a bielkovín • zostavenie individuálneho liečebného a výživového plánu pri zistení zásadnej zmeny zdravotného stavu • edukáciu o základných diétnych chybách, o podstatných zmenách v stravovacích návykoch • edukáciu o význame fyzického pohybu, nastavenie pre daného pacienta, odporúčané druhy a intenzita fyzickej aktivity • edukáciu o liečbe v prípade, ak sa nasadí farmakologická liečba – perorálne antidiabetiká alebo injekčné preparáty. <u>Podmienky úhrady výkonu:</u> • dĺžka trvania výkonu je minimálne 20 minút • maximálna frekvencia vykazovania výkonu: 1-krát za život poistenca Výkon nie je možné kombinovať s výkonmi: 10c, 1B05012	0,027	-
pri zdravotnom výkone: 1B05012 Edukácia aplikácie inzulínu a iných injekčných antidiabetík (420 bodov) v špecializačnom odbore 050, 153 A. Edukácia aplikácie inzulínu a iných injekčných antidiabetík obsahuje: • základné informácie pre pacienta o inzulíne, o jeho účinku, o jeho skladovaní, priebeh účinku ordinovaného inzulínu, likvidácii obalov liekov a inzulínových pier, striekačiek, ihl • edukácia o príznakoch hypoglykémie a jej liečbe, prevencia hypoglykémie, príčiny vzniku hypoglykémie, prvá pomoc pri hypoglykémii, hypoglykémia ako rizikový faktor ďalších ochorení, hypoglykémia a vedenie motorového vozidla • edukácia o hyperglykémii a ketoacidóze, o jej príznakoch a o postupe pri jej prejavoch, • edukácia o dávkovaní inzulínu podľa konzumácie jedla s daným obsahom sacharidových jednotiek • edukácia o mimoriadnych situáciách pri liečbe inzulínom (interkurentné ochorenia, operácie, vedenie motorového	0,027	-

vozidla, práca pri vysokých teplotách, cestovanie a podobne), ako upravovať, kedy dávky znižovať, eventuálne aj vynechať podanie inzulínu • edukácia pacienta o úprave dávok inzulínu vo vzťahu k fyzickej aktivite, • nastavenie jednotiek inzulínu stanovením individuálnej citlivosti pacienta na inzulín • usmernenie a cielená odborná inštrukcia k používaniu inzulínového pera a edukácia na aplikáciu inzulínu • usmernenie a cielená odborná inštrukcia pri obsluhu glukometra • edukácia o meraní glykémii glukometrom, timingu meraní, frekvencií meraní, zapisovaní hodnôt a zapisovaní jedál – poučiť v ktorých prípadoch je to potrebné • edukácia o prevencii a znížení rizika komplikácií diabetu samovyšetrením rôznych častí tela, predovšetkým dolných končatín, moču, tlaku krvi a iné. alebo B. Pohovor s pacientom s DM pri plánovaní zásadnej zmeny liečby na injekčnú liečbu (GLP1, PCSK-9) obsahuje: • edukáciu o postupe pri podávaní injekčnej liečby, skladovaní lieku, zmien miesta vpichov, • edukáciu o časovaní injekcií napr. pri vynechaní, dodržanie časových odstupov • edukácia o možných vedľajších účinkoch, kedy sa má pacient hlásiť u lekára, alebo liečbu ukončiť • edukáciu o selfmonitoringu glykémii pri liečbe GLP-1 – obsluha glukometra, časovanie meraní. <u>Podmienky úhrady výkonu:</u> • dĺžka trvania výkonu je minimálne 20 minút • maximálna frekvencia vykazovania výkonu: 1-krát pri nastavení na liečbu inzulínom a inými injekčnými antidiabetikami Výkon nie je možné kombinovať s výkonmi: 10c, 1B05011		
pri zdravotnom výkone 1B05013 Edukácia pri diabete v súvislosti s prevenciou hypoglykémie (270 bodov) v špecializačnom odbore: 050, 153 <u>Výkon zahŕňa nasledovné činnosti:</u> Edukácia pacienta s opakovanými hypoglykémiami, s prekonanou ťažkou hypoglykémiou, s prekonanou ketoacidózou obsahuje: • rozbor možnej príčiny prekonanej komplikácie a zacielenie edukácie na opakovanie ťažkej hypoglykémie alebo ketoacidózy, • zopakovanie postupov liečby hyperglykémie a ketoacidózy • edukáciu o príznakoch hypoglykémie a jej liečbe • prevencia hypoglykémie, príčiny vzniku hypoglykémie, prvá pomoc pri hypoglykémii • hypoglykémia ako rizikový faktor ďalších ochorení, hypoglykémia a vedenie motorového vozidla. <u>Podmienky úhrady výkonu:</u> • dĺžka trvania výkonu je minimálne 10 minút. <u>Maximálna frekvencia vykazovania výkonu:</u> • raz za kalendárny štvrtrok <u>Výkon nie je možné kombinovať s nasledovnými výkonmi:</u> 10c, 1B05011, 1B05012, 1B05014	0,027	-

pri zdravotnom výkone 1B05014 Edukácia pri diabete v súvislosti s prevenciou chronických komplikácií diabetu a ochorení zapríčinených diabetom (270 bodov) v špecializačnom odbore: 050, 153 <u>Výkon zahŕňa nasledovné činnosti:</u> A. Edukácia pacienta ohľadom akútnych a chronických komplikácií DM obsahuje: • edukáciu o postupe pri akútnej hyperglykémii - vylúčenie ketoacidózy - fyzický pohyb, dopichovanie inzulínu s prevenciou kumulovania dávok inzulínu, • edukáciu pri novovzniknutej diabetickej retinopatii, neuropatii, nefropatii, makroangiopatii - to znamená pri makrovaskulárnych komplikáciách diabetu ako infarkt srdca, cievna mozgová príhoda, • edukáciu pri potrebe hemodialyzačnej alebo transplantáčnej liečby, väčšej strate zraku až slepote, pri vzniknutej diabetickej nohe a/alebo B. Edukácia pacienta s diabetickou nohou obsahuje: • pri prevencii - edukáciu o starostlivosti o dolné končatiny pravidelným samovyšetrením aj s využitím príslušných pomôcok, správny výber obuvi, vložiek, zdravotná pedikúra, • pri vzniku defektu: kedy je potrebné ošetrenie lekára pri vzniku defektu, edukácia o prísnej glykemickej kontrole. a/alebo C. Edukácia pacienta s dyslipidémiou obsahuje: • poruchy metabolizmu tukov, diferenciácia familiárnych foriem dyslipidémie, • súvislosť tukov s aterosklerózou a kardiovaskulárnymi ochoreniami, spôsoby a ciele liečby hyperlipoproteínémie podľa stratifikácie kardiovaskulárneho rizika a/alebo D. Edukácia pacienta s obezitou obsahuje: • edukáciu dôsledkoch obezity na dĺžku života a na zdravotný stav pacienta, • zdôraznenie prínosu zníženia telesnej hmotnosti na zdravie pacienta, • základná edukácia o znížení telesnej hmotnosti, rozpis a príprava individualizovaného rozpisu pre daného pacienta. <u>Podmienky úhrady výkonu:</u> • dĺžka trvania výkonu je minimálne 10 minút. <u>Maximálna frekvencia vykazovania výkonu:</u> • raz za kalendárny štvrtrok Výkon nie je možné kombinovať s nasledovnými výkonmi: 10c, 1B05011, 1B05012, 1B05013	0,027	-
pri zdravotnom výkone 1A02007 Cílené vyšetrenie nôh (180 bodov) v špecializačnom odbore: 050 Vyšetrenie rizikových faktorov diabetickej nohy – poruchy citlivosti nôh nomofilamentami a ladičkou alebo obdobnou metódou, zvýšenej kožnej teploty a zhodnotenie obuvi pacienta z hľadiska vhodnosti pre diabetika.	0,030050	0,040975

Jednotková cena výkonu

Cena výkonu	Hodnota v €
299x -Odber biologického materiálu na vyšetrenie COVID -19	3,00
16x -Vyhodnotenie rýchleho kazetového testu na dôkaz IgM/IgG na ochorenie COVID-19.	2,20

Jednotková cena výkonu

Výkon	Hodnota v €
5D87007: PCR vyšetrenia na dôkaz SARS-CoV-2 pri diagnózach U07.1, U07.2	29,00
299d: Odber a odoslanie biologického materiálu na bakteriologické, sérologické, mykologické, virologické a parazitologické vyšetrenie pri dôvodnom podozrení na infekčné ochorenie vrátane dezinfekcie pri diagnózach U07.1, U07.2	3,00
Ďalšie podmienky úhrady výkonov 5D87007, 299d Výkon je indikovaný a poskytnutý v súlade so Štandardným postupom pre rýchle usmernenia klinického manažmentu detských a dospelých pacientov s novým koronavírusom 2019 (COVID-19) v zmysle jeho aktuálnej revízie platnej v čase poskytnutia výkonu. Úhrada výkonu 299d je podmienená tým, že odber biologického materiálu bude realizovaný na mobilných odberových miestach.	

Jednotková cena výkonu

Kód výkonu	Názov výkonu	Podmienky vykazovania	Hodnota v €
5153c	Punkcia alebo biopsia prostaty pod USG kontrolou	Výkon môže vykonávať rádiológ s certifikátom v certifikovanej pracovnej činnosti intervenčná rádiológia; urológ so špecializáciou v špecializačnom odbore urológia I. stupňa s certifikátom v certifikovanej pracovnej činnosti intervenčná ultrasonografia v urológii. Výkon je možné vykazovať s výkonom 5301 alebo 5304.	150,00
4L03003	Cystoskopia optickým flexibilným cystoskopom – endoskopické vyšetrenie močového mechúra optickým flexibilným cystoskopom	Výkon môže vykonávať lekár v odbornosti – urológia 012; onkourologia 322; pediatrická urológia 109 max 1x. Zdravotná poisťovňa akceptuje výkon pri diagnóze R31;N21*;N22*;N30.1;N30.2;N30.8;N30.9;N32*;N33*;N39.4*;C67*;C76.3	94,00
4L03004	Cystoskopia digitálnym flexibilným cystoskopom – endoskopické vyšetrenie močového mechúra digitálnym flexibilným cystoskopom.	Výkon môže vykonávať lekár v odbornosti – urológia 012; onkourologia 322; pediatrická urológia 109. Zdravotná poisťovňa akceptuje výkon pri diagnóze R31;N21*;N22*;N30.1;N30.2;N30.8;N30.9;N32*;N33*;N39.4*;C67*;C76.3	94,00

Skríning karcinómu prsníka

Kód výkonu skrínigovej mamografie	Charakteristika výkonu	Kód Dg.	Hodnota v €
1301	negatívny nález	Z01.6; Z80.3, Z87.7	30,-
1301a	abnormálny nález po mamografii bez absolvovania USG a biopsie	Z01.6; Z80.3, Z87.7	
1301b	negatívny nález po mamografii, doplnkových mamografických snímkach a/alebo USG, bez biopsie	Z01.6; Z80.3, Z87.7	
1301c	abnormálny nález po mamografii, doplnkových mamografických snímkach a/alebo USG bez biopsie	Z01.6; Z80.3, Z87.7	
1301d	negatívny nález po mamografii, doplnkových mamografických snímkach a/alebo USG a po biopsii	Z01.6; Z80.3, Z87.7	
1301e	malígný nález po mamografii, doplnkových snímkach mamografie a/alebo USG a biopsii	Z01.6; Z80.3, Z87.7	
1301f	Ďalšie vyšetrenia v rámci diagnostiky prípadnej choroby zistenej na základe skríningu.	Výkon 1301f - vykazuje sa súčasne s kódom 1301c, 1301d, alebo 1301e; - hradí sa s nulovou cenou.	

I. Ďalšie podmienky úhrady výkonov skríningu karcinómu prsníka:

- 1) Jednotlivé výkony sa vykazujú samostatne 1x za 2 kalendárne roky v prípade, ak Poistenec v posledných 2 rokoch neabsolvoval preventívnu mamografiu a bol Poisťovňou pozvaný na skríning karcinómu prsníka listom, ďalej len („Pozývaci list“).
- 2) Pozývaci list sa pre tieto účely považuje za odporúčanie na poskytnutie mamografie a ďalšej zdravotnej starostlivosti súvisiacej so skríningom nádorov prsníkov. Poskytovateľ pri vykazovaní vykonaných výkonov ako odporúčajúceho lekára, uvedie lekára v špecializačnom odbore rádiológia zamestnaného u Poskytovateľa.
- 3) Cena jednotlivých výkonov skríningu nádorov prsníka zahŕňa úhradu za akúkoľvek zdravotnú starostlivosť, ktorú Poskytovateľ poskytol Poistencovi a všetky náklady, ktoré Poskytovateľ vynaložil v súvislosti s poskytnutím zdravotnej starostlivosti, vrátane administratívnych úkonov spojených s odoslaním Poistenca na vyššie pracovisko v prípade pozitívneho nálezu.
- 4) Poskytovateľ v čase realizácie skríningu nádorov prsníka spĺňa všetky podmienky vstupu mamografického pracoviska do populačného skríningu rakoviny prsníka, ktoré zverejnilo na svojom webovom sídle Ministerstvo zdravotníctva SR v dokumente Skríning rakoviny prsníka.
- 5) S výsledkom vyšetrenia musí byť Poistenec oboznámený bezodkladne po absolvovaní vyšetrenia. Poskytovateľ je zároveň povinný zaslať výsledky vyšetrenia ošetrojúcemu lekárovi (gynekológ, praktický lekár pre dospelých pre nekapitované poistenky) do 3 pracovných dní, v prípade biopsie do 14 pracovných dní od vyšetrenia Poistenca.
- 6) V prípade pozitívneho nálezu skríningu karcinómu prsníka je Poskytovateľ povinný odoslať pacientku na vyššie pracovisko.
- 7) Výkony skrínigovej mamografie nie je možné vzájomne kombinovať, ani vykazovať s výkonmi 5092, 5308 a 5153a.
- 8) Poskytovateľ je povinný v lehote do 3 pracovných dní nahlásiť Poisťovni emailovú adresu a telefonický kontakt slúžiaci na objednávanie Poistencov pre výkony skrínigovej mamografie vrátane prípadných zmien kontaktných údajov.

- 9) Poskytovateľ pre objednávanie Poistencov pre výkony skriningovej mamografie používa „Objednávkový systém“. Objednávkový systém je produkt Poistovne umožňujúci Poistencom objednať sa na presný termín (dátum a čas) vyšetrenia plánovanej zdravotnej starostlivosti k Poskytovateľom, ktorí v ňom vyhradili termíny pre objednanie. Objednávkový systém je využívaný pre Poistencov, ktorým bol zaslaný Pozývací list.
- 10) Poskytovateľ sa zaväzuje najmä:
- vyhraď termíny pre objednanie Poistencov v Objednávkovom systéme na každom SVLZ pracovisku v štandardnom rozsahu vyhlásenom Poistovňou. Poskytovateľ sa tiež zaväzuje poskytnúť potrebné informácie o rozsahu termínov a prevádzke SVLZ pracoviska, predovšetkým presnú lokalitu, ordinačné hodiny, termíny pre objednávanie – čas a dĺžka, identifikácia pracoviska (ak je ich viac), prípadne ďalšie nevyhnutné údaje.
 - včas ohlásiť Poistovni zmeny údajov uvedených v tomto článku podľa bodu 9). V urgentných prípadoch kontaktuje Poistovňu elektronicky na adrese: osadmin@dovera.sk
 - zadať každú zmenu termínov do Objednávkového systému, ak je potrebné preobjednanie objednaných Poistencov.

II. Poistovňa neakceptuje úhrady výkonov skriningu karcinómu prsníka ak:

- Jednalo sa o mamografiu v rámci gynekologickej prevencie.
- Poskytovateľ porušil štandardný diagnostický a terapeutický postupu pre skrining karcinómu prsníka definovaný Ministerstvo zdravotníctva SR.“

Výkony Telemedicíny

Výkon	Cena bodu v €
1b - Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky (190 bodov) Popis výkonu (ďalej len „výkon“): Konzultácia s pacientom prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky obsahuje: • cielenú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly, vo vzťahu k jednému orgánovému systému • popis subjektívnych ťažkostí, • diagnostický záver, • poučenie o diéte a životospráve, • v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplynuli z konzultácie ohľadom zdravotného stavu • prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára • poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie Vykazovanie výkonu: • výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta; • zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii; • súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj o realizácii telefonického rozhovoru, odoslani emailu a sms správy, popis zdravotného výkonu dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára; • výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi; • výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta; • vykazuje sa samostatne, najviac 1x za deň;	0,027

Vykonávanie výkonu: výkon vykonáva lekár, klinický psychológ	
11a - Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor) (250 bodov) Popis výkonu (ďalej len „výkon“): Konzultácia s pacientom prostredníctvom doložiteľnej elektronickej komunikácie (webová aplikácia, videohovor) v online prostredí, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie, realizáciu fotografií pacienta / vyšetrovaného orgánu pre pridanie do zdravotnej dokumentácie a obsahuje: • cielenú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom • zhodnotenie výsledkov, • vypísanie receptov, prípadne vypísanie žiadaniek na ďalšie vyšetrenie, • poučenie pacienta, • diagnostický záver • určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára. Vykazovanie zdravotného výkonu: • výkon sa vykazuje ako komplexná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia • súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj z online prostredia, • popis zdravotného výkonu • diagnostický záver, ak je potrebné dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly • prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára. • výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi • ak je po konzultácii potrebná aj kontrola v ambulancii, vykazujú sa len výkony, ktoré sa vykonali ambulantne a výkon sa nevykazuje • výkon sa vykazuje samostatne, najviac 1x deň Vykonávanie výkonu: výkon vykonáva lekár	0,027
70 - Opätovné lekárske vystavenie receptov a (alebo) poukazov (50 bodov) Popis výkonu(ďalej len „výkon“): • Vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronickou formou pre lieky/ zdravotné pomôcky, ktoré pacient užíva dlhšie ako 3 mesiace a nebola realizovaná zmena dávkovania lieku Vykazovanie výkonu: • výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta • súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj z online prostredia • údaj, kedy bol recept vypísaný • údaj o predpise lieku/ zdravotnej pomôcky pacientovi prostredníctvom elektronických služieb • výkon sa vzťahuje na jedného pacienta bez ohľadu na počet liekov/ zdravotnej pomôcky, ktoré boli pacientovi predpísané • výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi Vykazuje sa samostatne, najviac 1x za deň, bez ohľadu na počet vystavených receptov a/alebo poukazov. Vykonávanie zdravotného výkonu: výkon vykonáva lekár	0,027

1c – Krízová konzultácia psychiatrom a psychológom prostredníctvom elektronickej komunikácie (1200 bodov) Popis zdravotného výkonu (ďalej len „výkon“): Konzultácia s pacientom telefonicky alebo prostredníctvom elektronickej pošty alebo webovej aplikácie alebo videohovoru obsahuje: • cielenú anamnézu, • popis subjektívnych ťažkostí, • krízovú psychoterapeutickú intervenciu ako okamžité opatrenie pri akútnej psychickej dekompenzáci (napríklad pokus o samovraždu) • diagnostický záver, • poučenie o psychohygiene, • v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu • prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára • poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie Vykazovanie výkonu: • výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez osobnej prítomnosti pacienta • zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii • súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj z online prostredia, popis zdravotného výkonu v trvaní najmenej 45 minút, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára • výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi. • výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta. • výkon sa vykazuje samostatne, najviac 1x za deň • opakované vykázanie v jednom liečebnom prípade vyžaduje osobitné zdôvodnenie v zdravotnej dokumentácii Vykonávanie výkonu : výkon vykonáva lekár so špecializáciou psychiatria, detská psychiatria, gerontopsychiatria a klinický psychológ	0,027
---	--------------

Pripočítateľné položky k výkonom

Pripočítateľná položka	Hodnota v €
POHOS – starostlivosť o pacienta po hospitalizácii s diagnózou srdcového zlyhávania. • Vykazuje sa ako pripočítateľná položka k výkonu č. 60 a 62 v prípade, ak bola zdravotná starostlivosť poskytnutá pacientovi do 42 dní (6 týždňov) od ukončenia hospitalizácie s diagnózami I50.0 – I50.9, • Pripočítateľná položka sa vykáže len pri prvom vyšetrení po ukončení hospitalizácie, • Pripočítateľnú položku si môže vykázať len poskytovateľ v odbornosti 049 (kardiológia).	30,00

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 ; <i>výkony Telemedicíny</i>

Finančný objem

Finančný objem	Hodnota v €
podľa bodu 12.5. písm. a. Zmluvy	-----
podľa bodu 12.5. písm. b. Zmluvy (034 501, 065 501, 031 501, 576 501, 027 501, 023 501, 029 501)	52 930,-

Zoznam zdravotných výkonov a iných nákladov, ktoré sa nezahŕňajú do finančného objemu podľa bodu 12.5. Zmluvy

Náklady na lieky, ktoré sú v Zozname liekov označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“, „AS“ pre stanovené finančné objemy podľa bodu 12.5. písm a. Zmluvy
Výkon COVM, 299x, 16x, , 1301, 1301a, 1301b, 1301c, 1301d, 1301e

Parametre Kvality a Inovácií pre špecializovanú ambulantnú starostlivosť *

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

* Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že v prípade, ak Poistovňa umožní výber alebo voľbu akéhokoľvek hodnotiaceho parametra v zabezpečenej zóne Poskytovateľa na webovej stránke lekarom.dovera.sk (ďalej aj ako „Služba DôveraLekárom“), Poskytovateľ má právo zvoliť si hodnotiaci parameter (ak je voľba možná), pričom zvolené parametre sa uplatnia pri najbližšom vyhodnotení parametrov kvality, efektívnosti a inovácií.

Poistovňa zverejní zoznam voliteľných hodnotiacich parametrov s ich popisom v Službe DôveraLekárom.

Poistovňa stanoví minimálny počet hodnotiacich parametrov v skupinách kvality, efektívnosti a inovácií, ktoré budú vyhodnotené. Váhy jednotlivých skupín sú súčasťou Prílohy. Váhy zvolených hodnotiacich parametrov sú alikvótne prepočítané podľa váhy skupiny a počtu zvolených hodnotiacich parametrov.

V prípade, ak Poskytovateľ nevykoná v Službe DôveraLekárom voľbu hodnotiaceho parametra, uplatnia sa hodnotiace parametre v počte, popise a s váhami parametrov tak, ako je uvedené v Prílohe.

Váhy pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h _n		V _n
	neplní	plní	
Subjektívna spokojnosť	0 %	100 %	V ₁ = 12,50 %
Bezpečná medikácia	0 %	100 %	V ₂ = 12,50 %
eRecept	0 %	100 %	V ₃ = 11,25 %
eZúčtovanie	0 %	100 %	V ₄ = 11,25 %
eLab	0 %	100 %	V ₅ = 11,25 %
NávrhyOnline	0 %	100 %	V ₆ = 11,25 %

Parametre Kvality a Inovácií pre špecializovanú ambulantnú starostlivosť pre odbornosť 050*

	Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
KVALITA	Subjektívna spokojnosť	I ₁ = najmenej 6 dotazníkov vyplnených poistencami ošetrovanými u Poskytovateľa
	Bezpečná medikácia	I ₂ = najmenej jedno zobrazenie elektronickej liekovej knižky počas najmenej 90% ordinačných dní
	Štandard liečby HbA1c	I ₃ = najmenej 90% pacientov v kmeni, ktorí majú za rok od poslednej návštevy u diabetológa aspoň 1x odmeranú hladinu HbA1c
INOVÁCIE	eRecept	I ₄ = najmenej 75% Liekov predpísaných Poskytovateľom elektronicke
	eZúčtovanie	I ₅ = najmenej 75% zúčtovacích dokladov zasielaných a potvrdených elektronicke, a to prostredníctvom Elektronickej pobočky alebo zo softvéru Poskytovateľa
	eLab	I ₆ = najmenej 75% elektronickej žiadostí o vykonanie laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení odoslaných po zobrazení existujúcich žiadostí o vykonanie laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení
	NávrhyOnline	I ₇ = najmenej 10% návrhov na poskytnutie zdravotnej starostlivosti odoslaných elektronicke

* Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že v prípade, ak Poistovňa umožní výber alebo voľbu akéhokoľvek hodnotiaceho parametra v zabezpečenej zóne Poskytovateľa na webovej stránke lekarom.dovera.sk (ďalej aj ako „Služba DôveraLekárom“), Poskytovateľ má právo zvoliť si hodnotiaci parameter (ak je voľba možná), pričom zvolené parametre sa uplatnia pri najbližšom vyhodnotení parametrov kvality, efektívnosti a inovácií.

Poistovňa zverejní zoznam voliteľných hodnotiacich parametrov s ich popisom v Službe DôveraLekárom.

Poistovňa stanoví minimálny počet hodnotiacich parametrov v skupinách kvality, efektívnosti a inovácií, ktoré budú vyhodnotené. Váhy jednotlivých skupín sú súčasťou Prílohy. Váhy zvolených hodnotiacich parametrov sú alikvótne prepočítané podľa váhy skupiny a počtu zvolených hodnotiacich parametrov.

V prípade, ak Poskytovateľ nevykoná v Službe DôveraLekárom voľbu hodnotiaceho parametra, uplatnia sa hodnotiace parametre v počte, popise a s váhami parametrov tak, ako je uvedené v Prílohe.

Váhy pre jednotlivé parametre*

Názov parametra	h _n		v _n
	neplní	plní	
Subjektívna spokojnosť	0 %	100 %	v ₁ = 8,33 %
Bezpečná medikácia	0 %	100 %	v ₂ = 8,33 %
Štandard liečby HbA1c	0 %	100 %	v ₃ = 8,33 %
eRecept	0 %	100 %	v ₄ = 11,25 %
eZúčtovanie	0 %	100 %	v ₅ = 11,25 %
eLab	0 %	100 %	v ₆ = 11,25 %
NávrhyOnline	0 %	100 %	v ₇ = 11,25 %

Parametre Efektívnosti pre špecializovanú ambulantnú starostlivosť *

	Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
EFEKTÍVNOSŤ	Kontakt	I ₁ = počet ošetrovaní/počet unikátnych prepočítaných rodných čísiel (s výnimkou vybraných klinických výkonov a vstupných vyšetrení)
	Náklady na pacienta	I ₂ = náklady na vlastné a indukované (ŠAS aj SValZ) vyšetrenia vrátane pripočítateľných položiek, okrem výkonov vykonaných v súvislosti s preventívnou prehliadkou, a náklady na predpísané a odporúčané lieky, zdravotnícke pomôcky, dietetické potraviny, okrem očkovacích látok, rizikové váženie podľa veku a pohlavia (s výnimkou 2% najdrahších)

* Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že v prípade, ak Poistovňa umožní výber alebo voľbu akéhokoľvek hodnotiaceho parametra v zabezpečenej zóne Poskytovateľa na webovej stránke lekarom.dovera.sk (ďalej aj ako „Služba DôveraLekárom“), Poskytovateľ má právo zvoliť si hodnotiaci parameter (ak je voľba možná), pričom zvolené parametre sa uplatnia pri najbližšom vyhodnotení parametrov kvality, efektívnosti a inovácií.

Poistovňa zverejní zoznam voliteľných hodnotiacich parametrov s ich popisom v Službe DôveraLekárom.

Poistovňa stanoví minimálny počet hodnotiacich parametrov v skupinách kvality, efektívnosti a inovácií, ktoré budú vyhodnotené. Váhy jednotlivých skupín sú súčasťou Prílohy. Váhy zvolených hodnotiacich parametrov sú alikvótné prepočítané podľa váhy skupiny a počtu zvolených hodnotiacich parametrov.

V prípade, ak Poskytovateľ nevykoná v Službe DôveraLekárom voľbu hodnotiaceho parametra, uplatnia sa hodnotiace parametre v počte, popise a s váhami parametrov tak, ako je uvedené v Prílohe.

Váhy a pásma pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h _n			V _n
	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	
Kontakt	100 %	100 %	0 %	v ₁ = 15,00 %
Náklady na pacienta	100 %	100 %	0 %	v ₂ = 15,00 %

Parametre Kvality a Inovácií pre špecializovanú ambulantnú starostlivosť pre odbornosť 144 a 241*

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

* Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že v prípade, ak Poistovňa umožní výber alebo voľbu akéhokoľvek hodnotiaceho parametra v zabezpečenej zóne Poskytovateľa na webovej stránke lekarom.dovera.sk (ďalej aj ako „Služba DôveraLekárom“), Poskytovateľ má právo zvoliť si hodnotiaci parameter (ak je voľba možná), pričom zvolené parametre sa uplatnia pri najbližšom vyhodnotení parametrov kvality, efektívnosti a inovácií.

Poistovňa zverejní zoznam voliteľných hodnotiacich parametrov s ich popisom v Službe DôveraLekárom.

Poistovňa stanoví minimálny počet hodnotiacich parametrov v skupinách kvality, efektívnosti a inovácií, ktoré budú vyhodnotené. Váhy jednotlivých skupín sú súčasťou Prílohy. Váhy zvolených hodnotiacich parametrov sú alikvótne prepočítané podľa váhy skupiny a počtu zvolených hodnotiacich parametrov.

V prípade, ak Poskytovateľ nevykoná v Službe DôveraLekárom voľbu hodnotiaceho parametra, uplatnia sa hodnotiace parametre v počte, popise a s váhami parametrov tak, ako je uvedené v Prílohe.

Váhy pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h _n		V _n
	neplní	plní	
eZúčtovanie	0 %	100 %	V ₁ = 20,00 %

Parametre Efektívnosti pre špecializovanú ambulantnú starostlivosť pre odbornosť 144 a 241*

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

* Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že v prípade, ak Poistovňa umožní výber alebo voľbu akéhokoľvek hodnotiaceho parametra v zabezpečenej zóne Poskytovateľa na webovej stránke lekarom.dovera.sk (ďalej aj ako „Služba DôveraLekárom“), Poskytovateľ má právo zvoliť si hodnotiaci parameter (ak je voľba možná), pričom zvolené parametre sa uplatnia pri najbližšom vyhodnotení parametrov kvality, efektívnosti a inovácií.

Poistovňa zverejní zoznam voliteľných hodnotiacich parametrov s ich popisom v Službe DôveraLekárom.

Poistovňa stanoví minimálny počet hodnotiacich parametrov v skupinách kvality, efektívnosti a inovácií, ktoré budú vyhodnotené. Váhy jednotlivých skupín sú súčasťou Prílohy. Váhy zvolených hodnotiacich parametrov sú alikvótne prepočítané podľa váhy skupiny a počtu zvolených hodnotiacich parametrov.

V prípade, ak Poskytovateľ nevykoná v Službe DôveraLekárom voľbu hodnotiaceho parametra, uplatnia sa hodnotiace parametre v počte, popise a s váhami parametrov tak, ako je uvedené v Prílohe.

Váhy a pásma pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h _n			V _n
	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	
Počet bodov na poistenca pri psychoterapii	75 %	100 %	0 %	V ₁ = 20,00 %
Počet bodov na poistenca pri psychodiagnostike	75 %	100 %	0 %	V ₂ = 20,00 %
Počet vyšetrení na jedného poistenca pri psychoterapii	100 %	100 %	0 %	V ₃ = 20,00 %
Počet vyšetrení na jedného poistenca pri psychodiagnostike	100 %	100 %	0 %	V ₄ = 20,00 %

Parametre Kvality a Inovácií pre špecializovanú ambulantnú starostlivosť pre odbornosť 141 a 143*

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

* Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že v prípade, ak Poistovňa umožní výber alebo voľbu akéhokoľvek hodnotiaceho parametra v zabezpečenej zóne Poskytovateľa na webovej stránke lekarom.dovera.sk (ďalej aj ako „Služba DôveraLekárom“), Poskytovateľ má právo zvoliť si hodnotiaci parameter (ak je voľba možná), pričom zvolené parametre sa uplatnia pri najbližšom vyhodnotení parametrov kvality, efektívnosti a inovácií.

Poistovňa zverejní zoznam voliteľných hodnotiacich parametrov s ich popisom v Službe DôveraLekárom.

Poistovňa stanoví minimálny počet hodnotiacich parametrov v skupinách kvality, efektívnosti a inovácií, ktoré budú vyhodnotené. Váhy jednotlivých skupín sú súčasťou Prílohy. Váhy zvolených hodnotiacich parametrov sú alikvótné prepočítané podľa váhy skupiny a počtu zvolených hodnotiacich parametrov.

V prípade, ak Poskytovateľ nevykoná v Službe DôveraLekárom voľbu hodnotiaceho parametra, uplatnia sa hodnotiace parametre v počte, popise a s váhami parametrov tak, ako je uvedené v Prílohe.

Váhy pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h _n		V _n
	neplní	plní	
eZúčtovanie	0 %	100 %	V ₁ = 20,00 %

Parametre Efektívnosti pre špecializovanú ambulantnú starostlivosť pre odbornosť 141 a 143*

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

* Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že v prípade, ak Poistovňa umožní výber alebo voľbu akéhokoľvek hodnotiaceho parametra v zabezpečenej zóne Poskytovateľa na webovej stránke lekarom.dovera.sk (ďalej aj ako „Služba DôveraLekárom“), Poskytovateľ má právo zvoliť si hodnotiaci parameter (ak je voľba možná), pričom zvolené parametre sa uplatnia pri najbližšom vyhodnotení parametrov kvality, efektívnosti a inovácií.

parameter (ak je voľba možná), pričom zvolené parametre sa uplatnia pri najbližšom vyhodnotení parametrov kvality, efektívnosti a inovácií.

Poisťovňa zverejní zoznam voliteľných hodnotiacich parametrov s ich popisom v Službe DôveraLekárom.

Poisťovňa stanoví minimálny počet hodnotiacich parametrov v skupinách kvality, efektívnosti a inovácií, ktoré budú vyhodnotené. Váhy jednotlivých skupín sú súčasťou Prílohy. Váhy zvolených hodnotiacich parametrov sú alikvótne prepočítané podľa váhy skupiny a počtu zvolených hodnotiacich parametrov.

V prípade, ak Poskytovateľ nevykoná v Službe DôveraLekárom voľbu hodnotiaceho parametra, uplatnia sa hodnotiace parametre v počte, popise a s váhami parametrov tak, ako je uvedené v Prílohe.

Váhy a pásma pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h_n			v_n
	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	
Počet bodov na poistenca	100 %	100 %	0 %	v ₁ = 40,00 %
Počet vyšetrení na jedného poistenca	100 %	100 %	0 %	v ₂ = 40,00 %

Parametre Kvality a Inovácií pre odbornosti spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek

	Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
KVALITA	Akreditácia podľa ISO 15189:2012	I ₁ = akreditácia ISO pre jednotlivú špecializačnú odbornosť uvedenú v Prílohe č. 1
	Externý systém kvality (EQC)	I ₂ = 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 Poisťovne	I ₃ = najmenej 75% prepojenej indikovanej ZS s vykázanou ZS
	elab – elektronizácia žiadaniek	I ₄ = najmenej 95% elektronických žiadaniek

Váhy pre jednotlivé parametre

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

Parametre Efektívnosti pre odbornosti spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek

	Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
EFEKTÍVNOSŤ	Spektrum	I ₅ = počet výkonov vykázaných viac ako 10-tim pacientom
	Náklady na pacienta	I ₆ =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	P81095005101	1655,-	-	-	-	-	-

Finančný objem

Finančný objem na kalendárny mesiac podľa bodu 14.10. Zmluvy	59 070,-
--	-----------------

Zoznam relatívnych váh DRG skupín bez určenia v Katalógu prípadových paušálov

DRG	Segment	Popis	Relatívne váhy (RV)	Stredná hodnota ošetrovacej doby	Zníženie RV pri OD kratšej ako dolná hranica		Zvýšenie RV pri OD dlhšej ako horná hranica		Zníženie RV pri externom preložení	Prekladový prípadový paušál	Výnimka pri opätovnom prijatí ²⁾	Spôsob výpočtu ⁴⁾
					Dolná hranica ošetrovacej doby ¹⁾	Relatívne váhy / deň	Horná hranica ošetrovacej doby ¹⁾	Relatívne váhy / deň	Relatívne váhy / deň			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
G08J	O	Komplexná rekonštrukcia brušnej steny, vek > 0 rokov, bez veľmi ťažkých CC, v JZS	0,3414								x	JZS
G09J	O	Obojstranné výkony na inguinálnych a femorálnych herniách, vek > 55 rokov alebo komplexné herniotómie, v JZS	0,1868								x	JZS
G24J	O	Výkony pri hernii brušnej steny, pupočnej hernii a iných herniách, vek > 0 rokov alebo obojstranné výkony pri inguinálnej a femorálnej hernii, vek > 0 rokov a < 56 rokov alebo výkony pri inguinálnej a femorálnej hernii vek > 55 rokov, v JZS	0,2314								x	JZS
G25J	O	Výkony pri inguinálnej a femorálnej hernii, vek > 0 rokov alebo výkony pri herniách vek < 1 rok, v JZS	0,2934								x	JZS
G53J	M	Endoskopia hornej časti GIT s vybranými výkonmi v JZS	0,2309								x	JZS
G53Q	M	Endoskopia hornej časti GIT bez vybraných výkonov v JZS	0,1936								x	JZS
G54J	M	Endoskopia spodnej časti GIT s vybranými výkonmi v JZS	0,2487								x	JZS
G54Q	M	Endoskopia spodnej časti GIT bez vybraných výkonov v JZS	0,1457								x	JZS
H08J	O	Laparoskopická cholecystektómia bez veľmi komplexnej diagnózy, bez komplikujúcej diagnózy, vek > 11 rokov, bez endoskopického odstránenia konkrementov, v JZS	0,3345								x	JZS
N06Q	O	Komplexné rekonštrukčné výkony na ženských pohlavných orgánoch, bez vybraných výkonov v JZS	0,2037								x	JZS
N21J	O	Hysterektómia okrem zhubného nádoru, bez veľmi ťažkých alebo ťažkých CC, bez komplexného výkonu, bez plastiky panvového dna alebo komplexné odstránenie myómu, v JZS	0,7180								x	JZS*
Všetky ostatné DRG skupiny bez určenej relatívnej váhy v platnom Katalógu prípadových paušálov			0,921									

Výpočet koeficientu a určenie parametrov podľa bodu 15.4. Zmluvy

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

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

Označenie parametra	Názov parametra	Popis parametra
Kofef	Koeficient	Kofef = zohľadňuje zmenu casemixu a počtu Hospitalizačných prípadov medzi referenčným a hodnoteným obdobím
Kofef _{max}	Maximálna hodnota Koeficientu	Kofef _{max} = maximálna hodnota koeficientu pre úhradu za Hospitalizačné prípady, ktorá je dohodnutá vo výške 1,05
Kofef _{min}	Minimálna hodnota Koeficientu	Kofef _{min} = minimálna hodnota koeficientu pre úhradu za Hospitalizačné prípady, ktorá je dohodnutá vo výške 0,95
Kofef _{CD}	Koeficient Cobb-Douglasovej produkčnej funkcie	Kofef _{CD} = 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:

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

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

Označenie parametra	Názov parametra	Popis parametra
Min	Funkcia min	min = funkcia, ktorá vyberie z oboru hodnôt najnižšiu hodnotu
Kofef _{CM}	Koeficient vývoja casemixu	Kofef _{CM} = koeficient vývoja casemixu medzi referenčným a hodnoteným obdobím
Kofef _{PHP}	Koeficient vývoja počtu Hospitalizačných prípadov	Kofef _{PHP} = koeficient vývoja počtu Hospitalizačných prípadov medzi referenčným a hodnoteným obdobím
CM _{x-n;ref}	Suma efektívnych relatívnych váh v referenčnom období	CM _{x-n;ref} = suma efektívnych relatívnych váh Hospitalizačných prípadov ukončených v referenčnom období
CM _{x-n;hod}	Suma efektívnych relatívnych váh v hodnotenom období	CM _{x-n;hod} = suma efektívnych relatívnych váh Hospitalizačných prípadov ukončených v hodnotenom období
PHP _{x-n;ref}	Počet Hospitalizačných prípadov v referenčnom období	PHP _{x-n;ref} = počet Hospitalizačných prípadov ukončených v referenčnom období
PHP _{x-n;hod}	Počet Hospitalizačných prípadov v hodnotenom období	PHP _{x-n;hod} = 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) Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli na určení konkrétnej hodnoty parametra $UHR_{x-n;ref}$, $EMZS_{x-n;ref}$, $CM_{x-n;ref}$ a $PHP_{x-n;ref}$ v referenčnom období 2024 nasledovne:

RO	UHR	EMZS	CM	PHP
1-3;2024	4 933 902	170 643	1 797	2 240
1-6;2024	9 917 395	343 349	3 425	4 109
1-9;2024	14 314 924	517 087	4 967	5 792
1-12;2024	18 712 453	690 825	6 510	7 475

- d) Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli na určení konkrétnej hodnoty parametra $UHR_{x-n;ref}$, $EMZS_{x-n;ref}$, $CM_{x-n;ref}$ a $PHP_{x-n;ref}$ v referenčnom období 2025 a nasledujúcim takto:

RO	UHR	EMZS	CM	PHP
1-3;2025 a nasl.	4 397 529	173 738	1 543	1 683
1-6;2025 a nasl.	8 795 058	347 476	3 086	3 366
1-9;2025 a nasl.	13 192 587	521 213	4 629	5 049
1-12;2025 a nasl.	17 590 116	694 951	6 172	6 732

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.“

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

Koef_PHP	Koef_CM																																				
	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	0,977	0,978	0,979	0,981	0,982	0,983	0,985	0,987	0,988	0,990	0,992	0,993	0,995	0,997	0,999	1,001	1,003	1,005	1,006	1,008	1,010	1,012	1,013	1,015	1,016	1,018	1,019	1,020	1,021	1,022	1,023	1,024	1,025				
0,915	0,978	0,979	0,981	0,982	0,984	0,985	0,987	0,988	0,990	0,992	0,994	0,995	0,997	0,999	1,001	1,003	1,005	1,007	1,008	1,010	1,012	1,013	1,015	1,016	1,018	1,019	1,020	1,021	1,022	1,023	1,024	1,025	1,026				
0,920	0,979	0,981	0,982	0,984	0,985	0,987	0,988	0,990	0,992	0,994	0,996	0,997	0,999	1,001	1,003	1,005	1,007	1,009	1,010	1,012	1,014	1,015	1,017	1,018	1,019	1,020	1,022	1,023	1,024	1,025	1,026	1,027					
0,925	0,981	0,982	0,984	0,985	0,987	0,988	0,990	0,992	0,994	0,996	0,998	1,000	1,001	1,003	1,005	1,007	1,009	1,011	1,012	1,014	1,015	1,017	1,018	1,019	1,021	1,022	1,023	1,024	1,025	1,026	1,027	1,028					
0,930	0,982	0,984	0,985	0,987	0,989	0,990	0,992	0,994	0,996	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,007	1,009	1,011	1,012	1,014	1,015	1,017	1,018	1,020	1,021	1,022	1,023	1,024	1,025	1,026	1,027	1,028	1,029					
0,935	0,984	0,985	0,987	0,989	0,990	0,992	0,994	0,996	0,998	1,000	1,002	1,004	1,005	1,007	1,009	1,011	1,013	1,014	1,016	1,017	1,018	1,020	1,021	1,022	1,023	1,024	1,025	1,026	1,027	1,028	1,029	1,030					
0,940	0,985	0,987	0,989	0,990	0,992	0,994	0,996	0,998	1,000	1,002	1,004	1,006	1,007	1,009	1,011	1,013	1,014	1,016	1,017	1,019	1,020	1,021	1,022	1,023	1,024	1,025	1,026	1,027	1,028	1,029	1,030	1,031					
0,945	0,985	0,989	0,990	0,992	0,994	0,996	0,998	1,000	1,002	1,004	1,006	1,008	1,009	1,011	1,013	1,014	1,016	1,017	1,019	1,020	1,021	1,022	1,023	1,024	1,025	1,026	1,027	1,028	1,029	1,030	1,031	1,032					
0,950	0,985	0,989	0,992	0,994	0,996	0,998	1,000	1,002	1,004	1,006	1,008	1,009	1,011	1,013	1,014	1,016	1,017	1,019	1,020	1,021	1,022	1,023	1,024	1,025	1,026	1,027	1,028	1,029	1,030	1,031	1,032	1,033					
0,955	0,985	0,989	0,992	0,996	0,998	1,000	1,002	1,004	1,006	1,008	1,010	1,011	1,013	1,015	1,016	1,018	1,019	1,020	1,021	1,023	1,024	1,025	1,026	1,027	1,028	1,029	1,030	1,031	1,032	1,033	1,034	1,035					
0,960	0,985	0,989	0,992	0,996	1,000	1,002	1,004	1,006	1,008	1,010	1,011	1,013	1,015	1,016	1,018	1,019	1,020	1,021	1,023	1,024	1,025	1,026	1,027	1,028	1,029	1,030	1,031	1,032	1,033	1,034	1,035	1,036					
0,965	0,985	0,989	0,992	0,996	1,000	1,004	1,006	1,008	1,010	1,011	1,013	1,015	1,016	1,018	1,019	1,020	1,022	1,023	1,024	1,025	1,026	1,027	1,028	1,029	1,030	1,031	1,032	1,033	1,034	1,035	1,036						
0,970	0,985	0,989	0,992	0,996	1,000	1,004	1,008	1,010	1,011	1,013	1,015	1,016	1,018	1,019	1,020	1,022	1,023	1,024	1,025	1,026	1,027	1,028	1,029	1,030	1,031	1,032	1,033	1,034	1,035	1,036	1,037						
0,975	0,985	0,989	0,992	0,996	1,000	1,004	1,008	1,011	1,013	1,015	1,016	1,018	1,019	1,020	1,022	1,023	1,024	1,025	1,026	1,027	1,028	1,029	1,030	1,031	1,032	1,033	1,034	1,035	1,036	1,037	1,038						
0,980	0,985	0,989	0,992	0,996	1,000	1,004	1,008	1,011	1,015	1,016	1,018	1,019	1,020	1,022	1,023	1,024	1,025	1,026	1,027	1,028	1,028	1,029	1,030	1,031	1,032	1,032	1,033	1,033	1,034	1,034	1,035	1,035					
0,985	0,985	0,989	0,992	0,996	1,000	1,004	1,008	1,011	1,015	1,018	1,019	1,020	1,022	1,023	1,024	1,025	1,026	1,027	1,028	1,028	1,029	1,030	1,031	1,031	1,032	1,032	1,033	1,033	1,034	1,034	1,035	1,035					
0,990	0,985	0,989	0,992	0,996	1,000	1,004	1,008	1,011	1,015	1,018	1,020	1,022	1,023	1,024	1,025	1,026	1,027	1,028	1,028	1,029	1,030	1,031	1,031	1,032	1,032	1,033	1,033	1,034	1,034	1,035	1,035	1,036					
0,995	0,985	0,989	0,992	0,996	1,000	1,004	1,008	1,011	1,015	1,018	1,020	1,023	1,024	1,025	1,026	1,027	1,028	1,028	1,029	1,030	1,031	1,031	1,032	1,032	1,033	1,033	1,034	1,034	1,035	1,035	1,036	1,036					
1,000	0,985	0,989	0,992	0,996	1,000	1,004	1,008	1,011	1,015	1,018	1,020	1,023	1,025	1,026	1,027	1,028	1,029	1,030	1,031	1,031	1,032	1,032	1,033	1,033	1,034	1,034	1,035	1,035	1,036	1,036	1,037						
1,005	0,985	0,989	0,992	0,996	1,000	1,004	1,008	1,011	1,015	1,018	1,020	1,023	1,025	1,027	1,028	1,029	1,030	1,031	1,031	1,032	1,032	1,033	1,033	1,034	1,034	1,035	1,035	1,036	1,036	1,037	1,037						
1,010	0,985	0,989	0,992	0,996	1,000	1,004	1,008	1,011	1,015	1,018	1,020	1,023	1,025	1,027	1,029	1,030	1,031	1,031	1,032	1,032	1,033	1,033	1,034	1,034	1,035	1,035	1,036	1,036	1,037	1,037	1,038						
1,015	0,985	0,989	0,992	0,996	1,000	1,004	1,008	1,011	1,015	1,018	1,020	1,023	1,025	1,027	1,029	1,030	1,031	1,031	1,032	1,032	1,033	1,033	1,034	1,034	1,035	1,035	1,036	1,036	1,037	1,037	1,038						
1,020	0,985	0,989	0,992	0,996	1,000	1,004	1,008	1,011	1,015	1,018	1,020	1,023	1,025	1,027	1,029	1,030	1,031	1,032	1,032	1,033	1,033	1,034	1,034	1,035	1,035	1,036	1,036	1,037	1,037	1,038	1,038						
1,025	0,985	0,989	0,992	0,996	1,000	1,004	1,008	1,011	1,015	1,018	1,020	1,023	1,025	1,027	1,029	1,030	1,031	1,032	1,032	1,033	1,033	1,034	1,034	1,035	1,035	1,036	1,036	1,037	1,037	1,038	1,038						
1,030	0,985	0,989	0,992	0,996	1,000	1,004	1,008	1,011	1,015	1,018	1,020	1,023	1,025	1,027	1,029	1,030	1,031	1,032	1,032	1,033	1,033	1,034	1,034	1,035	1,035	1,036	1,036	1,037	1,037	1,038	1,038						
1,035	0,985	0,989	0,992	0,996	1,000	1,004	1,008	1,011	1,015	1,018	1,020	1,023	1,025	1,027	1,029	1,030	1,031	1,032	1,032	1,033	1,033	1,034	1,034	1,035	1,035	1,036	1,036	1,037	1,037	1,038	1,038						
1,040	0,985	0,989	0,992	0,996	1,000	1,004	1,008	1,011	1,015	1,018	1,020	1,023	1,025	1,027	1,029	1,030	1,031	1,032	1,032	1,033	1,033	1,034	1,034	1,035	1,035	1,036	1,036	1,037	1,037	1,038	1,038						
1,045	0,985	0,989	0,992	0,996	1,000	1,004	1,008	1,011	1,015	1,018	1,020	1,023	1,025	1,027	1,029	1,030	1,031	1,032	1,032	1,033	1,033	1,034	1,034	1,035	1,035	1,036	1,036	1,037	1,037	1,038	1,038						
1,050	0,985	0,989	0,992	0,996	1,000	1,004	1,008	1,011	1,015	1,018	1,020	1,023	1,025	1,027	1,029	1,030	1,031	1,032	1,032	1,033	1,033	1,034	1,034	1,035	1,035	1,036	1,036	1,037	1,037	1,038	1,038						
1,055	0,985	0,989	0,992	0,996	1,000	1,004	1,008	1,011	1,015	1,018	1,020	1,023	1,025	1,027	1,029	1,030	1,031	1,032	1,032	1,033	1,033	1,034	1,034	1,035	1,035	1,036	1,036	1,037	1,037	1,038	1,038						
1,060	0,985	0,989	0,992	0,996	1,000	1,004	1,008	1,011	1,015	1,018	1,020	1,023	1,025	1,027	1,029	1,030	1,031	1,032	1,032	1,033	1,033	1,034	1,034	1,035	1,035	1,036	1,036	1,037	1,037	1,038	1,038						
1,065	0,985	0,989	0,992	0,996	1,000	1,004	1,008	1,011	1,015	1,018	1,020	1,023	1,025	1,027	1,029	1,030	1,031	1,032	1,032	1,033	1,033	1,034	1,034	1,035	1,035	1,036	1,036	1,037	1,037	1,038	1,038						
1,070	0,985	0,989	0,992	0,996	1,000	1,004	1,008	1,011	1,015	1,018	1,020	1,023	1,025	1,027	1,029	1,030	1,031	1,032	1,032	1,033	1,033	1,034	1,034	1,035	1,035	1,036	1,036	1,037	1,037	1,038	1,038						
1,075	0,985	0,989	0,992	0,996	1,000	1,004	1,008	1,011	1,015	1,018	1,020	1,023	1,025	1,027	1,029	1,030	1,031	1,032	1,032	1,033	1,033	1,034	1,034	1,035	1,035	1,036	1,036	1,037	1,037	1,038	1,038						
1,080	0,985	0,989	0,992	0,996	1,000	1,004	1,008	1,011	1,015	1,018	1,020	1,023	1,025	1,027	1,029	1,030	1,031	1,032	1,032	1,033	1,033	1,034	1,034	1,035	1,035	1,036	1,036	1,037	1,037	1,038	1,038						
1,085	0,985	0,989	0,992	0,996	1,000	1,004	1,008	1,011	1,015	1,018	1,020	1,023	1,025	1,027	1,029	1,030	1,031	1,032	1,032	1,033	1,033	1,034	1,034	1,035	1,035	1,036	1,036	1,037	1,037	1,038	1,038						
1,090	0,985	0,989	0,992	0,996	1,000	1,004	1,008	1,011	1,015	1,018	1,020	1,023	1,025	1,027	1,029	1,030	1,031	1,																			

Vybrané hospitalizačné prípady, uhrádzané spôsobom podľa bodu 15.16. Zmluvy**Skupina : 1**

Hospitalizačný prípad, ktorý má byť zaradený do tejto skupiny musí spĺňať podmienku výkazu DRG skupiny podľa Tabuľky A.

Tabuľka A

DRG skupina	Popis
O01A	Cisársky rez pri viacerých komplikujúcich diagnózach, gravidita trvajúca do 25. ukončeného týždňa alebo s intrauterinnou liečbou alebo komplikujúce konštelácie
O01B	Cisársky rez pri viac. komplikujúcich diagnózach, od 26 do 33 ukonč. t. gr., bez intrauterinnej liečby, bez komplikujúcich konštelácií, alebo s komplikujúcimi diagnózami, do 25. ukonč. t. gr., alebo tromboembólia počas gestačného obdobia s OP výkonmi
O01C	Cisársky rez pri viac. komplikujúcich Dg, > 33. uk.t.gr., bez intrauterinnej liečby, bez komplikujúcej konšt., alebo s komplikujúcimi diagnózami, 26.- 33. uk.t.gr. alebo s komplikujúcimi Dg, alebo < 33 uk.t., alebo s komplikujúcimi Dg, s v. ťažkými CC
O01D	Sekundárny cisársky rez s viac. komplikuj. Dg, gravidita > 33 ukonč.t., bez intrauterinnej terapie, bez komplikuj. konšt., alebo s komplikujúcimi Dg, 26-33 ukonč. t., alebo s komplikujúcimi Dg, alebo do 33 t. alebo s komplikujúcimi Dg, bez v. ťažk. CC
O01E	Sekundárny cisársky rez pri komplikujúcej diagnóze, gravidita trvajúca dlhšie ako 33 ukončených týždňov, bez komplexnej diagnózy
O01F	Primárny cisársky rez bez v. ťažkých CC, s komplikujúcou diagnózou alebo s komplex. diagnózou, alebo gravidita trvajúca do 33. ukončeného týždňa, alebo sekundárny cisársky rez, bez komplikujúcej Dg, bez komplex. Dg, gravidita dlhšia ako 33 ukončených t.
O01G	Primárny cisársky rez s komplikujúcou diagnózou, gravidita dlhšia ako 33.ukončený týždeň, bez komplexnej diagnózy
O01H	Primárny cisársky rez bez komplikujúcej diagnózy, gravidita dlhšia ako 33. ukončený týždeň, bez komplexnej diagnózy
O02A	Vaginálny pôrod s komplikujúcim OP výkonom, dĺžka gravidity do 33. ukončeného týždňa alebo s intrauterinnou liečbou alebo s pôrodnickým odstránením maternice alebo komplikujúcou konšteláciou
O02B	Vaginálny pôrod s komplikujúcim OP výkonom, gravidita dlhšia ako 33. ukončený týždeň, bez intrauterinnej liečby, bez pôrodnického odstránenia maternice, bez komplikujúcej konštelácie
O60A	Vaginálny pôrod s viacerými komplikujúcimi diagnózami, najmenej jednou ťažkou, dĺžka gravidity po 33. ukončený týždeň, alebo s komplikujúcimi konšteláciami
O60B	Vaginálny pôrod s viacerými komplikujúcimi diagnózami, najmenej jednou ťažkou, gravidita dlhšia ako 33. ukončený týždeň, bez komplikujúcej konštelácie, alebo tromboembólia počas gestačného obdobia bez operačného výkonu
O60C	Vaginálny pôrod s ťažkou alebo stredne ťažkou komplikujúcou diagnózou
O60D	Vaginálny pôrod bez komplikujúcej diagnózy
P66A	Novorodenec, hmotnosť pri prijatí 2000-2499 g bez signifikantného OP výk. bez UPV > 95 hod., s viacerými ťažk. problémami alebo novorodenec s hmotn. pri prijatí > 2499g bez OP výk., bez UPV > 95 hod., s viacerými ťažk. problémami, s liečbou hypotermiou
P66B	Novorodenec, hmotnosť pri prijatí 2000-2499 g bez signifikantného OP výkonu, bez UPV > 95 hodín, s ťažkým problémom
P66C	Novorodenec, hmotnosť pri prijatí 2000-2499g bez signifikantnej operačnej procedúry, bez umelej pľúcnej ventilácie viac ako 95 hodín, s iným problémom
P66D	Novorodenec, hmotnosť pri prijatí 2000-2499 g bez signifikantného OP výkonu, bez UPV > 95 hod., bez problému, alebo novorodenec z viacplodovej gravidity, hmotn. pri prijatí > 2499 g, bez OP výkonu, bez UPV > 95 hod., bez problému, alebo 1 ošetr. deň
P67A	Novorodenec, hmotnosť pri prijatí > 2499 g, bez signifikantného OP výkonu, bez UPV > 95 hodín, s viacerými ťažkými problémami, alebo s ťažkým problémom, s ošetrovaním v hypotermii
P67B	Novorodenec, hmotnosť pri prijatí > 2499 g, bez signifik. OP výkonu, bez UPV > 95 hod., s ťažkým problémom, bez ošetrovania v hypotermii, alebo s iným problémom, viac ako 1 ošetr. deň, alebo bez signifik. OP výkonu, s komplikujúcou diagnózou
P67C	Novorodenec, hmotnosť pri prijatí > 2499 g, bez signifikantného OP výkonu, bez UPV > 95 hodín, s iným problémom, viac ako jeden ošetrovací deň alebo bez signifikantného OP výkonu, bez komplikujúcej diagnózy
P67D	Novorodenec z jednoplobovej gravidity, hmotnosť pri prijatí > 2499 g, bez OP výkonu, bez UPV > 95 hodín, bez ťažkého problému, bez iného problému, alebo jeden ošetrovací deň

Vybrané hospitalizačné prípady, uhrádzané spôsobom podľa bodu 15.17. Zmluvy**Časť A:**

Hospitalizačný prípad, ktorý má byť zaradený do tejto skupiny musí spĺňať podmienku výkazu DRG skupiny podľa Tabuľky A.

Tabuľka A

DRG skupina	Popis
F01A	Prvotná implantácia kardiovertera / defibrilátora [AICD], trojdutinová stimulácia, s ďalším výkonom na srdci alebo cievach alebo implantácia systému modulujúceho myokard
F01B	Prvotná implantácia kardiovertera / defibrilátora [AICD], dvoj dutinová stimulácia, s ďalším výkonom na srdci alebo cievach
F01C	Prvotná implantácia kardiovertera / defibrilátora [AICD], trojdutinová stimulácia, bez ďalšieho výkonu na srdci alebo cievach
F01D	Prvotná implantácia kardiovertera / defibrilátora [AICD], jednodutinová stimulácia, s ďalším výkonom na srdci alebo cievach
F01E	Prvotná implantácia kardiovertera / defibrilátora [AICD], jednodutinová stimulácia, bez ďalšieho výkonu na srdci alebo cievach, s veľmi ťažkými CC
F01F	Prvotná implantácia kardiovertera / defibrilátora [AICD], dvoj dutinová stimulácia, bez ďalšieho výkonu na srdci alebo cievach
F01G	Prvotná implantácia kardiovertera / defibrilátora [AICD], jednodutinová stimulácia, bez ďalšieho výkonu na srdci alebo cievach, bez veľmi ťažkých CC
F02A	Výmena agregátu kardiovertera / defibrilátora [AICD], dvoj- alebo trojdutinová stimulácia alebo výmena agregátu a sondy kardiovertera / defibrilátora, jednodutinová stimulácia
F02B	Výmena agregátu kardiovertera / defibrilátora [AICD], jednodutinová stimulácia
F50A	Ablatívne opatrenia pri tachyarytmii s komplexnou abláciou pri aterosklerotickej chorobe srdca alebo pri kardiomyopatii alebo v ľavej predsieni, komore, pľúcnych žilách
F50B	Ablatívne opatrenia pri tachyarytmii bez komplexnej ablácie pri koronárnej chorobe srdca alebo kardiomyopatii alebo v ľavej predsieni, komore, pľúcnych žilách, s transseptálnym katetrizačným vyšetrením ľavého srdca
F50C	Ablatívne opatrenia pri tachyarytmii s komplexnou abláciou okrem pri koronárnej chorobe srdca alebo kardiomyopatii alebo v ľavej predsieni, komore, pľúcnych žilách, bez transseptálneho katetrizačného vyšetrenia ľavého srdca
F50D	Ablatívne opatrenia pri tachyarytmii bez komplexnej ablácie, bez transseptálneho katetrizačného vyšetrenia ľavého srdca
F98Z	Endovaskulárna implantácia náhrady srdcovej chlopne alebo transapikálna náhrada aortálnej chlopne
G16A	Komplexná resekcia rekta alebo iná resekcia rekta s určitým výkonom, s určitým chirurgickým výkonom pri pečenej metastázach, alebo s komplikujúcou konšteláciou
G16B	Komplexná resekcia rekta alebo iná resekcia rekta s určitým výkonom, bez určitého chirurgického výkonu pri pečenej metastázach, bez komplikujúcej konštelácie
G17A	Iná resekcia rekta bez určitého výkonu, pri zhubnom nádore
G17B	Iná resekcia rekta bez určitého výkonu, okrem pri zhubnom nádore
I04Z	Implantácia, výmena alebo odstránenie endoprotézy kolenného kĺbu s komplikujúcou diagnózou alebo artrodéza
I05Z	Iné náhrady veľkých kĺbov alebo revízia alebo náhrada bedrového kĺbu bez komplikujúcej diagnózy, bez artrodézy bez komplexného výkonu, s veľmi ťažkými CC
I36Z	Obojstranná implantácia endoprotézy bedrového alebo kolenného kĺbu
I43A	Výmena protézy alebo implantácia závesnej protézy alebo špeciálnej protézy kolenného kĺbu alebo výmena protézy ramenného kĺbu alebo členkového kĺbu, s veľmi ťažkými CC
I43B	Výmena protézy alebo implantácia závesnej protézy alebo špeciálnej protézy kolenného kĺbu alebo výmena protézy ramenného kĺbu alebo členkového kĺbu, bez veľmi ťažkých CC
I44A	Implantácia bikondylárnej endoprotézy alebo iná implantácia endoprotézy/- revízia kolenného kĺbu, s veľmi ťažkými CC alebo korektúra deformity hrudného koša
I44B	Implantácia bikondylárnej endoprotézy alebo iná implantácia endoprotézy/- revízia kolenného kĺbu, bez veľmi ťažkých CC, bez korektúry deformity hrudného koša
I44C	Rôzne endoprotetické výkony na kolennom kĺbe
I46A	Výmena protézy bedrového kĺbu s veľmi ťažkými CC alebo alogénna transplanatácia kosti
I46B	Výmena protézy bedrového kĺbu bez veľmi ťažkých CC, bez alogénnej transplantácie kostí

I47A	Revízia alebo náhrada bedrového kĺbu bez komplikujúcej diagnózy, bez artrodézy, bez veľmi ťažkých CC, vek > 15 rokov, s komplikovaným výkonom
I47B	Revízia alebo náhrada bedrového kĺbu bez komplikujúcej diagnózy, bez artrodézy, bez veľmi ťažkých CC, vek > 15 rokov, bez komplikovaného výkonu
J07A	Malé výkony na prsníku s excíziou axilárnych lymfatických uzlín alebo veľmi ťažké alebo ťažké CC pri zhubnom nádore s obojstranným výkonom
J07B	Malé výkony na prsníku s excíziou axilárnych lymfatických uzlín alebo veľmi ťažké alebo ťažké CC pri zhubnom nádore, bez obojstranného výkonu
J23Z	Veľké výkony na prsníku pri zhubnom nádore, bez komplexného výkonu
J25Z	Malé výkony na prsníku pri zhubnom nádore bez veľmi ťažkých alebo ťažkých CC
K06A	Výkony na štítnej žľaze, prítŕnitných telieskach a ductus thyreoglossus pri zhubnom nádore
K06B	Výkony na štítnej žľaze, prítŕnitných telieskach a ductus thyreoglossus okrem výkonov pri zhubnom nádore alebo bez veľmi ťažkých CC, s odstránením prítŕnitných teliesok alebo veľmi ťažké alebo ťažké CC, bez odstránenia štítnej žľazy cez sternotómiu
K06C	Výkony na štítnej žľaze, prítŕnitných telieskach a ductus thyreoglossus okrem pri zhubnom nádore bez odstránenia prítŕnitných teliesok, bez veľmi ťažkých alebo ťažkých CC
N02A	Výkony na maternici a adnexách pri zhubnom nádore vaječníkov a adnex, s veľmi ťažkými CC
N02B	Výkony na maternici a adnexách pri zhubnom nádore vaječníkov a adnex, s ťažkými CC alebo CC
N02C	Výkony na maternici a adnexách pri zhubnom nádore vaječníkov a adnex, bez CC
N03A	Výkony na maternici a adnexách pri zhubnom nádore ostatných orgánov, s veľmi ťažkými CC alebo rekonštrukcia vagíny a vulvy
N03B	Výkony na maternici a adnexách pri zhubnom nádore ostatných orgánov, bez veľmi ťažkých CC, bez rekonštrukcie vagíny a vulvy

Časť B:

Hospitalizačný prípad, ktorý má byť zaradený do tejto skupiny musí spĺňať podmienku výkazu DRG skupiny podľa Tabuľky A.

Tabuľka A

DRG skupina	Popis
F03A	Výkon na srdcových chlopniach s použitím mimotelového obehu s komplikujúcou konšteláciou
F03B	Výkon na srdcových chlopniach s použitím mimotelového obehu bez komplikujúcej konštelácie, s trojnásobným výkonom alebo vek < 1 rok alebo výkon v hlbokom podchladení
F03C	Výkon na srdcových chlopniach s použitím mimotelového obehu, bez komplikujúcej konštelácie, vek > 0 rokov, bez výkonu v hlbokom podchladení, s dvojnásobným výkonom alebo pri vrodenej srdcovej chybe, s komplexným výkonom
F03D	Výkon na srdcových chlopniach s mimotelovým obehom, bez komplikujúcej konštelácie, vek > 0 r., bez výk. v hlbokom podchladení, s dvojnásobným výk. alebo komplexný výk. alebo pri endokarditíde alebo pri VVCH srdca, s intraoperačnou abláciou alebo vek < 16 r.
F03E	Výkon na srdcových chlopniach s mimotelovým obehom, bez komplikujúcej konštelácie, bez výkonu v hlbokom podchladení, vek > 15 r., s dvojnásobným výk. alebo komplexný výkon alebo pri endokarditíde alebo pri VVCH srdca, bez intraoperačnej ablácie
F03F	Výkon na srdcových chlopniach s použitím mimotelového obehu, bez komplikujúcej konštelácie, bez výkonu v hlbokom podchladení, bez dvojnásobného výkonu, okrem pri vrodenej srdcovej chybe, bez komplexného výkonu, okrem pri endokarditíde vek > 15 rokov
F24B	Perkutánna koronárna angioplastika s komplexnou diagnózou a vysoko komplexnou intervenciou alebo s perkutánnou angioplastikou, vek > 15 rokov, bez veľmi ťažkých CC
F41B	Invazívna kardiologická diagnostika pri akútnom infarkte myokardu bez veľmi ťažkých CC
F46B	Invazívna kardiologická diagnostika okrem pri akútnom infarkte myokardu, viac ako 2 ošetrovacie dni, s komplexnou diagnózou, vek > 13 rokov
F49E	Invazívna kardiologická diagnostika okrem pri akútnom infarkte myokardu, viac ako 1 ošetrovacie dni bez veľmi ťažkých CC, vek > 14 rokov, bez kardiálneho mapovania, bez komplexného výkonu
F49G	Invazívna kardiologická diagnostika okrem pri akútnom infarkte myokardu, jeden ošetrovací deň, vek > 14 rokov, bez určitého výkonu
F56B	Perkutánna koronárna angioplastika s vysoko komplexnou intervenciou, bez veľmi ťažkých CC, alebo kryoplastika

F58B	Perkutánná koronárna angioplastika bez veľmi ťažkých CC
F59A	Komplexné výkony na cievach bez komplikujúcej konštelácie, bez revízie, bez komplikujúcej diagnózy, vek > 2 roky, bez určitých obojstranných výkonov, s v. ťažkými CC, alebo stredne komplexný výkon na cievach s v. ťažkými CC alebo rotačná trombektómia
F59B	Stredne komplexné výkony na cievach bez viacnásobných výkonov na cievach, bez mimoriadne ťažkých CC, bez rotačnej trombektómie, bez komplikujúcej diagnózy
G02Z	Komplexné alebo určité výkony na tenkom a hrubom čreve s komplikujúcou diagnózou alebo výkony na orgánoch GIT-u pri vrodených malformáciách, vek < 2 roky, bez komplexnej intenzívnej ZS v detskom veku > 120 hodín
G08B	Komplexná rekonštrukcia brušnej steny, vek > 0 rokov, bez veľmi ťažkých CC
G08J	Komplexná rekonštrukcia brušnej steny, vek > 0 rokov, bez veľmi ťažkých CC, v JZS
G09J	Obojstranné výkony na inguinálnych a femorálnych herniách, vek > 55 rokov alebo komplexné herniotómie, v JZS
G12A	Iné OP výkony na GIT s komplexným OP výkonom
G24J	Výkony pri hernii brušnej steny, pupočnej hernii a iných herniách, vek > 0 rokov alebo obojstranné výkony pri inguinálnej a femorálnej hernii, vek > 0 rokov a < 56 rokov alebo výkony pri inguinálnej a femorálnej hernii vek > 55 rokov, v JZS
G24Z	Výkony pri hernii brušnej steny, pupočnej hernii a iných herniách, vek > 0 rokov alebo obojstranné výkony pri inguinálnej a femorálnej hernii, vek > 0 rokov a < 56 rokov alebo výkony pri inguinálnej a femorálnej hernii vek > 55 rokov
G25J	Výkony pri inguinálnej a femorálnej hernii, vek > 0 rokov alebo výkony pri herniách vek < 1 rok, v JZS
G25Z	Výkony pri inguinálnej a femorálnej hernii, vek > 0 rokov alebo výkony pri herniách vek < 1 rok
G48C	Stredne komplexná kolonoskopia s veľmi ťažkými alebo ťažkými CC, komplikujúcim výkonom alebo vek < 15 rokov, bez komplikujúcej diagnózy, bez ťažkej črevnej infekcie, okrem stavu po orgánovej transplantácii
G53J	Endoskopia hornej časti GIT s vybranými výkonmi v JZS
G53Q	Endoskopia hornej časti GIT bez vybraných výkonov v JZS
G54J	Endoskopia spodnej časti GIT s vybranými výkonmi v JZS
G54Q	Endoskopia spodnej časti GIT bez vybraných výkonov v JZS
G67B	Ezofagitída, gastroenteritída a rôzne ochor. GIT s komplikuj. Dg alebo < 1 rok alebo gastrointestinálne krvácanie s v. t. alebo ťažk. CC, alebo > 74 r. alebo ulkusová choroba, s ťažk. CC alebo > 74 r., > 1 o. deň, bez komplikuj. Dg/dialýzy/komplex. výk.
G67D	Ezofagitída, gastroenteritída a rôzne ochorenia GIT bez komplex. alebo komplikuj. Dg/dialýzy/ komplex. výk., vek > 2 r. bez v. ťažkých CC, alebo gastrointestinálneho krvácania alebo ulkus. ochor. bez v. ťažkých CC, vek < 75 r. až na para/tetraplégiu
G71Z	Iné mierne ťažké ochorenia GIT
G73Z	Gastrointestinálne krvácanie alebo ulkusová choroba s veľmi ťažkými CC, viac ako jeden ošetrovací deň
H02A	Komplexné výkony na žlčníku a žlčovodoch pri zhubnom nádore
H07B	Cholecystektómia bez veľmi komplexnej diagnózy, bez komplikujúcej konštelácie
H08A	Laparoskopická cholecystektómia s veľmi komplexnou diagnózou, alebo komplikujúcou diagnózou alebo vek < 12 rokov alebo endoskopické odstránenie konkrementov
H08B	Laparoskopická cholecystektómia bez veľmi komplexnej diagnózy, bez komplikujúcej diagnózy, vek > 11 rokov, bez endoskopického odstránenia konkrementov
H08J	Laparoskopická cholecystektómia bez veľmi komplexnej diagnózy, bez komplikujúcej diagnózy, vek > 11 rokov, bez endoskopického odstránenia konkrementov, v JZS
H62B	Ochorenia pankreasu, okrem zhubného nádoru s akútnou pankreatitídou, vek > 15 rokov alebo cirhóza pečene s určitými neinfekčnými hepatitídami bez veľmi ťažkých CC
J08A	Iné kožné transplantácie alebo debridement s komplex. diagnózou, alebo s výkonom na hlave a krku alebo v. ťažké CC, s komplexným výkonom alebo výkonom na koži dolnej končatiny pri ulkuse alebo infekcii/zápale pri para-/ tetraplégi, s v. ťažkými CC
J14B	Plastická rekonštrukcia prsníka pri zhubnom nádore bez nákladnej rekonštrukcie
J24B	Výkony na prsníku okrem zhubného nádoru s rozsiahlym výkonom, bez implantácie protézy
J24D	Výkony na prsníku okrem zhubného nádoru bez rozsiahleho výkonu, bez komplexného výkonu
K15B	Rádioterapia pri endokrinologických ochoreniach, poruchách výživy a metabolizmu, viac ako jeden ošetrovací deň, s vysoko komplexnou terapiou rádiojódom
K15C	Rádioterapia pri endokrinologických ochoreniach, poruchách výživy a metabolizmu, viac ako jeden ošetrovací deň, so stredne komplexnou terapiou rádiojódom
K15D	Rádioterapia pri endokrinologických ochoreniach, poruchách výživy a metabolizmu, viac ako jeden ošetrovací deň, s inou terapiou rádiojódom
M01A	Veľké výkony na panvových orgánoch u muža s veľmi ťažkými CC

M01B	Veľké výkony na panvových orgánoch u muža bez veľmi ťažkých CC alebo s určitými výkonmi na panvových orgánoch u muža s veľmi ťažkými CC
N01E	Panvová eviscerácia u ženy a radikálna vulvektómia alebo určitá lymfadenektómia bez veľmi ťažkých alebo ťažkých CC
N06Q	Komplexné rekonštrukčné výkony na ženských pohlavných orgánoch, bez vybraných výkonov v JZS
N06Z	Komplexné rekonštrukčné výkony na ženských pohlavných orgánoch
N14Z	Hysterektómia okrem zhubného nádoru, s plastikou panvového dna alebo brachyterapia pri ochoreniach a poruchách ženských pohlavných orgánov, viac ako jeden ošetrovací deň s veľmi ťažkými CC
N21J	Hysterektómia okrem zhubného nádoru, bez veľmi ťažkých alebo ťažkých CC, bez komplexného výkonu, bez plastiky panvového dna alebo komplexné odstránenie myómu, v JZS
N21Z	Hysterektómia okrem zhubného nádoru, bez veľmi ťažkých alebo ťažkých CC, bez komplexného výkonu, bez plastiky panvového dna alebo komplexné odstránenie myómu
Q61E	Ochorenia erytrocytov bez komplexnej diagnózy, bez aplastickej anémie, bez veľmi ťažkých CC