č. 064-E-4/2017

ZMLUVA O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI
č. 75NSP1000217

uzatvorená podľa § 7 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, zákona č. 513/1991 Zb. Obchodný zákonník v znení neskorších predpisov a zákona č. 18/1996 Z. z. o cenách v znení neskorších predpisov (ďalej len „Zmluva")
medzi zmluvnými stranami:

Zdravotná poisťovňa:
DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s.
so sídlom Einsteinova 25, 851 01 Bratislava
IČO: 35 942 436, DIČ: 2022051130, IČ DPH: SK2022051130
zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka číslo 3627/B
krajská pobočka *(napr. Bratislava, bez adresy KP),* kód : **2400**
korešpondenčná adresa: **Cintorínska 5, 949 01 Nitra 1**
(ďalej len „Poisťovňa")

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti:

Obchodné meno / Priezvisko, meno a titul:	**Kysucká nemocnica s poliklinikou Čadca**
Kód poskytovateľa zdravotnej starostlivosti:	N21149
IČO / registračné číslo:	17335469
DIČ, IČ DPH:	2020552083, SK2020552083
Sídlo / Miesto trvalého pobytu:	Palárikova 2311, 022 01 Čadca
Miesto prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia:	Palárikova 2311, 022 01 Čadca
Zápis v registri (iba v prípade takéhoto zápisu):	MZ SR č. 3724/1994-A/II-1
Bankové spojenie:	[redacted]
Mená a funkcie konajúcich osôb:	Ing. Martin Šenfeld, MBA
Označenie orgánu, ktorý vydal povolenie:	Žilinský samosprávny kraj

(ďalej len „Poskytovateľ")

I. PREDMET ZMLUVY

1.1. Predmetom tejto Zmluvy je dohoda zmluvných strán:

a. o podmienkach poskytovania zdravotnej starostlivosti zo strany Poskytovateľa poistencom Poisťovne a ďalším osobám (ďalej len „Poistenci") uvedeným vo Všeobecných zmluvných podmienkach pre zdravotnú starostlivosť (ďalej len „VZP");

b. o podmienkach úhrad za poskytovanú zdravotnú starostlivosť;

c. o rozsahu poskytovanej zdravotnej starostlivosti Poskytovateľom pre Poistencov.

II. KRITÉRIÁ NA UZATVORENIE ZMLUVY

2.1. Poisťovňa v súlade s bodom 2.1. VZP uverejnila kritériá na uzatváranie zmlúv s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti vzťahujúce sa na personálne a materiálno-technické vybavenie Poskytovateľa a na indikátory kvality. Kritériá podľa predchádzajúcej vety vzťahujúce sa na Poskytovateľa sú uvedené v Prílohe č. 2 Zmluvy.

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

III. POVINNOSTI PRI POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

3.1. Poskytovateľ sa za podmienok stanovených v Zmluve a vo VZP zaväzuje poskytovať Poistencom zdravotnú starostlivosť plne alebo čiastočne uhrádzanú z verejného zdravotného poistenia.

3.2. Poskytovateľ sa zaväzuje poskytovať zdravotnú starostlivosť v nasledovných zdravotníckych zariadeniach, určených v povolení, ktoré orgán uvedený v záhlaví Zmluvy vydal Poskytovateľovi na poskytovanie zdravotnej starostlivosti vo všeobecnej nemocnici, ktorá sa na účely tejto zmluvy a úhrady podľa článku XI. Zmluvy považujú za jedno zdravotnícke zariadenie, identifikátor zdravotníckeho zariadenia: 17335469-00

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

Za súčasť zdravotníckeho zariadenia sa na účely určenia výšky úhrady za Hospitalizačný prípad podľa bodu 11.7. písmeno d. Zmluvy považuje aj Domov ošetrovateľskej starostlivosti a/alebo Hospic, i keď podmienky poskytovania zdravotnej starostlivosti a jej úhrady si zmluvné strany dohodli v osobitnej zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

3.3. Poskytovateľ sa zaväzuje poskytovať zdravotnú starostlivosť vo vecnom rozsahu vyplývajúcom z povolenia, ktoré orgán uvedený v záhlaví Zmluvy vydal Poskytovateľovi na poskytovanie zdravotnej starostlivosti; Poskytovateľ bude poskytovať zdravotnú starostlivosť v špecializačných odboroch v rozsahu uvedenom v Prílohe č. 1 k Zmluve. Príloha č. 1 môže určiť obmedzenia pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti v jednotlivých špecializačných odboroch, výkonoch zdravotnej starostlivosti alebo DRG skupinách podľa článku XI. Zmluvy.

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

3.5. Poisťovňa je povinná uhradiť Poskytovateľovi zdravotnú starostlivosť v súlade s podmienkami dojednanými v tejto Zmluve.

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

3.7. Poskytovateľ, ktorý vykonáva preventívnu prehliadku Poistenca uhrádzanú z verejného zdravotného poistenia, je povinný dodržať tieto podmienky:

a. Poskytovateľ je povinný sám vykonať všetky vyšetrenia, ktoré vyplývajú z náplne preventívnej prehliadky vyplývajúcej zo všeobecne záväzných právnych predpisov. Poskytovateľ je oprávnený odoslať Poistenca na ďalšie poskytnutie zdravotnej starostlivosti vyplývajúcej z náplne preventívnej prehliadky k inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti len vtedy, pokiaľ Poskytovateľ nie je vybavený zdravotníckou technikou, ktorá je potrebná na vykonanie vyšetrenia; v tomto prípade Poskytovateľ požiada poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorému odošle Poistenca na ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti, aby vykonal len požadované vyšetrenie pomocou zdravotníckej techniky a neposkytoval Poistencovi ďalšiu zdravotnú starostlivosť;

b. pokiaľ Poskytovateľ žiada poskytovateľa prevádzkujúceho zariadenie spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek o vykonanie laboratórnych alebo diagnostických vyšetrení nad rámec náplne preventívnej prehliadky, je povinný vyhotoviť samostatnú žiadanku na vyšetrenia podľa náplne preventívnej prehliadky a samostatnú žiadanku na vyšetrenia požadované nad rámec náplne preventívnej prehliadky;

c. vykonanie preventívnej prehliadky preukáže Poskytovateľ, ktorý poskytuje všeobecnú ambulantnú starostlivosť alebo špecializovanú ambulantnú starostlivosť v špecializačnom odbore „gynekológia a pôrodníctvo", vyplnením formulára podľa vzoru uvedeného v Prílohe č. 3 Zmluvy;

formulár podpíše Poskytovateľ aj Poistenec alebo zákonný zástupca Poistenca a Poskytovateľ ho po podpísaní založí do zdravotnej dokumentácie Poistenca. Poskytovateľ, ktorý poskytuje špecializovanú ambulantnú starostlivosť v špecializačnom odbore „stomatológia", zašle Poisťovni oznámenie o vykonaní preventívnej prehliadky, a to v lehote 10 kalendárnych dní po skončení zúčtovacieho obdobia, v ktorom vykonal preventívnu prehliadku.

3.8. Poskytovateľ je oprávnený pri poskytovaní ambulantnej starostlivosti vrátane vykonávania výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek používať zdravotnícku techniku, ktorá netvorí povinné materiálno-technické vybavenie Poskytovateľa podľa všeobecne záväzných právnych predpisov alebo materiálno-technické vybavenie podľa kritérií na uzatvorenie zmluvy (článok II. Zmluvy), ak je uvedená v Prílohe č. 4 k Zmluve, alebo ak s jej použitím vyslovila Poisťovňa predchádzajúci písomný súhlas; Poskytovateľ môže vykázať Poisťovni len vykonanie tých zdravotných výkonov, ktoré sú uvedené v Prílohe č. 4 k Zmluve alebo v súhlase Poisťovne s použitím zdravotníckej techniky.

3.9. Zdravotné výkony, ktoré sú v Katalógu zdravotných výkonov označené ako „podobné vyšetrenia" alebo iným slovným spojením rovnakého významu (ďalej len „Podobné vyšetrenia"), môže Poskytovateľ vykazovať len s predchádzajúcim písomným súhlasom Poisťovne. Poskytovateľ v žiadosti o udelenie predchádzajúceho súhlasu podľa predchádzajúcej vety uvedie, aké Podobné vyšetrenia v rámci jednotlivých skupín zdravotných výkonov podľa Katalógu zdravotných výkonov mieni vykonávať a vykazovať. Poisťovňa v súhlase podľa prvej vety tohto bodu uvedie, ktoré zdravotné výkony môže Poskytovateľ vykazovať v rámci jednotlivých skupín zdravotných výkonov ako Podobné vyšetrenia; Poisťovňa môže súhlas časovo ohraničiť.

3.10. Poskytovateľ je povinný informovať Poistenca, ktorému poskytuje zdravotnú starostlivosť a mieni mu predpísať zdravotnícku pomôcku, alebo zákonného zástupcu Poistenca, že výdaj

a. individuálne zhotovovanej ortopedicko-protetickej zdravotníckej pomôcky bandážového typu s predajnou cenou najmenej 165,97 EUR,
b. ortopedickej obuvi s predajnou cenou najmenej 265,55 EUR,
c. ortézy nebandážového typu s predajnou cenou najmenej 497,91 EUR a
d. inej zdravotníckej pomôcky s predajnou cenou najmenej 1 327,76 EUR

podlieha predchádzajúcemu súhlasu Poisťovne.

3.11. Poskytovateľ môže Poistencovi predpísať individuálne zhotovovanú ortopedicko-protetickú zdravotnícku pomôcku len vtedy, pokiaľ použitie sériovo vyrábanej zdravotníckej pomôcky je pre Poistenca zrejme nevhodné. Poskytovateľ je povinný na lekárskom poukaze na zdravotnícku pomôcku uviesť všetky údaje vyplývajúce zo všeobecne záväzných právnych predpisov a ako kód zdravotníckej pomôcky uvedie číselný kód uvedený v Zozname zdravotníckych pomôcok plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia. Poskytovateľ pripojí k lekárskemu poukazu podľa tohto bodu aj odborný nález, v ktorom z medicínskeho hľadiska odôvodní nevhodnosť použitia sériovo vyrábanej zdravotníckej pomôcky a nevyhnutnosť predpísania zdravotníckej pomôcky uvedenej v bode 3.10. Zmluvy.

3.12. Poskytovateľ je oprávnený odoslať Poistenca na ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti do špecializovanej nemocnice alebo liečebne len s predchádzajúcim súhlasom Poisťovne. Zoznam špecializovaných nemocníc a liečební podľa predchádzajúcej vety a vzor žiadosti o udelenie predchádzajúceho súhlasu sú uvedené v Prílohe č. 5 Zmluvy.

3.13. Poskytovateľ nesmie vykázať Poisťovni vykonanie iných zdravotných výkonov uvedených v Katalógu zdravotných výkonov v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky" ako zdravotných výkonov, ktorých vykonanie si u Poskytovateľa objednali v žiadankách o vykonanie laboratórnych alebo diagnostických vyšetrení odosielajúci lekári Poskytovateľa alebo odosielajúci zmluvní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti. Poskytovateľ je povinný správne, pravdivo a úplne vykazovať Poisťovni zdravotnú starostlivosť podľa platného dátového rozhrania pre ambulantnú zdravotnú starostlivosť. V prípade, ak Poskytovateľ nevykáže všetky povinné položky podľa dátového rozhrania pre ambulantnú zdravotnú starostlivosť, Poisťovňa neúplne vykázanú zdravotnú starostlivosť odmietne a vráti Poskytovateľovi na doplnenie. Toto ustanovenie platí pre výkony špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti primerane.

3.14. Poskytovateľ je povinný pri nákupe liekov, zdravotníckych pomôcok aj akéhokoľvek materiálu, ktorých použitie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vykazuje a účtuje Poisťovni, postupovať účelne, efektívne a hospodárne. Pokiaľ nadobúdacia cena liekov, zdravotníckych pomôcok alebo materiálu podľa predchádzajúcej vety je vyššia ako ich obvyklá cena na trhu, Poisťovňa si vyhradzuje právo neuhradiť Poskytovateľovi tú časť ich nadobúdacej ceny, ktorá prevyšuje obvyklú cenu.

3.15. Poskytovateľ môže pri výkonoch intervenčnej rádiológie a rádioterapie, nukleárnej medicíny a klinickej rádiofyziky vykazovať len použitie originálnych sád zdravotného materiálu určeného na jednotlivé výkony intervenčnej rádiológie a rádioterapie, nukleárnej medicíny a klinickej rádiofyziky (ďalej len „Sety"). Poskytovateľ je povinný na požiadanie preukázať Poisťovni nadobudnutie Setu účtovným dokladom, ktorý musí obsahovať názov výrobcu Setu, katalógové číslo Setu pridelené výrobcom, rozpis všetkých položiek tvoriacich Set a celkovú cenu Setu. Ak Poskytovateľ použije iné ako originálne Sety, ich použitie nevykáže ako použitie Setu, ale ako použitie jednotlivého zdravotného a spotrebného materiálu určeného na uvedené výkony.

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

IV. OSOBITNÉ POVINNOSTI PRI POSKYTOVANÍ ÚSTAVNEJ STAROSTLIVOSTI

4.1. Poskytovateľ poskytne osobe uvedenej v bode 1.1. Zmluvy (ďalej v tomto článku len „Pacient") ústavnú starostlivosť, ak zdravotný stav Pacienta vyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín (ďalej len „Hospitalizácia").

4.2. Poskytovateľ je povinný zasielať Poisťovni údaje potrebné na vedenie zoznamu poistencov čakajúcich na poskytovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „Zoznam"), a to najmä:

a. meno, priezvisko a rodné číslo Pacienta;

b. kód choroby podľa MKCH-10, v súvislosti s ktorou Poskytovateľ navrhuje Hospitalizáciu Pacienta;

c. kód Poskytovateľa a kód oddelenia Poskytovateľa, na ktorom má byť Pacient hospitalizovaný.

4.3. Poisťovňa je povinná najneskôr v deň účinnosti Zmluvy poskytnúť Poskytovateľovi programové vybavenie, ktoré Poskytovateľovi umožňuje zasielať Poisťovni údaje potrebné na vedenie Zoznamu (ďalej len „Program hospiCOM"). Pokiaľ ďalej z tohto článku vyplýva povinnosť zasielať akékoľvek údaje pomocou Programu hospiCOM, Poskytovateľ môže namiesto Programu hospiCOM použiť na zasielanie týchto údajov aj webové rozhranie na internetovej stránke Poisťovne.

4.4. Poskytovateľ je povinný pomocou Programu hospiCOM zasielať Poisťovni najmenej jedenkrát počas pracovného dňa údaje potrebné na vedenie Zoznamu v štruktúre (dátovom rozhraní) určenej Poisťovňou a zverejnenej na internetovej stránke Poisťovne; to neplatí, ak Poskytovateľ počas pracovného dňa neprijal na Hospitalizáciu ani neukončil Hospitalizáciu žiadneho Pacienta.

4.5. Poskytovateľ, ktorý prijal Pacienta na Hospitalizáciu v dôsledku potreby poskytnúť mu neodkladnú zdravotnú starostlivosť, je povinný oznámiť túto skutočnosť Poisťovni prostredníctvom Programu hospiCOM najneskôr v pracovný deň bezprostredne nasledujúci po dni začatia Hospitalizácie.

4.6. Poskytovateľ je povinný v zdravotnej dokumentácii Pacienta vyznačiť dátum a hodinu začatia Hospitalizácie a dátum a hodinu ukončenia Hospitalizácie. Poskytovateľ je ďalej povinný oznámiť Poisťovni prostredníctvom Programu hospiCOM začatie aj ukončenie Hospitalizácie Pacienta.

4.7. Poskytovateľ nesmie prijať Pacienta na Hospitalizáciu na poskytovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti, ak mu Poisťovňa neudelila súhlas na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti Pacientovi alebo skôr, než v deň určený Poisťovňou v súhlase. Poskytovateľ môže prijať Pacienta na Hospitalizáciu na poskytovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti počas dňa, ktorý Poisťovňa určí v súhlase, alebo kedykoľvek po tomto dni; ak takýto deň Poisťovňa v súhlase neurčila, tak najskôr v deň udelenia súhlasu.

4.8. Poskytovateľ môže prijať na geriatrické oddelenie len Pacienta, ktorý v čase začatia Hospitalizácie dovŕšil 65. rok veku.

4.9. Poskytovateľ môže Pacienta, ktorému poskytuje ústavnú starostlivosť, preložiť na iné oddelenie u Poskytovateľa len v prípade, ak jeho zdravotný stav nevyhnutne vyžaduje Hospitalizáciu na inom oddelení u Poskytovateľa.

4.10. Poskytovateľ, ktorý poskytuje ústavnú starostlivosť, môže odoslať Pacienta na poskytovanie zdravotnej starostlivosti (ústavnej starostlivosti, ambulantnej starostlivosti vrátane vyšetrení spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek a poskytovania výkonov jednodňovej zdravotnej starostlivosti) k inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti len v nevyhnutných prípadoch, ak personálne a materiálno-technické vybavenie Poskytovateľa neumožňuje poskytnúť Pacientovi potrebnú zdravotnú

starostlivosť vzhľadom na vývoj zdravotného stavu Pacienta. Odoslanie na ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti podľa predchádzajúcej vety musí byť podrobne odôvodnené v zdravotnej dokumentácii Pacienta u Poskytovateľa.

4.11. Poskytovateľ je povinný zabezpečiť, aby podanie vzorky lieku (§ 31 Zákona o liekoch) Pacientovi bolo zaznamenané v zdravotnej dokumentácii Pacienta.

4.12. Po ukončení Hospitalizácie je Poskytovateľ povinný vyhotoviť prepúšťaciu správu, ktorá musí obsahovať aj:

a. zoznam liekov, ktoré Poskytovateľ podal Pacientovi počas Hospitalizácie;

b. zoznam liekov, ktoré Poskytovateľ odporúča predpisovať Pacientovi po ukončení Hospitalizácie; zoznam liekov môže pri jednotlivých liekoch obsahovať aj poznámku „Zákaz výdaja náhradného generického lieku", ak odporúčajúci lekár považuje predpísanie generického lieku za nevhodné;

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

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

4.13. Poskytovateľ je povinný spolu s vykázaním zdravotnej starostlivosti za príslušné zúčtovacie obdobie oznámiť Poisťovni mená, priezviská a rodné čísla Pacientov, u ktorých sa počas Hospitalizácie v zúčtovacom období vyskytli nozokomiálne infekcie.

4.14. Poskytovateľ je povinný správne, pravdivo a úplne vykazovať Poisťovni zdravotnú starostlivosť spôsobom podľa platného dátového rozhrania pre ústavnú starostlivosť. V prípade, ak Poskytovateľ nevykáže Poisťovni všetky povinné položky podľa dátového rozhrania podľa predchádzajúcej vety, Poisťovňa vykázanú zdravotnú starostlivosť odmietne a vráti Poskytovateľovi na doplnenie.

4.15. Poskytovateľ je povinný počas trvania Hospitalizačného prípadu podľa bodu 11.2. písmeno a. Zmluvy (vrátane Hospitalizácie na DRG nerelevantnom oddelení podľa bodu 10.1. Zmluvy, ktorej predchádzala Hospitalizácia na DRG relevantnom oddelení podľa bodu 11.2. písmeno b. Zmluvy a/alebo ktorá pokračovala Hospitalizáciou na DRG relevantnom oddelení podľa bodu 11.2. písmeno b. Zmluvy) uvádzať pri indikovaní zdravotnej starostlivosti na všetkých žiadankách a odporúčaniach na ambulantnú zdravotnú starostlivosť (vrátane zdravotnej starostlivosti poskytovanej zariadením spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek), ako aj na služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti ID Hospitalizačného prípadu, kód Poskytovateľa (oddelenia alebo ambulancie) a dátum indikácie.

4.16. Porušenie niektorej z povinností Poskytovateľa podľa bodov 4.2. až 4.6. a bodu 4.14. a 4.15. Zmluvy sa považuje za porušenie povinnosti podľa bodu 8.2. VZP.

V. ÚHRADA ZA ZDRAVOTNÚ STAROSTLIVOSŤ

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

5.2. Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi za poskytnutú všeobecnú ambulantnú starostlivosť a špecializovanú ambulantnú starostlivosť v špecializačnom odbore „gynekológia a pôrodníctvo" paušálnu mesačnú úhradu za podmienok stanovených v článku VI. Zmluvy a dodatkovú paušálnu mesačnú úhradu za podmienok stanovených v článku VII. Zmluvy.

5.3. Za ambulantnú starostlivosť neuvedenú v bode 5.2. Zmluvy a za ambulantnú starostlivosť, ktorá nie je zahrnutá v paušálnej mesačnej úhrade podľa článku VI. Zmluvy, patrí Poskytovateľovi úhrada stanovená v článku VIII. Zmluvy alebo v článku XII. Zmluvy.

5.4. Za ambulantnú starostlivosť poskytnutú Poistencom EÚ v zmysle článku IX. VZP a poistencom poisťovne HIGHMARK v zmysle článku X. VZP patrí Poskytovateľovi úhrada stanovená v článku VIII. Zmluvy v rovnakej výške ako za zdravotnú starostlivosť poskytnutú poistencom Poisťovne, pokiaľ z článku VIII. Zmluvy nevyplýva odlišná úhrada.

5.5. Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi za ústavnú starostlivosť poskytnutú Poistencom EÚ v zmysle článku IX. VZP a poistencom poisťovne HIGHMARK v zmysle článku X. VZP úhradu za podmienok stanovených v článku X. a XI. Zmluvy, pričom úhrada za Hospitalizačný prípad na DRG relevantných oddeleniach podľa článku XI. Zmluvy sa určí súčinom základnej sadzby, platnej v čase začiatku Hospitalizačného prípadu a efektívnej relatívnej váhy daného Hospitalizačného prípadu. Ustanovenia bodu 11.7. až 11.12. sa použijú primerane.

5.6. Na účely výpočtu za ústavnú starostlivosť podľa predchádzajúcej vety sa zmluvné strany dohodli na pevnej sume základnej sadzby do 30.09.2017 vo výške 905 € (slovom: deväťstopäť eur). Základná sadzba sa prehodnotí vždy od začiatku každého kalendárneho štvrťroka, počnúc dňom 01.10.2017, pričom jej výška sa určí nasledovne:

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

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

pričom ako hodnota x sa použije označenie kalendárneho mesiaca, v ktorom Zmluva nadobudla účinnosť a ako hodnota n sa použije posledný kalendárny mesiac kalendárneho štvrťroka, ktorý dva kalendárne štvrťroky predchádza kalendárnemu štvrťroku, za ktorý sa určuje výška základnej sadzby.

5.7. Pokiaľ Poskytovateľ pri poskytovaní ambulantnej starostlivosti podal Poistencovi liek, ktorý je v Zozname kategorizovaných liekov (ďalej len „Zoznam liekov") označený v stĺpci „spôsob úhrady" písmenom „A" alebo „AS", patrí Poskytovateľovi cena lieku vo výške ceny nadobudnutia tohto lieku, ktorá však nesmie byť vyššia ako cena lieku uvedená v Zozname liekov ako „úhrada zdravotnou poisťovňou" v čase podania lieku. V prípade obstarania takéhoto lieku prostredníctvom nemocničnej lekárne je poskytovateľ oprávnený vykázať cenu lieku vo výške ceny, za ktorú ju nadobudol, maximálne však do výšky predajnej ceny distribútora s DPH. Zároveň je poskytovateľ povinný tieto lieky vykazovať v základných vykazovacích jednotkách spôsobom uvedeným vo VZP.

5.8. Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi úhradu na zhotovenie alebo obstaranie individuálne zhotovovanej stomatologickej fixnej a snímateľnej náhrady, individuálne zhotovovaného čeľustnoortopedického fixného a snímateľného aparátu alebo inej zdravotníckej pomôcky používanej v stomatológii a čeľustnej ortopédii (ďalej len „Stomatologická zdravotnícka pomôcka„) rovnajúcu sa výške nákladov na zhotovenie alebo obstaranie Stomatologickej zdravotníckej pomôcky zníženú o úhradu Poistenca; Poisťovňa však Poskytovateľovi uhradí najviac cenu Stomatologickej zdravotníckej pomôcky uvedenú ako „úhrada zdravotnou poisťovňou" v Zozname kategorizovaných zdravotníckych pomôcok platnú v ten deň, kedy bola Stomatologická zdravotnícka pomôcka vydaná Poistencovi. Poisťovňa neuhradí Poskytovateľovi úhradu za zhotovenie alebo obstaranie Stomatologickej zdravotníckej pomôcky, ak ju Poskytovateľ zhotovil alebo obstaral Poistencovi po prerušení liečby Poistencom na dobu dlhšiu ako 6 mesiacov; to sa nevzťahuje na prípady, ak liečba bola prerušená so súhlasom Poskytovateľa.

5.9. Pokiaľ Poskytovateľ v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, inej ako ústavnej starostlivosti poskytovanej na DRG relevantných oddeleniach podľa článku XI. Zmluvy, Poistencovi spotreboval materiál:

a. uvedený v zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov vydanom Ministerstvom zdravotníctva SR a tento materiál je zároveň uvedený v zozname kategorizovaných materiálov zverejnenom na webovom sídle Poisťovne v sekcii „Lekár – časť zúčtovanie", aktuálnom v čase použitia kategorizovaného materiálu, alebo v Prílohe č. 6 tejto Zmluvy (ďalej len „Zoznam kategorizovaných materiálov"), Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi samostatne cenu za tento materiál vo výške nadobúdacej ceny uhradenej Poskytovateľom za tento materiál, najviac však do výšky uvedenej v Zozname kategorizovaných materiálov. Rozdiel medzi nadobúdacou cenou uhradenou Poskytovateľom a cenou za materiál uvedenou v Zozname kategorizovaných materiálov je zahrnutá v úhrade za zdravotnú starostlivosť. Poskytovateľ vykazuje materiál podľa tohto bodu s použitím kódu uvedeného v Zozname kategorizovaných materiálov;

b. uvedený v Prílohe č. 6 tejto Zmluvy (ďalej len „Zoznam nekategorizovaných materiálov"), ktorý nie je uvedený v zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov vydanom Ministerstvom zdravotníctva SR, Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi náklady účelne, efektívne a hospodárne vynaložené na nadobudnutie takého materiálu, najviac však do výšky sumy určenej v Zozname nekategorizovaných materiálov. Poisťovňa týmto zároveň udeľuje na základe písomnej žiadosti Poskytovateľa súhlas s použitím nekategorizovaných materiálov uvedených v Zozname nekategorizovaných materiálov. Použitie nekategorizovaného materiálu vykazuje Poskytovateľ pomocou kódu uvedeného v Zozname nekategorizovaných materiálov. V prípade,

že sa špeciálny zdravotnícky materiál stane na základe kategorizácie súčasťou Zoznamu kategorizovaných materiálov, bude hradený podľa písmena a. tohto bodu Zmluvy".

Poskytovateľ vykazuje Poisťovni materiál podľa písmena a. a b. aj pri poskytovaní ústavnej starostlivosti na DRG relevantnom oddelení podľa článku XI. Zmluvy, i keď je cena tohto materiálu zahrnutá v úhrade za Hospitalizačný prípad podľa článku XI. Zmluvy.

5.10. Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi, ktorý poskytuje zdravotnú starostlivosť spočívajúcu vo výkonoch hyperbarickej oxygenoterapie, stereorádiochirurgie a pozitrónovej emisnej tomografie, úhradu vo výške uvedenej v Prílohe č.7 Zmluvy. Poskytovateľ je povinný vykazovať zdravotnú starostlivosť spočívajúcu vo výkonoch hyperbarickej oxygenoterapie, stereorádiochirurgie a pozitrónovej emisnej tomografie spôsobom uvedeným v prílohe podľa predchádzajúcej vety.

5.11. Poskytovateľ vykazuje poskytnutú zdravotnú starostlivosť spôsobom uvedeným vo VZP. Poskytovateľ je povinný vo faktúre okrem celkovej výšky úhrady za zdravotnú starostlivosť poskytnutú v zúčtovacom období uviesť aj výšku úhrady za:

a. všeobecnú ambulantnú starostlivosť;
b. špecializovanú ambulantnú starostlivosť;
c. výkony spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek;
d. ústavnú starostlivosť;
e. lieky a zdravotnícke pomôcky.

VI. KAPITÁCIA

6.1. Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi za každého Poistenca, s ktorým mal Poskytovateľ k poslednému dňu kalendárneho mesiaca, za ktorý vykazuje poskytnutú zdravotnú starostlivosť, uzatvorenú dohodu o poskytovaní všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore „gynekológia a pôrodníctvo" (ďalej len „Kapitovaný poistenec"), paušálnu mesačnú úhradu (ďalej len „Kapitácia"). Poisťovňa hradí Poskytovateľovi iba pomernú časť Kapitácie s presnosťou na počet dní trvania dohody o poskytovaní všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore „gynekológia a pôrodníctvo" (ďalej len „Dohoda") v príslušnom mesiaci za ktorý Poskytovateľ vykazuje poskytnutú zdravotnú starostlivosť za Poistencov:

a. s ktorými Poskytovateľ uzatvoril Dohodu v priebehu príslušného mesiaca, ak Kapitovaný poistenec nemal v tom čase uzatvorenú žiadnu Dohodu v rovnakom špecializačnom odbore,
b. s ktorými zanikla v priebehu príslušného mesiaca Dohoda inak ako písomným odstúpením,
c. ktorým vzniklo alebo zaniklo verejné zdravotné poistenie v priebehu príslušného mesiaca.

6.2. Pokiaľ Kapitovaný poistenec uzatvoril skôr Dohodu okrem Poskytovateľa aj s iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v rovnakom špecializačnom odbore ako Poskytovateľ, Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi Kapitáciu len v prípade zániku pôvodnej Dohody uzatvorenej medzi iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a Kapitovaným poistencom, a to od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po mesiaci, v ktorom došlo k odstúpeniu od Dohody uzatvorenej medzi iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a Kapitovaným poistencom. Poskytovatelia sú povinní na základe informácie Poisťovne prostredníctvom kapitačného protokolu riešiť konfliktné prípady vzájomnou dohodou.

6.3. Pokiaľ má Poskytovateľ dočasne pozastavené povolenie alebo dočasne neobsadenú ambulanciu Poisťovňa Kapitáciu počas tohto obdobia Poskytovateľovi nehradí. Poisťovňa neuhradí Kapitáciu za dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti aj v prípade ak Poskytovateľ oznámil ukončenie kódu lekára alebo kódu Poskytovateľa, na ktoré sú evidované dotknuté dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Poskytovateľ je povinný nahlasovať Poisťovni mesačný výkaz prírastku a úbytku Poistencov aj podľa platných kódov lekárov a Poskytovateľov a nie len podľa platnosti dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Neobsadenou ambulanciou sa na účely tejto Zmluvy rozumie ambulancia na ktorú Poskytovateľ ukončil kód lekára a nenahlásil nový kód iného lekára.

6.4. Výška Kapitácie sa určuje v závislosti od veku Kapitovaného poistenca a od typu poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Pre výšku Kapitácie je rozhodný vek, ktorý Kapitovaný poistenec dovŕšil k prvému dňu kalendárneho mesiaca, za ktorý sa Kapitácia platí. Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli na výške Kapitácie tak, ako je uvedené v Prílohe č.8 Zmluvy (ďalej len „Cenník kapitácie").

6.5. Kapitácia zahŕňa úhradu za zdravotnú starostlivosť, ktorú Poskytovateľ poskytol Kapitovanému poistencovi, a náklady, ktoré Poskytovateľ vynaložil pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti Kapitovanému poistencovi. Kapitácia nezahŕňa:

a. náklady na lieky, ktoré sú v Zozname liekov označené v stĺpci „spôsob úhrady" písmenom „A" alebo „AS" (bod 5.7. Zmluvy);

b. úhradu za tie zdravotné výkony, ktoré Poskytovateľ vykonal pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia, ak sú tieto zdravotné výkony uvedené v Cenníku kapitácie;

c. úhradu za zdravotné výkony, ktoré Poskytovateľ vykonal v súlade s bodom 3.8. Zmluvy pomocou zdravotníckej techniky, ktorá netvorí povinné materiálno-technické vybavenie Poskytovateľa podľa všeobecne záväzných právnych predpisov alebo materiálno-technické vybavenie podľa kritérií na uzatvorenie zmluvy (článok II. Zmluvy);

d. úhradu za zdravotnú starostlivosť podľa článku XII. Zmluvy;

e. iné náklady a zdravotné výkony, pokiaľ to vyplýva zo všeobecne záväzných právnych predpisov alebo z Cenníka kapitácie.

VII. DODATKOVÁ KAPITÁCIA

7.1. Poisťovňa sa za podmienok dohodnutých v tomto článku zaväzuje spolu s Kapitáciou uhradiť Poskytovateľovi za každého Kapitovaného poistenca dodatkovú paušálnu mesačnú úhradu (ďalej len „Dodatková kapitácia").

7.2. Poisťovňa z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v tabuľke označenej ako „Parametre pre výpočet dodatkovej kapitácie", ktorá je súčasťou Cenníka kapitácie, a to v závislosti od toho, akú zdravotnú starostlivosť poskytol.

7.3. Poisťovňa použije pre zistenie a výpočet hodnoty každého parametra uvedeného v tabuľkách podľa bodu 7.2. Zmluvy údaje za dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky, z ktorých posledný kalendárny štvrťrok bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva výpočet.

7.4. Poisťovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov uvedený v tabuľkách podľa bodu 7.2. Zmluvy týmto spôsobom:

a. Poisťovňa zistí každý z parametrov za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí poskytujú ambulantnú zdravotnú starostlivosť v tom špecializačnom odbore, ktorého sa týkajú parametre uvedené v príslušnej tabuľke podľa bodu 7.2. Zmluvy;

b. Poisťovňa zoradí hodnoty jednotlivých parametrov zistené za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti vzostupne;

c. Poisťovňa neprihliada na hodnoty parametrov tých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí v poradí podľa písm. b. dosiahli 20 % najnižších hodnôt a 20 % najvyšších hodnôt;

d. Poisťovňa z hodnôt jednotlivých parametrov zistených u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti s výnimkou tých, na ktorých hodnoty parametrov neprihliada podľa písm. c., vypočíta strednú hodnotu (priemer) a hodnotu štandardnej odchýlky.

7.5. Poisťovňa vypočíta hodnotiaci kapitačný koeficient Poskytovateľa (ďalej aj „HKK") podľa vzorca:

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

kde $\mathbf{h_{1\ až\ 5\ [6]}}$ je hodnota príslušného parametra zistená z príslušnej tabuľky podľa bodu 7.2. Zmluvy, pričom sa použije hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „pod pásmom", ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je nižšia ako jeho stredná hodnota znížená o hodnotu štandardnej odchýlky (bod 7.4. písm. d. Zmluvy), alebo hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „v pásme", ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je vyššia alebo rovná jeho strednej hodnote zníženej o hodnotu štandardnej odchýlky, avšak zároveň nižšia alebo rovná jeho strednej hodnote zvýšenej o hodnotu štandardnej odchýlky, alebo hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „nad pásmom", ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je vyššia ako jeho stredná hodnota zvýšená o hodnotu štandardnej odchýlky, a

$\mathbf{v_{1\ až\ 5\ [6]}}$ je váha príslušného parametra zistená z príslušnej tabuľky podľa bodu 7.2. Zmluvy.

7.6. Výška Dodatkovej kapitácie sa vypočíta ako násobok základu pre výpočet Dodatkovej kapitácie uvedeného v Cenníku kapitácie a HKK. Dodatková kapitácia sa zaokrúhli matematicky na šesť desatinných miest. Takto zistená Dodatková kapitácia patrí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti počas celého kalendárneho štvrťroka nasledujúceho po výpočte podľa bodu 7.3. a nasl. Zmluvy, a to počnúc druhým kalendárnym štvrťrokom trvania tejto Zmluvy. Poisťovňa je povinná vypočítať a oznámiť Poskytovateľovi výšku Dodatkovej kapitácie vždy najneskôr pred začiatkom toho kalendárneho štvrťroka, za ktorý bude Poskytovateľovi Dodatková kapitácia patriť.

7.7. Do skončenia toho kalendárneho štvrťroka, v ktorom Zmluva nadobudla účinnosť, sa použije ako HKK číslo uvedené v príslušnej tabuľke podľa bodu 7.2. Zmluvy, alebo číslo písomne oznámené Poskytovateľovi najneskôr ku dňu nadobudnutia účinnosti Zmluvy. HKK podľa predchádzajúcej vety sa použije aj v kalendárnom štvrťroku bezprostredne nasledujúcom po kalendárnom štvrťroku, v ktorom Zmluva nadobudla účinnosť, ak Poskytovateľ nemal pred účinnosťou Zmluvy uzatvorenú s Poisťovňou zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s obdobným vecným rozsahom zdravotnej starostlivosti, aký sa dohodol v Zmluve.

VIII. ÚHRADA VYJADRENÁ V BODOCH

8.1. Úhrada za ambulantnú starostlivosť, ktorá nie je zahrnutá v Kapitácii, sa vypočíta ako násobok príslušnej jednotkovej ceny bodu uvedenej v Prílohe č.9 Zmluvy (ďalej len „Cenník výkonov") a bodového vyjadrenia hodnoty zdravotného výkonu uvedeného v rozhodnutí Ministerstva zdravotníctva SR o regulácii ceny v oblasti cien výrobkov, služieb a výkonov v zdravotníctve účinného vždy v čase, keď bol vykonaný zdravotný výkon (ďalej len „Zoznam výkonov s bodovým ohodnotením").

8.2. Pokiaľ hodnota zdravotnej starostlivosti, na ktorú nie je podľa bodu 8.3. Zmluvy stanovený finančný objem a ktorú Poskytovateľ poskytol Poistencom počas šiestich zúčtovacích období v jednotlivých špecializačných odboroch, vyjadrená bodovou hodnotou vykonaných zdravotných výkonov dosiahne hodnotu uvedenú v Cenníku výkonov (ďalej len „Základný rozsah"), Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi za tie zdravotné výkony, ktoré vykonal počas zúčtovacieho obdobia po dosiahnutí Základného rozsahu v príslušnom špecializačnom odbore, úhradu vypočítanú spôsobom podľa bodu VIII. Zmluvy, avšak príslušná jednotková cena bodu sa vynásobí hodnotiacim koeficientom vypočítaným podľa článku IX. Zmluvy; pokiaľ by súčin príslušnej jednotkovej ceny bodu a hodnotiaceho koeficientu bol nižší ako minimálna jednotková cena uvedená v Cenníku výkonov, na výpočet sa použije jednotková cena bodu vo výške tejto minimálnej jednotkovej ceny. Pri zdravotných výkonoch, ktoré Poskytovateľ vykonal pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti osobe uvedenej v bode 1.1. Zmluvy, ktorá nie je poistencom Poisťovne, sa hodnotiaci koeficient rovná číslu „1"; v Cenníku výkonov môže byť uvedené, pri ktorých ďalších zdravotných výkonoch sa hodnotiaci koeficient rovná číslu „1".

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

a. všeobecnú ambulantnú starostlivosť a špecializovanú ambulantnú starostlivosť v špecializačnom odbore „gynekológia a pôrodníctvo" pomocou zdravotníckej techniky, ktorá netvorí povinné materiálno-technické vybavenie Poskytovateľa podľa všeobecne záväzných právnych predpisov ani materiálno-technické vybavenie podľa kritérií na uzatvorenie zmluvy (článok II. Zmluvy), s výnimkou zdravotnej starostlivosti poskytnutej pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia;

b. špecializovanú ambulantnú starostlivosť v špecializačných odboroch „stomatológia", „čeľustná ortopédia" a „maxilofaciálna chirurgia" spočívajúcu vo vykonaní akýchkoľvek zdravotných výkonov a vo vynaložení nákladov na zhotovenie alebo obstaranie Stomatologickej zdravotníckej pomôcky, s výnimkou zdravotnej starostlivosti poskytnutej pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia;

c. špecializovanú ambulantnú starostlivosť spočívajúcu vo vykonávaní výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek v tých špecializačných odboroch, pre ktoré nebol podľa bodu 8.2. Zmluvy stanovený základný rozsah, a vo vynaložení nákladov na lieky označené v Zozname liekov v stĺpci „spôsob úhrady" písmenom „A" alebo „AS" (bod 5.7. Zmluvy) a na materiál uvedený v bode 5.9. Zmluvy, ak boli tieto náklady vynaložené v súvislosti s výkonmi podľa tohto bodu,

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

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

8.5. Pokiaľ Poskytovateľ poskytol Poistencom počas kalendárneho mesiaca zdravotnú starostlivosť v rozsahu vyššom ako Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac, rozdiel medzi výškou úhrady za zdravotnú starostlivosť a Finančným objemom na aktuálny kalendárny mesiac (ďalej len „Prečerpanie

objemu") Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi v nasledujúcich kalendárnych mesiacoch, v ktorých Poskytovateľ Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 8.4. Zmluvy) nedočerpá.

8.6. Poskytovateľ berie na vedomie, že Poisťovňa pri úhrade Prečerpania objemu postupuje tak, aby celková výška úhrady za zdravotnú starostlivosť podľa bodu 8.3. Zmluvy v kalendárnom mesiaci nepresiahla Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 8.4. Zmluvy). Poskytovateľ ďalej berie na vedomie, že zvýšenie Finančného objemu o nedočerpaný Finančný objem podľa bodu 8.4. Zmluvy a úhrada Prečerpania objemu podľa bodu 8.5. Zmluvy sú možné len v rámci jedného kalendárneho roka, a to toho kalendárneho roka, v ktorom Poskytovateľ Finančný objem nedočerpal alebo prečerpal, alebo do zániku Zmluvy aj počas kalendárneho roka.

IX. HODNOTIACI KOEFICIENT

9.1. Poisťovňa z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v tabuľkách, ktoré tvoria prílohu Zmluvy, a to v závislosti od toho, v akom špecializačnom odbore podľa tabuľky uvedenej v bode 8.2. Zmluvy poskytoval Poskytovateľ zdravotnú starostlivosť.

9.2. Poisťovňa použije pre zistenie a výpočet hodnoty každého parametra uvedeného v tabuľkách podľa bodu 9.1. Zmluvy údaje vždy pre príslušný špecializačný odbor podľa tabuľky uvedenej v bode 8.2. Zmluvy, a to za dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky, z ktorých posledný kalendárny štvrťrok bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva výpočet.

9.3. Poisťovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov uvedený v tabuľkách podľa bodu 9.1. Zmluvy týmto spôsobom:

a. Poisťovňa zistí každý z parametrov za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí poskytujú ambulantnú zdravotnú starostlivosť v príslušnom špecializačnom odbore podľa tabuľky uvedenej v bode 8.2. Zmluvy;

b. Poisťovňa zoradí hodnoty jednotlivých parametrov zistené za poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v príslušných špecializačných odboroch podľa tabuľky uvedenej v bode 8.2. Zmluvy vzostupne;

c. Poisťovňa neprihliada na hodnoty parametrov tých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí v poradí podľa písm. b. dosiahli 20 % najnižších hodnôt a 20 % najvyšších hodnôt;

d. Poisťovňa z hodnôt parametrov zistených u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti s výnimkou tých, na ktorých hodnoty parametrov neprihliada podľa písm. c., vypočíta strednú hodnotu (priemer) a hodnotu štandardnej odchýlky.

9.4. Poisťovňa vypočíta hodnotiaci koeficient pre každý špecializačný odbor Poskytovateľa (ďalej aj „HK") podľa tabuľky uvedenej v bode 8.2. Zmluvy podľa vzorca:

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

kde $\mathbf{h_{1\ až\ 5}}$ je hodnota príslušného parametra zistená z príslušnej tabuľky podľa bodu 9.1. Zmluvy, pričom sa použije hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „pod pásmom", ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je nižšia ako jeho stredná hodnota znížená o hodnotu štandardnej odchýlky (bod 9.3. písm. d. Zmluvy), alebo hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „v pásme", ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je vyššia alebo rovná jeho strednej hodnote zníženej o hodnotu štandardnej odchýlky, avšak zároveň nižšia alebo rovná jeho strednej hodnote zvýšenej o hodnotu štandardnej odchýlky, alebo hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „nad pásmom", ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je vyššia ako jeho stredná hodnota zvýšená o hodnotu štandardnej odchýlky, a

$\mathbf{v_{1\ až\ 5}}$ je váha príslušného parametra zistená z príslušnej tabuľky podľa bodu 9.1. Zmluvy.

9.5. HK pre jednotlivé špecializačné odbory podľa tabuľky uvedenej v bode 8.2. Zmluvy sa použijú vždy počas celého kalendárneho polroka nasledujúceho po výpočte podľa bodu 9.2. a nasl. Zmluvy, a to počnúc druhým kalendárnym polrokom trvania tejto Zmluvy. Poisťovňa je povinná vypočítať a oznámiť Poskytovateľovi výšku HK vždy najneskôr pred začiatkom toho kalendárneho polroka, počas ktorého sa bude HK aplikovať.

9.6. Do skončenia toho kalendárneho polroka, v ktorom Zmluva nadobudla účinnosť, sa použijú ako HK pre jednotlivé špecializačné odbory podľa bodu 8.2. Zmluvy údaje uvedené v Cenníku výkonov, alebo údaje písomne oznámené Poskytovateľovi najneskôr ku dňu nadobudnutia účinnosti Zmluvy. Ak zmluva nadobudla účinnosť v druhej polovici kalendárneho polroka, HK podľa predchádzajúcej vety sa použijú aj v kalendárnom polroku bezprostredne nasledujúcom po kalendárnom polroku, v ktorom Zmluva nadobudla účinnosť, ak Poskytovateľ nemal pred účinnosťou Zmluvy uzatvorenú s Poisťovňou zmluvu

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

X. ÚHRADA ZA ÚSTAVNÚ STAROSTLIVOSŤ NA DRG NERELEVANTNÝCH ODDELENIACH

10.1. Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi za Hospitalizáciu Poistenca na oddelení Poskytovateľa, ktoré je podľa metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „Úrad") platného v čase prijatia Poistenca na Hospitalizáciu oddelením s DRG nerelevantnou odbornosťou (ďalej len „DRG nerelevantné oddelenie") trvajúcu dlhšie ako 24 hodín paušálnu úhradu za ukončenú Hospitalizáciu (ďalej len „Hospitalizačný paušál") alebo paušálnu dennú úhradu (ďalej len „Lôžkodeň") podľa cenníka hospitalizácií uvedeného v Prílohe č.10 Zmluvy (ďalej len „Cenník hospitalizáci"), a to v závislosti od toho, na akom oddelení Poskytovateľa sa poskytovala tejto osobe ústavná starostlivosť.

10.2. Základom pre určenie výšky Hospitalizačného paušálu je suma v eurách uvedená v Cenníku hospitalizácie (ďalej len „Základný hospitalizačný paušál"). V Cenníku hospitalizácie môže byť stanovená rozdielna suma Hospitalizačného paušálu v závislosti od trvania Hospitalizácie. Pokiaľ v Cenníku hospitalizácie nie sú stanovené rozdielne sumy Hospitalizačného paušálu, Poskytovateľovi patrí Hospitalizačný paušál vo výške Základného hospitalizačného paušálu.

10.3. V prípade Hospitalizácie Poistenca na jednotke intenzívnej starostlivosti psychiatrickej, pokiaľ tejto zdravotnej starostlivosti predchádza Hospitalizácia na inom DRG nerelevantnom oddelení Poskytovateľa alebo po Hospitalizácii na jednotke intenzívnej starostlivosti psychiatrickej pokračuje Hospitalizácia na inom DRG nerelevantnom oddelení Poskytovateľa, patrí Poskytovateľovi úhrada za Hospitalizáciu na tomto inom DRG nerelevantnom oddelení Poskytovateľa uvedená v Cenníku hospitalizácií. Pokiaľ Hospitalizácii na jednotke intenzívnej starostlivosti psychiatrickej predchádzala Hospitalizácia na inom DRG nerelevantnom oddelení Poskytovateľa a po Hospitalizácii na jednotke intenzívnej starostlivosti psychiatrickej nepokračovala Hospitalizácia na inom DRG nerelevantnom oddelení Poskytovateľa, patrí Poskytovateľovi úhrada vo výške uvedenej v Cenníku hospitalizácií pre príslušnú jednotku intenzívnej starostlivosti psychiatrickú.

10.4. Hospitalizačný paušál zahŕňa úhradu za akúkoľvek zdravotnú starostlivosť, ktorú Poskytovateľ poskytol tejto osobe počas Hospitalizácie na DRG nerelevantnom oddelení, a všetky náklady, ktoré Poskytovateľ vynaložil pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti tejto osobe počas Hospitalizácie. Hospitalizačný paušál nezahŕňa náklady uvedené v bode 10.7. Zmluvy.

10.5. Opakovaná Hospitalizácia Poistenca na rovnakom DRG nerelevantnom oddelení u Poskytovateľa počas jedného súvislého poskytovania ústavnej starostlivosti tejto osobe sa považuje za jednu Hospitalizáciu na príslušnom DRG nerelevantnom oddelení a Poskytovateľovi patrí len jeden Hospitalizačný paušál za Hospitalizáciu na príslušnom DRG nerelevantnom oddelení.

10.6. Za Hospitalizáciu na DRG nerelevantnom oddelení, ktorá nebola poskytovaním neodkladnej zdravotnej starostlivosti a Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť bez súhlasu alebo v rozpore so súhlasom Poisťovne podľa bodu 4.7. Zmluvy, patrí Poskytovateľovi úhrada vo výške 10 % zo Základného hospitalizačného paušálu uvedeného v Cenníku hospitalizácie.

10.7. Hospitalizačný paušál nezahŕňa náklady na:

a. výkony poskytnuté pracoviskom spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek;
b. materiál uvedený v Zozname kategorizovaných materiálov zverejnenom na webovom sídle Poisťovne a materiál uvedený v Prílohe č. 6 tejto Zmluvy;
c. zdravotné výkony, lieky a zdravotnícke pomôcky, pokiaľ to vyplýva z rozhodnutia Ministerstva zdravotníctva SR o regulácii cien výrobkov, služieb a výkonov v oblasti zdravotníctva;
d. materské mlieko a transfúzne lieky poskytnuté v súvislosti s Hospitalizáciou na DRG nerelevantnom oddelení;
e. tkanivá a bunky na účely transplantácie použité v súvislosti s Hospitalizáciou na DRG nerelevantnom oddelení.

10.8. Lôžkodeň zahŕňa úhradu za akúkoľvek zdravotnú starostlivosť, ktorú Poskytovateľ poskytol tejto osobe počas jedného dňa Hospitalizácie na DRG nerelevantnom oddelení, a všetky náklady, ktoré Poskytovateľ vynaložil pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti tejto osobe počas jedného dňa Hospitalizácie na DRG nerelevantnom oddelení.

10.9. Deň začatia Hospitalizácie a deň ukončenia Hospitalizácie na DRG nerelevantnom oddelení sa na účel výpočtu úhrady za Hospitalizáciu považujú za jeden deň Hospitalizácie na DRG nerelevantnom oddelení.

10.10. Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že Poisťovňa Poskytovateľovi uhradí ústavnú zdravotnú starostlivosť poskytnutú poistencom Poisťovne na DRG nerelevantných oddeleniach maximálne do finančných objemov uvedených v Cenníku hospitalizácie (ďalej len „Finančný objem"), pokiaľ z pravidiel uvedených v bodoch 10.11. až 10.13. Zmluvy nevyplýva vyššia hodnota Finančného objemu. Finančný objem je dohodnutý na kalendárny mesiac. Ustanovenie tohto bodu sa nepoužije, ak z Cenníka hospitalizácie vyplýva, že finančný objem sa nedohodol.

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

10.12. Pokiaľ Poskytovateľ poskytol Poistencom počas kalendárneho mesiaca ústavnú zdravotnú starostlivosť na DRG nerelevantných oddeleniach v rozsahu vyššom ako Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac, rozdiel medzi výškou úhrady za zdravotnú starostlivosť a Finančným objemom na aktuálny kalendárny mesiac (ďalej len „Prečerpanie objemu") Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi v nasledujúcich kalendárnych mesiacoch, v ktorých Poskytovateľ Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 10. 11. Zmluvy) nedočerpá.

10.13. Poskytovateľ berie na vedomie, že Poisťovňa pri úhrade Prečerpania objemu postupuje tak, aby celková výška úhrady za zdravotnú starostlivosť podľa bodu 10.10. Zmluvy v kalendárnom mesiaci nepresiahla Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 10.11. Zmluvy). Poskytovateľ ďalej berie na vedomie, že zvýšenie Finančného objemu o nedočerpaný Finančný objem podľa bodu 10.11. Zmluvy a úhrada Prečerpania objemu podľa bodu 10.12. Zmluvy sú možné len v rámci jedného kalendárneho roka, a to toho kalendárneho roka, v ktorom Poskytovateľ Finančný objem nedočerpal alebo prečerpal, alebo do zániku Zmluvy v priebehu kalendárneho roka.

10.14. Za poskytnutie zdravotnej starostlivosti Poistencovi na DRG nerelevantnom oddelení, ktorá má povahu ústavnej starostlivosti, avšak zdravotná starostlivosť bola poskytovaná kratšie ako 24 hodín, patrí Poskytovateľovi úhrada za zdravotné výkony, ktoré Poskytovateľ vykonal pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti tejto osobe, stanovená podľa článku VIII. Zmluvy.

10.15. Hospitalizácia Pacienta na DRG nerelevantnom oddelení, ktorému predchádzala Hospitalizácia na DRG relevantnom oddelení a/alebo ktorá pokračovala Hospitalizáciou na DRG relevantnom oddelení podľa bodu 11.2. písmeno b. Zmluvy v jednom zdravotníckom zariadení sa považuje za súčasť jedného Hospitalizačného prípadu podľa bodu 11.2. písmeno a. Zmluvy (má rovnaké ID Hospitalizačného prípadu), avšak čas jej trvania sa nezapočítava do času trvania Hospitalizačného prípadu a zároveň náklady Poskytovateľa na Hospitalizáciu Pacienta na DRG nerelevantnom oddelení sa nezapočítavajú do úhrady za Hospitalizačný prípad. Súčasťou úhrady za Hospitalizačný prípad je však úhrada za všetku zdravotnú a lekárenskú starostlivosť, ako aj za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti podľa 11.7. až 11.10. Zmluvy, poskytnutú Poistencovi počas Hospitalizácie na DRG nerelevantnom oddelení, ak súvisí s Hospitalizačným prípadom. Ustanovenia bodu 4.15., 11.11. a 11.12. Zmluvy sa na zdravotnú starostlivosť a služby indikované počas Hospitalizácie na DRG nerelevantnom oddelení podľa tohto bodu použijú primerane.

XI. ÚHRADA ZA ÚSTAVNÚ STAROSTLIVOSŤ NA DRG RELEVANTNÝCH ODDELENIACH

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

11.2. Na účely Zmluvy:

a. Hospitalizačný prípad je zdravotná starostlivosť poskytnutá Poistencovi počas Hospitalizácie u Poskytovateľa na DRG relevantných oddeleniach od dátumu jeho prijatia do zdravotníckeho zariadenia až do dátumu prepustenia zo zdravotníckeho zariadenia. Ak Poskytovateľ prevádzkuje viacero zdravotníckych zariadení ústavnej starostlivosti, považuje sa Hospitalizačný prípad za ukončený prepustením Pacienta zo zdravotníckeho zariadenia;

b. DRG relevantné oddelenie je oddelenie Poskytovateľa, ktoré je podľa metodického usmernenia Úradu platného v čase prijatia Pacienta na Hospitalizáciu oddelením s DRG relevantnou odbornosťou;

c. Pravidlá kódovania sú pravidlá kódovania chorôb a pravidlá kódovania zdravotných výkonov poskytovateľmi ústavnej zdravotnej starostlivosti, určenými vo výnose Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky zo 17. decembra 2015 č. 09467/2015, ktorým sa ustanovujú pravidlá kódovania chorôb a pravidlá kódovania zdravotných výkonov, ktoré sa Poskytovateľ zaväzuje dodržiavať;

d. Definičná príručka je dokument, ktorý zverejňuje Úrad na svojej webovej stránke, a ktorý obsahuje detailný popis klasifikačného systému diagnosticko-terapeutických skupín (ďalej len „klasifikačný systém") s uvedením grafického znázornenia všetkých zaraďovacích algoritmov, ako aj k nim prislúchajúcim logických výrazov a tabuliek;

e. Katalóg prípadových paušálov je dokument, ktorý zverejňuje Úrad na svojej webovej stránke, a ktorý obsahuje zoznam jednotlivých diagnosticko-terapeutických skupín (ďalej len „DRG skupiny"), relatívne váhy a ďalšie údaje relevantné pre zúčtovanie podľa klasifikačného systému, napr. ošetrovacia doba a jej hraničné hodnoty pre jednotlivé DRG skupiny, zníženie a zvýšenie relatívnej váhy a prípadne ďalšie pripočítateľné položky;

f. Základná sadzba je suma v absolútnej hodnote, ktorá je uhrádzaná podľa klasifikačného systému za jednotlivý hospitalizačný prípad s relatívnou váhou **1,0** určená pre kalendárny rok 2017 vo výške 905 €, ak sa zmluvné strany v Zmluve nedohodnú inak.

g. Relatívna váha je hodnota, určená pri príslušnej DRG skupine v Katalógu prípadových paušálov a predstavuje empiricky určenú hodnotu, ktorá popisuje relatívnym vyjadrením priemerné náklady na prípad príslušnej DRG skupiny. Relatívne váhy sa stanovujú na základe údajov o nákladoch k jednotlivým Hospitalizačným prípadom poskytovateľov ústavnej starostlivosti. Relatívne váhy pre DRG skupiny, ktorých relatívny váha nie je určená v Katalógu prípadových paušálov sú uvedené v Prílohe č.11 tejto Zmluvy. Ak pre niektorú DRG skupinu nie je určená relatívna váha ani v Katalógu prípadových paušálov, ani v prílohe Zmluvy, zmluvné strany sa dohodnú na jej hodnote v priebehu trvania Zmluvy, ak vznikne takáto potreba;

h. Efektívna relatívna váha je hodnota, určená pri príslušnej DRG skupine v Katalógu prípadových paušálov, ktorá sa vypočíta z relatívnej váhy pri zohľadnení jej zvýšenia alebo zníženia pre Hospitalizácie mimo definovaný interval ošetrovacej doby;

i. Grouper je softwérový nástroj (počítačový program), ktorý zabezpečuje zaradenie Hospitalizačného prípadu do konkrétnej DRG skupiny spôsobom popísaným v Definičnej príručke. Zmluvné strany sa dohodli, že na určenie efektívnej relatívnej váhy a zaraďovanie Hospitalizačných prípadov poskytnutých na základe tejto Zmluvy do príslušných DRG skupín sa použije Grouper zdravotnej poisťovne.

11.3. Poisťovňa a poskytovateľ sa dohodli, že Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi úhradu za Hospitalizačný prípad vypočítanú podľa pravidiel určených nasledovne:

a. v Pravidlách kódovania platných k 01.01.2017;

b. v Definičnej príručke vo verzii 3.0, zverejnenej na webovom sídle Úradu: http://www.udzs-sk.sk/dokumenty_klasifikacny_system, v znení platnom k 01.01.2017;

c. v Katalógu prípadových paušálov vo verzii 2.0, zverejnenom na webovom sídle Úradu http://www.udzs-sk.sk/dokumenty_klasifikacny_system, v znení platnom k 01.01.2017.

(ďalej len „DRG relevantné dokumenty").

DRG relevantné dokumenty sa použijú pre určenie výšky úhrady za Hospitalizačné prípady podľa tohto článku Zmluvy v nezmenenom znení počas celej doby účinnosti Zmluvy.

Pre vylúčenie pochybností o obsahu DRG relevantných dokumentov, ktoré sa použijú pre určenie výšky úhrady za Hospitalizačné prípady, Poisťovňa zverejní dokumenty podľa písmena b. a c. na svojom webovej sídle.

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

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

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

kde

a. **$UHR_{x-n;ref}$** je celková výška úhrady za Hospitalizácie na DRG relevantných oddeleniach Poskytovateľa ukončené v referenčnom období, prepočítaná spôsobom výpočtu úhrady podľa klasifikačného systému, v referenčnom období roku 2015 upravená o medziročný nárast úhrady za Hospitalizácie medzi referenčným obdobím a kalendárnym rokom nasledujúcim po referenčnom období. Konkrétna výška $UHR_{x-n;ref}$ v referenčnom období je určená v Prílohe č.12 písmeno c) Zmluvy;

$EMZS_{x-n;ref}$ je celková výška úhrady za zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktorú Poisťovňa uhradila iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v referenčnom období, ktorá by však pri použití výpočtu úhrady za Hospitalizačný prípad bola podľa bodu 11.7. až 11.10. zahrnutá v úhrade za Hospitalizačné prípady ukončené v referenčnom období, v referenčnom období 2015 upravená o medziročný nárast týchto úhrad medzi referenčným obdobím a kalendárnym rokom nasledujúcim po referenčnom období. Konkrétna výška $EMZS_{x-n;ref}$ v referenčnom období je určená v Prílohe č.12, písmeno c) Zmluvy;

$EMZS_{x-n;hod}$ je celková výška úhrady za zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktorú Poisťovňa uhradila iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a/alebo služieb v hodnotenom období, ktoré sú však podľa bodu 11.7. až 11.10. 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 Poisťovňa 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 roku 2015 a v roku 2016, kde v referenčnom období 2015 sa ako x použije označenie kalendárneho mesiaca, v ktorom nadobudla účinnosť Zmluva a ako n označenie posledného mesiaca príslušného kalendárneho štvrťroka roku 2015 a v referenčnom období 2016 sa x=1 a n=3.

Hodnoteným obdobím je obdobie príslušných kalendárnych mesiacov x-n v roku 2017 a v roku 2018, kde x a n sa použijú rovnako ako v referenčnom období, pričom hodnotenému obdobiu 2017 zodpovedá referenčné obdobie 2015 a hodnotenému obdobiu 2018 zodpovedá referenčné obdobie 2016 .

b. **Koef** je koeficient zohľadňujúci zmenu casemixu a počtu Hospitalizačných prípadov medzi referenčným a hodnoteným obdobím. Koeficient má minimálnu hodnotu 0,98 a maximálnu hodnotu 1,02 a vypočíta sa spôsobom podľa Prílohy č.12 Zmluvy.

c. Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli na určení konkrétnej hodnoty parametra $UHR_{x-n;ref}$, $EMZS_{x-n;ref}$, $CM_{x-n;ref}$ a $PHP_{x-n;ref}$, kde v referenčnom období v roku 2015 je n 3, 6, 9 alebo 12 a v referenčnom období 2016 sa x=1 a n=3, pričom konkrétna hodnota parametrov je určená v tabuľke v Prílohe č.12, písmeno c) Zmluvy. Zmluvné strany sa pre vylúčenie pochybností dohodli, že číselné vyjadrenie parametra uvedené v tabuľke podľa Prílohy č.12, písmeno c) Zmluvy má vždy prednosť pred jeho slovným vyjadrením podľa písm. a. a b. tohto bodu Zmluvy.

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

a. Poskytovateľ je oprávnený fakturovať Poisťovni úhradu za Hospitalizačné prípady podľa bodu 11.4. vo výške 81.600 € (slovom: osemdesiatjedentisícšesťsto eur) mesačne, pričom táto úhrada podlieha dodatočnému prepočtu podľa písmena b.;

b. Poisťovňa vždy po skončení kalendárneho štvrťroka vypočíta úhradu za Hospitalizačné prípady podľa bodu 11.4. Zmluvy, ukončené v príslušnom hodnotenom období 3-3;2017, 3-6;2017, 3-9;2017, 3-12;2017 a 1-3;2018 a zašle Poskytovateľovi oznámenie o výške úhrady za Hospitalizačné prípady podľa bodu 11.4. Zmluvy, vždy najneskôr do 2 mesiacov od ukončenia príslušného kalendárneho štvrťroka;

c. Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi sumu, o ktorú je úhrada podľa písmena b. vyššia ako úhrada podľa písmena a. uhradená Poskytovateľovi v príslušnom hodnotenom období, a to vždy najneskôr do konca kalendárneho mesiaca, ktorý nasleduje po mesiaci, v ktorom Poisťovňa zaslala Poskytovateľovi oznámenie podľa písmena b.;

d. V prípade, ak je úhrada podľa písmena a. uhradená Poskytovateľovi v príslušnom hodnotenom období vyššia ako úhrada vypočítaná podľa písmena b., Poisťovňa v kalendárnom mesiaci, ktorý

dva mesiace nasleduje po skončení príslušného kalendárneho štvrťroka, zníži úhradu podľa písmena a. o sumu rozdielu medzi úhradou podľa písmena a. a podľa písmena b., o čom informuje Poskytovateľa v oznámení podľa písmena b.;

e. Poisťovňa odpočíta od úhrady podľa písmena b. aj pohľadávky Poisťovne podľa bodu 11.11. Zmluvy;

f. Ak Poskytovateľ alebo iný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti alebo služieb vykáže zdravotnú starostlivosť (vrátane lekárenskej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti), ktorej úhrada mala byť zahrnutá v úhrade za Hospitalizačné prípady podľa bodu 11.4., ktoré Poisťovňa už uhradila Poskytovateľovi podľa písmena b. tohto bodu Zmluvy za hodnotené obdobie x-12;2017, Poisťovňa vykoná prepočet výšky úhrady za príslušné Hospitalizačné prípady spôsobom podľa písmena b tohto bodu Zmluvy za hodnotené obdobie x-12;2017 so zohľadnením takto vykázanej zdravotnej starostlivosti a zašle o tom oznámenie Poskytovateľovi. Pre hodnotené obdobie 1-3;2018 sa ustanovenie písm. f. použije primerane.

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

11.7. Ak ďalej nie je dojednané inak, úhrada podľa bodu 11.4. zahŕňa úhradu za všetku zdravotnú a lekárenskú starostlivosť alebo služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti:

a. poskytnutú Poistencovi Poskytovateľom alebo akýmkoľvek iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti alebo služieb počas trvania Hospitalizačného prípadu;

b. poskytnutú Poistencovi Poskytovateľom alebo iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti alebo služieb v deň prijatia do zdravotníckeho zariadenia, ako aj v deň prepustenia zo zdravotníckeho zariadenia ak súvisí s Hospitalizačným prípadom, okrem lieku, predpísaného v deň prepustenia zo zdravotníckeho zariadenia v ambulancii Poskytovateľa , ak z medicínskeho hľadiska tento liek nemal byť podaný Poistencovi ešte počas trvania Hospitalizačného prípadu;

c. poskytnutú Poistencovi kedykoľvek po prepustení zo zdravotníckeho zariadenia Poskytovateľom alebo iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti alebo služieb, ak bola indikovaná počas trvania Hospitalizačného prípadu;

d. poskytnutú Poistencovi akýmkoľvek iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti alebo služieb počas Hospitalizácie v Hospici a/alebo v Domove ošetrovateľskej starostlivosti, ktorej predchádzala Hospitalizácia na DRG relevantnom oddelení a/alebo ktorá pokračovala Hospitalizáciou na DRG relevantnom oddelení v jednom zdravotníckom zariadení, ak súvisí s Hospitalizačným prípadom;

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

11.8. Úhrada za Hospitalizačný prípad nezahŕňa úhradu za výkony dialyzačnej liečby pri chronickom zlyhaní obličiek poskytnutú Poskytovateľom alebo iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a úhradu za zdravotnú starostlivosť poskytnutú ambulanciou záchrannej zdravotnej služby.

11.9. Zmluvné strany sa dohodli, že úhrada za Hospitalizačný prípad zahŕňa aj náklady uvedené v bode 10.7. Zmluvy, ako aj iné pripočítateľné položky určené Úradom, keďže ich zohľadňuje výška dohodnutej úhrady za Hospitalizačný prípad. Poskytovateľ je však povinný vykazovať tieto náklady ako pripočítateľnú položku v dátovom rozhraní určenom pre ústavnú starostlivosť.

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

11.11. Zdravotná poisťovňa je oprávnená žiadať od Poskytovateľa refundáciu nákladov na úhradu zdravotnej a lekárenskej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktoré Poisťovňa uhradila nad rámec Hospitalizačného prípadu Poskytovateľovi alebo inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti alebo služieb napriek tomu, že podľa ustanovení tohto článku Zmluvy mali byť zahrnuté v úhrade za Hospitalizačný prípad. Zmluvné strany sa dohodli na započítaní pohľadávky Poisťovne podľa predchádzajúcej vety s pohľadávkou Poskytovateľa na úhradu zdravotnej starostlivosti.

11.12. Na účely určenia výšky refundácie podľa bodu 11.11. sa zmluvné strany dohodli, že Poskytovateľ uhradí Poisťovni náklady na zdravotnú a lekárenskú starostlivosť a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktoré Poisťovňa uhradila nad rámec Hospitalizačného prípadu inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti alebo služieb v nasledovnej výške:

a. lieky vo výške úhrady Poisťovne inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti alebo služieb, maximálne však vo výške maximálnej úhrady Poisťovne podľa Zoznamu kategorizovaných liekov platnom v čase poskytnutia lieku Poistencovi;

b. zdravotnícke pomôcky vo výške úhrady Poisťovne inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti alebo služieb, maximálne však vo výške maximálnej úhrady Poisťovne podľa Zoznamu kategorizovaných zdravotníckych pomôcok platnom v čase poskytnutia zdravotníckej pomôcky Poistencovi;

c. dietetické potraviny vo výške úhrady Poisťovne inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti alebo služieb, maximálne však vo výške maximálnej úhrady Poisťovne podľa Zoznamu kategorizovaných dietetických potravín platnom v čase poskytnutia dietetickej potraviny Poistencovi;

d. kategorizovaný špeciálny zdravotnícky materiál vo výške úhrady Poisťovne inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti alebo služieb, maximálne však vo výške určenej v Zozname kategorizovaných materiálov zverejnenom na webovom sídle Poisťovne podľa bodu 5.9. Zmluvy, aktuálnom v čase poskytnutia tohto materiálu Poistencovi;

e. nekategorizovaný špeciálny zdravotnícky materiál vo výške úhrady Poisťovne inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti alebo služieb, maximálne však vo výške dohodnutej medzi zmluvnými stranami v Prílohe č.6 Zmluvy;

f. výkony ambulantnej zdravotnej starostlivosti (vrátane výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek a agregovaných výkonov) vo výške ceny bodu alebo výkonu, zmluvne dohodnutej s iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti alebo služieb.

11.13. Ak Poskytovateľ predpokladá trvanie Hospitalizačného prípadu Pacienta dlhšie ako 2 mesiace, informuje o tejto skutočnosti Poisťovňu najneskôr do 2 mesiacov od začiatku Hospitalizačného prípadu a dohodne s ňou individuálny spôsob úhrady za Hospitalizáciu.

11.14. Za Hospitalizáciu na DRG relevantnom oddelení, ktorá nebola poskytovaním neodkladnej zdravotnej starostlivosti a Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť bez súhlasu alebo v rozpore so súhlasom Poisťovne podľa bodu 4.7. Zmluvy, patrí Poskytovateľovi úhrada vo výške 10 % z úhrady za Hospitalizačný prípad. Úhrada za Hospitalizačný prípad na účely výpočtu úhrady podľa predchádzajúcej vety sa určí súčinom základnej sadzby určenej podľa bodu 5.6. Zmluvy, platnej v čase začiatku Hospitalizačného prípadu a Efektívnej relatívnej váhy daného Hospitalizačného prípadu.

XII. ÚHRADA VÝKONOV JEDNODŇOVEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

12.1. Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi za ambulantnú zdravotnú starostlivosť, poskytnutú zariadením na poskytovanie jednodňovej zdravotnej starostlivosti, spočívajúcu vo výkonoch uvedených v prílohe Zmluvy (ďalej len „výkony JZS") úhradu podľa tohto článku za podmienok ustanovených v tomto článku Zmluvy. Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli na výške úhrady za výkony JZS podľa cenníka týchto výkonov, ktorý tvorí Prílohu č.13 Zmluvy (ďalej len „Cenník výkonov JZS").

12.2. Cena jednotlivých výkonov JZS uvedená v Cenníku výkonov JZS zahŕňa úhradu za akúkoľvek zdravotnú starostlivosť, ktorú Poskytovateľ poskytol Poistencovi a všetky náklady, ktoré Poskytovateľ vynaložil v súvislosti s poskytnutím zdravotnej starostlivosti tejto osobe, okrem nákladov na materiál uvedený v Zozname kategorizovaných materiálov zverejnenom na webovom sídle Poisťovne a Zozname nekategorizovaných materiálov, ktorý tvorí Prílohu č.6 tejto Zmluvy – v časti týkajúcej sa výkonov JZS a nákladov podľa bodu 10.7. písm. a), c), d) a e) Zmluvy.

12.3. Poskytovateľ je povinný vykazovať výkony JZS v dátovom rozhraní určenom pre ambulantnú starostlivosť a pri vykazovaní výkonov JZS uvádzať kódy výkonov zdravotnej starostlivosti uvedené v Cenníku výkonov JZS.

12.4. Poskytovateľ je povinný zasielať Poisťovni údaje potrebné na vedenie zoznamu poistencov čakajúcich na zdravotnú starostlivosť spočívajúcu v poskytnutí výkonov JZS (ďalej len „Zoznam výkonov JZS"), a to najmä:

a. meno, priezvisko a rodné číslo Pacienta;

b. kód choroby podľa MKCH-10, v súvislosti s ktorou Poskytovateľ navrhuje poskytnutie výkonu JZS;

c. kód výkonu JZS uvedeného v prílohe tejto Zmluvy;

d. kód Poskytovateľa, na ktorom má byť výkon JZS Poistencovi vykonaný.

12.5. Poskytovateľ je povinný pomocou Programu hospiCOM zasielať Poisťovni najmenej jedenkrát počas pracovného dňa údaje potrebné na vedenie Zoznamu výkonov JZS v štruktúre (dátovom rozhraní) určenej Poisťovňou a zverejnenej na internetovej stránke Poisťovne; to neplatí, ak Poskytovateľ počas pracovného dňa nemá naplánovaný výkon JZS alebo výkon JZS nevykonal žiadnemu Pacientovi.

12.6. Poskytovateľ, ktorý vykonal výkon JZS Pacientovi v dôsledku potreby poskytnúť mu neodkladnú zdravotnú starostlivosť, je povinný oznámiť túto skutočnosť Poisťovni prostredníctvom Programu hospiCOM najneskôr v pracovný deň bezprostredne nasledujúci po dni poskytnutia výkonu JZS.

12.7. Poskytovateľ je povinný v zdravotnej dokumentácii Pacienta vyznačiť dátum a hodinu začatia poskytovania výkonu JZS a dátum a hodinu ukončenia poskytovania zdravotnej starostlivosti súvisiacej s vykonaním výkonu JZS poskytnutej po jeho vykonaní. Poskytovateľ je ďalej povinný oznámiť Poisťovni prostredníctvom Programu hospiCOM trvanie poskytovania zdravotnej starostlivosti súvisiacej s výkonom JZS.

12.8. Poskytovateľ nesmie poskytnúť zdravotnú starostlivosť spočívajúcu vo výkone JZS, ak mu Poisťovňa neudelila súhlas na poskytnutie plánovaného výkonu JZS Pacientovi pred jeho uskutočnením, s výnimkou poskytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti.

12.9. Za výkony JZS, ktoré neboli poskytnutím neodkladnej zdravotnej starostlivosti a Poskytovateľ ich vykonal bez súhlasu alebo v rozpore so súhlasom Poisťovne podľa bodu 12.8. Zmluvy, patrí Poskytovateľovi úhrada vo výške 10% z ceny určenej v Cenníku výkonov JZS podľa bodu 12.1. Zmluvy.

12.10. Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že Poisťovňa Poskytovateľovi uhradí zdravotnú starostlivosť poskytnutú podľa tohto článku poistencom Poisťovne maximálne do finančného objemu uvedeného v Cenníku výkonov JZS (ďalej len „Finančný objem"), pokiaľ z pravidiel uvedených v bodoch 12.11. až 12.12. Zmluvy nevyplýva vyššia hodnota Finančného objemu. Finančný objem je dohodnutý na kalendárny mesiac. Do Finančného objemu sa nezahŕňa zdravotná starostlivosť poskytnutá iným osobám, ako sú poistenci Poisťovne, a zdravotné výkony a iné náklady uvedené v Cenníku výkonov JZS. Ustanovenie tohto bodu sa nepoužije, ak z Cenníka výkonov JZS vyplýva, že finančný objem sa nedohodol.

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

12.12. Pokiaľ Poskytovateľ poskytol poistencom Poisťovne počas kalendárneho mesiaca zdravotnú starostlivosť v rozsahu vyššom ako Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac, rozdiel medzi výškou úhrady za zdravotnú starostlivosť a Finančným objemom na aktuálny kalendárny mesiac (ďalej len „Prečerpanie objemu") Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi v nasledujúcich kalendárnych mesiacoch, v ktorých Poskytovateľ Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 12.11. Zmluvy) nedočerpá.

12.13. Poskytovateľ berie na vedomie, že Poisťovňa pri úhrade Prečerpania objemu postupuje tak, aby celková výška úhrady za zdravotnú starostlivosť podľa bodu 12.10. Zmluvy v kalendárnom mesiaci nepresiahla Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 12.11. Zmluvy). Poskytovateľ ďalej berie na vedomie, že zvýšenie Finančného objemu o nedočerpaný Finančný objem podľa bodu 12.11. Zmluvy a úhrada Prečerpania objemu podľa bodu 12.12. Zmluvy sú možné len v rámci jedného kalendárneho roka, a to toho kalendárneho roka, v ktorom Poskytovateľ Finančný objem nedočerpal alebo prečerpal, alebo do zániku Zmluvy v priebehu kalendárneho roka.

12.14. Zdravotná starostlivosť spočívajúca vo výkonoch JZS podľa bodu 12.1. Zmluvy poskytnutá Poistencovi na DRG relevantnom oddelení Poskytovateľa sa považuje za Hospitalizačný prípad, ktorý Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi spôsobom podľa čl. XI. Zmluvy. Úhrada podľa predchádzajúcej vety patrí Poskytovateľovi aj v prípadoch, kedy Poskytovateľ poskytol Poistencovi zdravotnú starostlivosť spočívajúcu vo výkone JZS, avšak Poskytovateľ pokračoval v poskytovaní zdravotnej starostlivosti na DRG relevantnom oddelení.

XIII. ÚČINNOSŤ ZMLUVY

13.1. Zmluva nadobúda účinnosť nasledujúcim dňom po jej zverejnení na webovom sídle Poisťovne. V prípade, že má zákonom uloženú povinnosť zverejniť Zmluvu aj Poskytovateľ, Zmluva nadobúda účinnosť nasledujúcim dňom po zverejnení Zmluvy oboma zmluvnými stranami; pre určenie účinnosti Zmluvy je rozhodujúci okamih, kedy si povinnosť zverejniť Zmluvu splní v poradí prvá zmluvná strana.

13.2. Poisťovňa a Poskytovateľ sa zaväzujú pristúpiť k uzavretiu Zmluvy tak, aby nadobudla účinnosť **k 1.3.2017.**

13.3. Zmluvné strany sa dohodli, že po uzavretí tejto Zmluvy aj naďalej platí už udelený súhlas na poskytnutie podobných vyšetrení podľa bodu 3.9. Zmluvy.

13.4. Zmluva sa uzatvára na dobu **určitú, do 31.03.2018**. Zmluvné strany sa však zaväzujú rokovať o prehodnotení výšky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť od 01.07.2017.

13.5. Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že dňom účinnosti Zmluvy zanikajú všetky zmluvy, na základe ktorých Poskytovateľ poskytoval zdravotnú starostlivosť poistencom Poisťovne v rovnakom vecnom rozsahu zdravotnej starostlivosti, aký sa dohodol v Zmluve, ak nie je dohodnuté v tejto Zmluve inak (bod 13.3. a 13.6. Zmluvy).

13.6. Zmluvné strany sa dohodli, že Hospitalizácie na DRG relevantnom oddelení, ktoré sa začali predo dňom nadobudnutia účinnosti tejto Zmluvy budú Poisťovňou uhradené spôsobom a vo výške dohodnutej medzi zmluvnými stranami v Zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti č. 75NSP1000214 zo dňa 30.12.2013 (ďalej len „Predchádzajúca zmluva") v znení účinnom k 28.02.2017.

XIV. ELEKTRONICKÁ KOMUNIKÁCIA

14.1. Poskytovateľ prostredníctvom svojho softvéru poskytne Poisťovni kompletne spracovaný elektronický záznam obsahujúci údaje uvedené na lekárskom predpise resp. poukaze čo najskôr po predpísaní Lieku Poistencovi. Elektronický záznam podľa predchádzajúcej vety Poskytovateľ poskytuje za účelom kontroly predpisovania Liekov (§ 9 a § 9a Zákona o zdravotných poisťovniach), vedenia účtu poistenca (§ 16 ods. 2 písm. b) Zákona o zdravotných poisťovniach), vykonania analýzy predpisovania Liekov (6 ods. 1 písm. k) Zákona o zdravotných poisťovniach), sprístupnenia údajov o predpísaných a vydaných Liekoch Poskytovateľovi (§ 6 ods. 4 písm. k) Zákona o zdravotných poisťovniach) a vykonávania poradenskej činnosti pre Poistencov (§ 6 ods. 1 písm. f) Zákona o zdravotných poisťovniach).

14.2. V prípade, ak sa akýkoľvek údaj uvedený v elektronickom zázname podľa bodu 14.1. ukáže ako nepravdivý, neúplný, nepresný alebo nesprávny, Poskytovateľ sa zaväzuje bez zbytočného odkladu takýto údaj uviesť do súladu so skutočným stavom prostredníctvom svojho softvéru.

14.3. Ak Poskytovateľ disponuje softvérovým vybavením, ktoré umožňuje priamu elektronickú komunikáciu s elektronickou pobočkou a zároveň Poisťovňa určí typy dokumentov, ktoré je možné doručovať prostredníctvom tohto prepojenia, zaväzujú sa zmluvné strany pre doručenie dokumentu využiť túto formu. Typy dokumentov, ktoré je možné zasielať Poisťovni prostredníctvom priameho prepojenia softvérového vybavenia Poskytovateľa s elektronickou pobočkou určí Poisťovňa v pravidlách elektronickej komunikácie. Zmluvné strany sa dohodli, že elektronická verzia doručeného dokumentu v plnej miere nahrádza jeho listinnú formu. Pre doručenie dokumentu prostredníctvom softvérového vybavenia Poskytovateľa platí obdobne bod 12.4. VZP.

14.4. Ak Poskytovateľ disponuje softvérovým vybavením, ktoré umožňuje priamu elektronickú komunikáciu s elektronickou pobočkou a zároveň Poisťovňa určí typy zúčtovacích dokladov, ktoré je možné doručovať prostredníctvom tohto prepojenia, zaväzujú sa zmluvné strany pre doručenie zúčtovacieho dokladu využiť túto formu. Typy zúčtovacích dokladov, ktoré je možné zasielať Poisťovni prostredníctvom priameho prepojenia softvérového vybavenia Poskytovateľa s elektronickou pobočkou určí Poisťovňa v pravidlách elektronickej komunikácie. Poskytovateľ sa zaväzuje zasielať zúčtovacie doklady podľa tohto bodu priebežne, bez zbytočného odkladu po poskytnutí zdravotnej starostlivosti. Povinnosť zaslať Poisťovni zúčtovacie doklady podľa článku V. VZP tým nie je dotknutá. Pre doručenie zúčtovacieho dokladu prostredníctvom softvérového vybavenia Poskytovateľa platí obdobne bod 12.4. VZP.

XV. PRIJÍMANIE ÚHRADY DLŽNÉHO POISTNÉHO

15.1. Poskytovateľ a Poisťovňa sa dohodli, že v prípade, ak Poistenec, ktorý je dlžníkom v zmysle ust. § 9 ods. 2 Zákona zdravotnom poistení prejaví záujem o úhradu dlžného poistného môže sa Poskytovateľ s Poistencom dohodnúť na prijatí úhrady od Poistenca a to za podmienok uvedených v tomto článku.

15.2. Dohoda Poskytovateľa a Poistenca podľa bodu 15.1. tohto článku je možná iba v prípade, ak i) Poistenec bude ochotný uhradiť dlžné poistné v celej výške, t.j. vo výške v akej bude ku dňu prijatia platby Poisťovňou sprístupnená v informačnom systéme Poskytovateľa a zároveň ii) Poistenec udelí Poskytovateľovi písomný súhlas podľa ust. § 11 zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, na spracúvanie osobných údajov, ktoré Poskytovateľ poskytne Poisťovni a Poisťovňa Poskytovateľovi za účelom spracovania úhrady Poistenca a odstránení Poistenca zo zoznamu dlžníkov.

15.3. Poisťovňa za týmto účelom splnomocňuje Poskytovateľa v zmysle ust. § 31 a nasl. zákona č. 40/1964 Zb. Občianskeho zákonníka na prijatie úhrady dlžného poistného od Poistenca, ktorý je dlžníkom podľa ust. § 9 ods. 2 Zákona o zdravotnom poistení, v mene a na účet Poisťovne. Poskytovateľ je oprávnený úhradu dlžného poistného zadržať u seba a to až do momentu najbližšieho zúčtovania poskytnutej zdravotnej starostlivosti a vykázať Poisťovni celkovú sumu prijatých úhrad dlžného poisteného za Zúčtovacie obdobie prostredníctvom svojho informačného systému.

15.4. Zmluvné strany sa dohodli, že pri úhrade poskytnutej zdravotnej starostlivosti sa započíta pohľadávka Poisťovne za vykázané úhrady dlžného poistného prijaté Poskytovateľom s pohľadávkou Poskytovateľa za poskytnutú zdravotnú starostlivosť počas Zúčtovacieho obdobia. V prípade, ak bude voči Poskytovateľovi uplatnená zmluvná pokuta podľa článku VIII. VZP, vykoná sa započítanie tak, že najskôr sa voči pohľadávke Poskytovateľa započíta pohľadávka Poisťovne titulom uplatnenej zmluvnej pokuty.

15.5. Poisťovňa sa zaväzuje nahradiť Poskytovateľovi náklady vynaložené v súvislosti s prijatím úhrady podľa tohto článku. Zmluvné strany sa dohodli na paušálnej náhrade, ktorá predstavuje 1% zo sumy každej úhrady, najmenej však **3,- €**. Zmluvné strany sa dohodli, že paušálna náhrada bude započítaná s úhradou poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Pre započítanie podľa tohto bodu platí ustanovenie bodu 15.4. Zmluvy obdobne.

XVI. NIEKTORÉ USTANOVENIA O REVÍZNEJ ČINNOSTI

16.1. Ak Poisťovňa kontrolou úhrady za Hospitalizačný prípad zistí, že Poskytovateľ porušil Pravidlá kódovania a Poisťovňa uhradila za Hospitalizačný prípad vyššiu úhradu, ako na ktorú má Poskytovateľ nárok podľa článku XI. Zmluvy,

a. po vykonaní kontroly na vzorke určenej DRG skupiny, kde vzorka obsahuje minimálne 5 % všetkých Hospitalizačných prípadov a minimálne však 10 Hospitalizačných prípadov vykázaných v kontrolovanom období v danej DRG skupine, Poisťovňa je oprávnená znížiť úhradu za všetky Hospitalizačné prípady vykázané v kontrolovanom období o sumu priemerného rozdielu medzi výškou úhrady za Hospitalizačný prípad vypočítanou podľa údajov vykázaných Poskytovateľom a správnou výškou úhrady zistenou na kontrolovanej vzorke Hospitalizačných prípadov, ktoré Poskytovateľ mal vykázať pri dodržaní Pravidiel kódovania, za všetky Hospitalizačné prípady vykázané v kontrolovanom období v danej DRG skupine, alebo

b. Poisťovňa je oprávnená uplatniť u Poskytovateľa nárok na náhradu nákladov za každý uhradený Hospitalizačný prípad, ktorý bol chybne vykázaný, a to vo výške rozdielu medzi úhradou za Hospitalizačný prípad, vypočítanou podľa údajov vykázaných Poskytovateľom a správnou výškou úhrady, na ktorú by mal Poskytovateľ nárok pri dodržaní Pravidiel kódovania (ďalej len „Rozdiel") a zároveň zmluvnú pokutu vo výške dvojnásobku Rozdielu, a to za každý kontrolovaný Hospitalizačný prípad.

Úhrada za Hospitalizačný prípad na účely výpočtu výšky sankcie podľa písmena a. a b. sa určí súčinom základnej sadzby určenej podľa bodu 5.6. Zmluvy, platnej v čase začiatku Hospitalizačného prípadu a Efektívnej relatívnej váhy daného Hospitalizačného prípadu.

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

XVII. ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA

17.1. Na Poskytovateľa sa nevzťahujú tie ustanovenia Zmluvy o povinnostiach pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti a o úprave úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť, ktoré upravujú poskytovanie

a úhradu zdravotnej starostlivosti v tých špecializačných odboroch, na ktoré sa nevzťahuje povolenie na poskytovanie zdravotnej starostlivosti uvedené v bode 3.3. Zmluvy.

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

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

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

a. materiálno-technické alebo personálne vybavenie Poskytovateľa neumožňuje poskytnúť poistencovi Poisťovne potrebnú zdravotnú starostlivosť vzhľadom na vývoj jeho zdravotného stavu,

b. Poskytovateľ nedisponuje dostatočnou kapacitou pre poskytnutie ústavnej starostlivosti (nedostatok lôžok),

c. ak zdravotný stav poistenca Poisťovne nevyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín.

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

17.6. Neoddeliteľnou súčasťou tejto Zmluvy je:

a. príloha č. 1, ktorá obsahuje zoznam špecializačných odborov podľa bodu 3.3. Zmluvy;

b. príloha č. 2, ktorá obsahuje kritériá na uzatvorenie zmluvy podľa bodu 2.1. Zmluvy;

c. príloha č. 3, ktorá obsahuje vzory formulárov preukazujúcich vykonanie preventívnych prehliadok podľa bodu 3.7. písm. c. Zmluvy;

d. príloha č. 4, ktorá obsahuje zoznam zdravotníckej techniky a zoznam zdravotných výkonov podľa bodu 3. 8. Zmluvy;

e. príloha č. 5, ktorá obsahuje zoznam špecializovaných nemocníc a liečební a vzor žiadosti o ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti podľa bodu 3.12. Zmluvy;

f. príloha č. 6, obsahuje Zoznam kategorizovaného materiálu a Zoznam nekategorizovaného materiálu podľa bodu 5.9. Zmluvy;

g. príloha č. 7, ktorá obsahuje ceny a spôsob vykazovania výkonov hyperbarickej oxygenoterapie, stereorádiochirurgie a pozitrónovej emisnej tomografie podľa bodu 5.10. Zmluvy;

h. príloha č. 8 (Cenník kapitácie), ktorá obsahuje výšku Kapitácie podľa bodu 6.4. Zmluvy, zoznam zdravotných výkonov a iných nákladov, ktoré podľa bodu 6.5. Zmluvy nie sú zahrnuté v Kapitácii, tabuľky s parametrami pre výpočet Dodatkovej kapitácie podľa bodu 7.2. Zmluvy a základ pre výpočet Dodatkovej kapitácie podľa bodu 7.6. Zmluvy;

i. príloha č. 9 (Cenník výkonov), ktorá obsahuje výšku jednotkovej ceny bodu podľa bodu 8.1. Zmluvy, výšku Základného rozsahu a minimálnej jednotkovej ceny a zoznam zdravotných výkonov podľa bodu 8.2. Zmluvy, výšku Finančného objemu podľa bodu 8.3. Zmluvy, tabuľky s parametrami pre výpočet hodnotiaceho koeficientu podľa bodu9.1. Zmluvy a prvé HK podľa bodu 9.6. Zmluvy;

j. príloha č. 10, (Cenník hospitalizácií), ktorá obsahuje úhrady podľa bodu 10.1. Zmluvy, sumy podľa bodu 10.2. Zmluvy, paušálny príplatok podľa bodu 10.3. Zmluvy, výšky úhrady podľa bodu 10.4. Zmluvy a Finančný objem podľa bodu 10. 13. Zmluvy;

k. príloha č. 11, ktorá obsahuje zoznam relatívnych váh pre DRG skupiny, ktorých relatívna váha nie je určená v Katalógu prípadových paušálov;

l. príloha č. 12, ktorá obsahuje Výpočet koeficientu a určenie parametrov podľa bodu 11.4. písmeno b. a c. Zmluvy;

m. príloha č. 13 (Cenník výkonov JZS), ktorá obsahuje zoznam výkonov a výšku ich úhrady podľa bodu 12.1. Zmluvy, materiál podľa bodu 12.3. Zmluvy, kódy výkonov podľa bodu 12.4. Zmluvy a Finančný objem podľa bodu 12.11. Zmluvy;

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

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

17.9. Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že prvá veta bodu 4.19. VZP sa použije len v prípade, ak by náklady na biomedicínsky výskum u Poskytovateľa mali byť čo i len čiastočne hradené z verejného zdravotného poistenia.

17.10. Poisťovňa aj Poskytovateľ vyhlasujú, že si Zmluvu aj VZP prečítali, ich obsahu porozumeli a na znak toho, že obsah Zmluvy aj VZP zodpovedá ich skutočnej a slobodnej vôli, túto Zmluvu podpísali.

Príloha č. 1

Zoznam špecializačných odborov
(podľa bodu 3.3 Zmluvy)

Špecializačný odbor	Druh poskytovanej Zdravotnej starostlivosti			
	ambulancie	pracovisko SVLZ	ústavná zdravotná starostlivosť	JZS
vnútorné lekárstvo	áno	--	áno	--
infektológia	áno	--	--	--
neurológia	áno	--	áno	--
pediatria	áno	--	áno	--
gynekológia a pôrodníctvo	áno	--	áno	áno
chirurgia	áno	--	áno	áno
úrazová chirurgia	áno	--	áno	áno
otorinolaryngológia	áno	--	--	--
dermatovenerológia*	áno	--	--	--
klinická onkológia	áno	--	--	--
rádiológia	--	áno	--	--
klinická biochémia	--	áno	--	--
anestéziológia a intenzívna medicína	áno	--	áno	--
fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	áno	áno	--	--
hematológia a transfuziológia	áno	áno	--	--
klinická mikrobiológia	--	áno	--	--
gastroenterológia	áno	--	--	--
kardiológia	áno	--	--	--
neonatológia	--	--	áno	--
geriatria	áno	--	--	--
cievna chirurgia	áno	--	--	--
JIS - interná	--	--	áno	--
JIS pediatrická	--	--	áno	--
JIS neurologická	--	--	áno	--
JIS chirurgická	--	--	áno	--
dlhodobo chorých	--	--	áno	--
paliatívna medicína	--	--	áno	--
JIS gynekologická	--	--	áno	--
JIS úrazová	--	--	áno	--

*platí od 1.3.2017 do 30.6.2017

Obmedzenia pre poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti:

Špecializačný odbor	Typ obmedzenia
-	-

Príloha č. 2

Kritériá na uzatvorenie zmluvy s Poskytovateľom
podľa bodu 2.1. Zmluvy

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

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

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

Príloha č. 3

Preventívna prehliadka pre dospelých
v zmysle platnej legislatívy

Meno a priezvisko poistenca: _____
Rodné číslo _____
Dátum poslednej preventívnej prehliadky: _____
Anamnéza:
Subjektívne: bez ťažkostí ☐ popis ťažkostí: _____

Prekonané choroby (aké a kedy): _____
Škodlivé návyky: _____
Kontrola očkovania (kedy naposledy, aké očkovanie, odporučenie očkovania): _____

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

Objektívne vyšetrenie (patologické nálezy):
Habitus, postoj, chôdza, stav výživy, rozloženie tuku, koža:

Hlava: _____
Krk: _____
Hrudník: _____
Pulmo: _____
Cor: _____
Abdomen: _____
Urogenitálny aparát (u mužov a per rectum vyšetrenie): _____

Pohybový aparát: _____
Výška: _____cm Hmotnosť _____kg Teplota _____°C FW _____
TK: _____mmHg PF: _____/min Moč chem.: _____
EKG (nad 40 rokov): _____
V štyridsiatom roku života: celkový cholesterol: _____ triaglyceridy: _____
U jedincov nad päťdesiat rokov a u mladších jedincov s pozitívnou RA karcinómu hrubého čreva alebo konečníka vyšetrenie stolice na okultné krvácanie:

Iné potrebné vyšetrenie: _____
Rozsah laboratórnych vyšetrení určený zákonom č. 577/2004 je uvedený v prílohe č. 1.

Záver preventívnej prehliadky:

Odporučenie:

Preventívnu prehliadku vykonal:

V _____ dňa: _____ _____

praktický lekár pre dospelých
(pečiatka a podpis lekára)

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

_____
podpis poistenca

Príloha č. 3

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

Meno a priezvisko poistenca: _____
Rodné číslo: _____
Dátum poslednej preventívnej prehliadky: _____

Anamnéza:
Prekonané choroby: _____
Hospitalizácie: _____
Alergie: _____
Dispenzár: _____
Predchádzajúce očkovanie: úplné ☐ neúplné: _____

Objektívne vyšetrenie:
Výška: _____cm Váha: _____kg TK: _____mmHg
Habitus: normostenický ☐ hyperstenický ☐ astenický ☐
Držanie tela: správne ☐ chybné ☐ skolióza ☐
Koža: čistá ☐ ekzém ☐
Psychomotorický vývoj: primeraný veku ☐ zaostáva ☐
Zrak: _____ Farby: rozlišuje ☐ nerozlišuje ☐
Sluch: _____
Pulmo: eupnoe ☐ dyspnoe ☐ vedľ. fenomény ☐
Cor: AS pravidelná ☐ AS nepravidelná ☐ šelest ☐
Brucho: _____
Genitál: _____ Končatiny: : _____
Zaradenie do kolektívu: áno ☐ nie ☐

Očkovanie v rámci prehliadky:
DiTePer ☐ DiTe ☐ Polio ☐ MMR ☐ Tetanus ☐ HB ☐
Iné ☐ _____ neuskutočnené ☐ dôvod: _____

Záver preventívnej prehliadky:
dieťa zdravé ☐
dieťa odoslané do poradne: nie ☐
áno ☐ _____

Preventívnu prehliadku vykonal:

V _____ dňa _____ _____

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

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

_____

popis zákonného zástupcu
(poistenca)

Príloha č. 3

Preventívna gynekologická prehliadka
v zmysle platnej legislatívy

Meno a priezvisko poistenca: _____
Rodné číslo _____
Dátum poslednej preventívnej prehliadky: _____

Anamnéza:
Prekonané choroby: _____
Prekonané operácie: _____
Škodlivé návyky: _____ fajčenie: _____
Gynekologická anamnéza
Menštruačný cyklus _____dní PM: _____
Pôrody: _____ UPT: _____ Ab sp: _____ HAK: _____

Komplexné gynekologické vyšetrenie:
Inšpekcia a palpácia prsníkov a reg. LU: _____
_____
Inšpekcia genitálií a vyšetrenie genitálií v speculách: _____
Bimanuálne palpačné vyšetrenie
alebo vyšetrenie per rectum: _____
Kolposkopia: _____
Cytologia: _____
MICR (MOP): _____
USG prsníkov a reg. LU: _____
MMG: _____
USG vyšetrenie vagin. Sondou: _____

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

Záver preventívnej prehliadky:
_____
_____

Doporučenie:
_____
_____

Preventívnu prehliadku vykonal:
V _____ dňa: _____ _____
pečiatka a podpis lekára

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

_____
podpis poistenca

Príloha č.4

Zoznam zdravotníckej techniky a zdravotných výkonov
podľa bodu 3.8. Zmluvy

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

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

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

Príloha č. 5

Zoznam špecializovaných nemocníc a liečební

Názov	Mesto	Adresa
Národné rehabilitačné centrum	Kováčová	Slnečná 1

ŽIADOSŤ o ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti
v špecializovaných nemocniciach a liečebniach

Názov a sídlo liečebného zariadenia.....

.....

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

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

Medicínske odôvodnenie návrhu:

Anamnéza: .....

.....

.....

Objektívne vyšetrenie:.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

Epikríza:.....

.....

.....

.....

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

.....

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

.....

.....

.....

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

Predpokladané obdobie liečby: .....

.....

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

Dňa: .....

.....	.....	.....
riaditeľ zdrav. zariadenia	primár oddelenia	navrhujúci lekár
		pečiatka a kód navrhujúceho lekára

I. Zoznam kategorizovaného materiálu podľa bodu 5.9. Zmluvy

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

kód ZM	Názov ZM
-	-

II. Zoznam kategorizovaného materiálu podľa bodu 12.2. Zmluvy

kód ZM	Názov ZM
-	-

III. Zoznam nekategorizovaného materiálu podľa bodu 5.9. Zmluvy

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

IV. Zoznam nekategorizovaného materiálu podľa bodu 5.9. Zmluvy

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

Kód skupiny	Skupina ZM	Kód ZM	Názov druhu ZM		Max. cena
120100	katétre	120101	Kateter aterektomický		2 489,54
		120102	Kateter balónkový PTA		1 048,93
		120103	Kateter balónkový PTCA		723,00
		120104	Kateter diagnostický		132,78
		120105	Katéter infúzný		663,88
		120106	Katéter odsávací cievny		497,91
		120107	Katéter na zavedenie okludera		663,88
		120108	Katéter termodilučný		146,05
		120109	Katéter valvuloplastický		3 286,20
		120110	Katéter vodiaci		135,00
		120111	Kliešte na biopsiu		398,33
		120112	Balónkový katéter na pravostrannú katetrizáciu		66,39
		120113	Angiografický balónový katéter pre koronárny sínus		132,78
		120114	Extračný košíček		331,94
		120115	Oklúder na uzáver defektu predsieňového septa		6 306,84
		120116	Oklúder na uzáver ductus arteriosus perzistens		3 319,39
		120117	Oklúder na uzáver defektu komorového septa		6 306,84
		120118	Amplatzov oklúder na uzáver defektov		6 306,84
		120119	Trombolytický katéter pre mechanickú trombektómiu		3 120,23
		120120	Mikrokatétre		497,91
		120121	Sonda pre intrakardiálny ultrazvuk		6 638,78
		120122	Katéter pre kryoabláciu arytmogénneho substrátu		2 489,54
		120123	Katéter pre atrioseptostómiu		464,71
		120124	Pusher katéter na zavádzanie špirálok		165,97
		120125	Endoskopický katéter balónkový / ERCP /		202,48
		120126	Endoskopický extrakčný košík /ERCP /		232,36
		120127	Katétrová pumpa		5 742,55
120200	stenty	120201	Stent cievny		1 248,09
		120202	Stent karotický		1 248,09
		120203	Stent koronárny		1 095,40
		120204	Liekmi povlečený stent		3 588,26
		120205	Stent pre pediatrickú prax		1 404,10
		120206	Ezofageálny stent		312,02
		120207	Stentgraft koronárny		7 335,86
		120208	Stentgraft aortálny		7 335,86
		120209	Stent koronárny bifurkačný		1 560,11
		120210	Endoskopický drenážny stent / ERCP /		182,57
120300	vodiče	120301	Drôt vodiaci špeciálny / napr. mozog, ERCP.../		265,55
		120302	Vysokotlakový drôt vodiaci angioplastický		1 825,67
		120303	Špeciálny vodiaci drôt pre koronárny sínus		132,78
		120304	Vodiaci drôt		27,00
		120305	Mikrovodič		1 659,70
120600	striekačky	120601	Kontajner na kontrast		19,92
		120602	Striekačka na angiografiu		16,60
		120603	Striekačka tlaková s manometrom set		116,18
		120604	Tlaková striekačka ku chladiacim ablačným katétrom		33,19
120400	zavádzače	120401	Zavádzač cievny		116,18

		120402	Zavádzač na Ľ a P katetrizáciu srdca		215,76
120700	hadice	120701	Hadica predlžovacia		22,57
		120702	Vysokotlaková hadica		13,28
		120703	Vysokotlaková hadica k abl.katétru		39,83

120800	ihly	120801	Ihla punkčná		66,39
		120802	Transseptálna punkčná ihla		419,00

120900	sety	120901	Set* dodaný výrobcom s katalógovým číslom		260,00
		120902	Pumpový set		1 560,11

121000	materiál pre embolizáciu	121001	Embolizačné špirály		265,55
		121002	Embolizačné mikrošpirály		995,82
		121003	Embolizačné mikročastice		99,58

121100	ostatné	121101	Tlaková hlava		16,60
		121102	Kaválny filter		1 394,14
		121103	Konektor PTCA		43,15
		121104	Rampa PTCA		13,28
		121105	Šicí materiál		331,94
		121106	Ventil tlakový 1 - 5 - cestný		22,57
		121107	Emboloprotekcia		1 659,70
		121108	Duktálna kanyla		26,56
		121109	Rektálny násadec		4,98
		121110	Predlžovací kábel ku katétrom		398,33
		121111	Adaptér rotačný		9,96
		121112	Mechanizmy na uzatváranie cievnych prístupov		199,16
		121113	Predlžovací kábel ku multif. a ablač.katétrom a refer. el.		735,25
		121119	Endoskopický nožík ERCP		547,70
		121120	Set extrakčných slučiek na odstraňovanie cudzích telies z cievneho systému		663,88
		121121	Mikro set extrakčných slučiek na odstraňovanie cudzích telies z cievneho systému		1 002,46

* Set - Výrobcom vyrobená sada, definovaná katalógovým číslom výrobcu, obsahujúca zdravotný materiál použitý pri výkonoch intervenčnej rádiológie a rádioterapie potrebného na diagnostický alebo liečebný proces

Položky označené symbolom RL môže Poskytovateľ použiť len s predchádzajúcim súhlasom Poisťovne.

V. Zoznam nekategorizovaného materiálu podľa bodu 12.2. Zmluvy

Kód položky	Názov materiálu	Maximálna cena
-	-	-

Ceny a spôsob vykazovania výkonov
hyperbarickej oxygenoterapie, stereorádiochirurgie a pozitrónovej emisnej tomografie:

Názov výkonu	Kód	Počet bodov	Cena bodu (EUR)	Cena výkonu (EUR)
Aplikácia hyperbarickej oxygenoterapie	8P130	------	------	------
Celotelová pozitrónová emisná tomografia s PET kamerou (vyšetrený trup od bázy lebečnej po inquini). Súčasťou ceny výkonu sú náklady na rádiofarmaká a doplňujúce snímania PET kamerou	5480	------	-------	------
Pozitrónová emisná tomografia s PET kamerou vybranej **časti tela** – mozgu, srdca alebo inej časti tela. Súčasťou ceny výkonu sú náklady na rádiofarmaká a doplňujúce snímania PET kamerou	5480a	------	------	------
Stereorádiochirurgia	3272	------	-------	------

Príloha č. 8

Cenník kapitácie

Výška kapitácie

Označenie		*hodnota v €*
Kapitácia za jedného Kapitovaného poistenca	do dovŕšenia 1. roku života	--
	od 1 roku veku do dovŕšenia 2. roku života	--
	od 2 roku veku do dovŕšenia 7. roku života	--
	od 7 roku veku do dovŕšenia 19. roku života	--
	od 19 roku veku do dovŕšenia 27. roku života	--
	od 27 roku veku do dovŕšenia 45. roku života	--
	od 45 roku veku do dovŕšenia 51. roku života	--
	od 51 roku veku do dovŕšenia 53. roku života	--
	od 53 roku veku do dovŕšenia 57. roku života	--
	od 57 roku veku do dovŕšenia 61. roku života	--
	od 61 roku veku do dovŕšenia 64. roku života	--
	od 64 roku veku do dovŕšenia 68. roku života	--
	od 68 roku veku do dovŕšenia 72. roku života	--
	od 72 roku veku do dovŕšenia 87.roku života	--
	od 87 roku veku	--
Kapitácia za jedného Kapitovaného poistenca pri špecializovanej ambulantnej starostlivosti v špecializačnom odbore „gynekológia a pôrodníctvo“		--

Zoznam zdravotných výkonov a iných nákladov, ktoré nie sú zahrnuté do kapitácie

Zoznam zdravotných výkonov a iných nákladov, ktoré sa nie sú zahrnuté do kapitácie podľa bodu 6.4. Zmluvy
Zdravotné výkony vykonané pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia: 142, 143, 143a, 144, 145, 145a, 146, 146a, 146b, 146c, 148, 148a, 148b, 148c, 149, 149a, 149b, 149c, 149d, 149f(poskytnutý držiteľovi preukazu ZŤP), 159b, 950, 953, 3671, 160, 159a, 159x, 159z, 157, 102, 103, 105, 108, 167
Výkon očkovania: 252b
Výkony: 25, 26, 29, 30

Parametre pre výpočet Dodatkovej kapitácie

všeobecný lekár pre dospelých

názov a určenie hodnoty parametrov

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

váhy a pásma pre jednotlivé parametre

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

Všeobecný lekár pre deti a dorast

názov a určenie hodnoty parametrov

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

váhy a pásma pre jednotlivé parametre

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

gynekológia a pôrodníctvo

názov a určenie hodnoty parametrov

Názov parametra	**Určenie hodnoty parametra**
Priemerný počet ošetrených poistencov za kalendárny mesiac	I_1 = počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť / počet Kapitovaných poistencov
Vyšetrenia SVaLZ	I_2 = počet bodov vlastných SVaLZ zdravotných výkonov vykonaných bez objednania a objednaných SVaLZ zdravotných výkonov vykonaných pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti poistencom/ počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť – okrem vyšetrení vykonaných v súvislosti s preventívnou prehliadkou
Náklady na lieky	I_3= celkové náklady na lieky predpísané Poskytovateľom / počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť
Preventívne prehliadky	I_4 = počet Kapitovaných poistencov s vykonanou preventívnou prehliadkou / počet Kapitovaných poistencov

váhy a pásma pre jednotlivé parametre

Názov parametra	**h_n**			**v_n**
	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	
Priemerný počet ošetrených poistencov za kalendárny mesiac	0 %	100 %	100 %	v_1 = 30 %
Vyšetrenia SVaLZ	100 %	100 %	0 %	v_2 = 30 %
Náklady na lieky	100%	100%	0%	V_3 = 10 %
Preventívne prehliadky	0 %	100 %	100 %	v_4 = 30 %

Základ pre výpočet Dodatkovej kapitácie

Základ pre výpočet Dodatkovej kapitácie

Špecializačný odbor	*Základná hodnota v €*	*Zvýhodnená hodnota v €*
Všeobecný lekár pre dospelých	--	--
Všeobecný lekár pre deti a dorast	--	--

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

Podmienky pre vznik nároku na Zvýhodnenú hodnotu základu pre výpočet Dodatkovej kapitácie

Názov podmienky	*Kritériá pre splnenie podmienky*
Bezpečné lieky online	Zasielanie online preskripčných záznamov mesačne, najmenej 90% zo všetkých poskytovateľom vydaných lekárskych predpisov a lekárskych poukazov a aktívne využívanie služby „Bezpečné lieky online" poskytovanej Poisťovňou v Elektronickej pobočke.
Príjem úhrady dlžného poistného a informovanie neplatičov	Informovanie[1] poistencov, ktorí sú neplatičmi[2] o ich právach a povinnostiach v súvislosti s poskytnutím zdravotnej starostlivosti prijímanie úhrady dlžného poistného. *[1]Poskytovateľ je povinný vopred informovať pacienta o rozsahu a podmienkach ním poskytovanej zdravotnej starostlivosti (§ 79 ods. 1 písm. h) zákona č. 578/2004 Z.z.)* *[2]Poistenec, ktorý je zverejnený ako dlžník v zozname dlžníkov Poisťovne vedenom podľa § 25a zákona č. 580/2004 Z.z. má podľa § 9 ods. 2 tohto zákona právo len na úhradu neodkladnej zdravotnej starostlivosti*
Prístrojové vybavenie	Zazmluvnenie USG prístroja v zmysle bodu 3.7. Zmluvy v prípade zazmluvnenia špecializačnej odbornosti *„Gynekológia a pôrodníctvo"*
Zdieľanie informácií	A.) Zasielanie podkladov k zúčtovaniu zdravotnej starostlivosti prostredníctvom Elektronickej pobočky podľa dohody s Poisťovňou. B.) Poskytovateľ na požiadanie Poisťovne prostredníctvom Elektronickej pobočky sprístupní a bude aktualizovať informácie týkajúce sa jeho identifikačných údajov, ordinačných hodín, cenník doplatkov a poplatkov, kontaktné údaje pre možnosť objednania a údaje na základe predchádzajúcej žiadosti Poisťovne.

Poisťovňa je povinná vyhodnotiť splnenie podmienok a oznámiť Poskytovateľovi výšku základu pre výpočet Dodatkovej kapitácie vždy najneskôr pred začiatkom toho kalendárneho štvrťroka, za ktorý bude Poskytovateľovi Dodatková kapitácia patriť. Do skončenia toho kalendárneho štvrťroka, v ktorom Zmluva nadobudla účinnosť, sa použije ako základ pre výpočet Dodatkovej kapitácie základná hodnota. Základná hodnota podľa predchádzajúcej vety sa použije aj v kalendárnom štvrťroku bezprostredne nasledujúcom po kalendárnom štvrťroku, v ktorom Zmluva nadobudla účinnosť, ak Poskytovateľ nemal pred účinnosťou Zmluvy uzatvorenú s Poisťovňou zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s obdobným vecným rozsahom zdravotnej starostlivosti, aký sa dohodol v Zmluve.

Hodnota HKK podľa bodu 7.7 Zmluvy:

Špecializačný odbor	HKK
Všeobecný lekár pre dospelých	--
Všeobecný lekár pre deti a dorast	--
Gynekológia a pôrodníctvo	--

pohotovostnej služby (centrálneho príjmu)		
Pri zdravotných výkonoch: 509a, 512, 513, 514a, 516, 518, 522, 523a, 530, 531, 532, 533a, 540, 541, 542 vykonaných v špecializačnom odbore fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	0,01131	-
pri zdravotných výkonoch vykonaných pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia: 142, 143, 143a, 144, 145, 145a, 146, 146a, 146b, 146c, 148, 148a, 148b, 148c, 149, 149a, 149b, 149c, 149d, 149f(poskytnutý držiteľovi preukazu ZŤP), 159b, 950, 953, 160 (počet bodov 390), 159a,159x (počet bodov 180), 159z(počet bodov 180), 159c	0,0462	-
pri zdravotných výkonoch vykonaných pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia: 157, 102, 103, 105, 108, 167	-	-
pri zdravotnom výkone: 3671 (určenie glykémie glukometrom pri kvantitatívnej alebo kvalitatívnej poruche vedomia)	0,018257	-
pri výkone očkovania: 252b, ktorý nie je zahrnutý v kapitácii	0,044	-
pri výkonoch: 25, 26, 29, 30, ktoré nie sú zahrnuté v kapitácii	0,0193	-
pri neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnutej inému ako Kapitovanému poistencovi	0,020072	-

Podmienky pre uplatnenie zvýhodnenej ceny bodu*

Názov podmienky	Kritériá pre splnenie podmienky
Bezpečné lieky online	Zasielanie online preskripčných záznamov mesačne, najmenej 90% zo všetkých poskytovateľom vydaných lekárskych predpisov a lekárskych poukazov a aktívne využívanie služby „Bezpečné lieky online" poskytovanej Poisťovňou v Elektronickej pobočke.
Príjem úhrady dlžného poistného a informovanie neplatičov	Informovanie[1] poistencov, ktorí sú neplatičmi[2] o ich právach a povinnostiach v súvislosti s poskytnutím zdravotnej starostlivosti prijímanie úhrady dlžného poistného. *[1]Poskytovateľ je povinný vopred informovať pacienta o rozsahu a podmienkach ním poskytovanej zdravotnej starostlivosti (§ 79 ods. 1 písm. h) zákona č. 578/2004 Z.z.)* *[2]Poistenec, ktorý je zverejnený ako dlžník v zozname dlžníkov Poisťovne vedenom podľa § 25a zákona č. 580/2004 Z.z. má podľa § 9 ods. 2 tohto zákona právo len na úhradu neodkladnej zdravotnej starostlivosti*
Zdieľanie informácií	A.) Zasielanie podkladov k zúčtovaniu zdravotnej starostlivosti prostredníctvom Elektronickej pobočky podľa dohody s Poisťovňou. B.) Poskytovateľ na požiadanie Poisťovne prostredníctvom Elektronickej pobočky sprístupní a bude aktualizovať informácie týkajúce sa jeho identifikačných údajov, ordinačných hodín, cenník doplatkov a poplatkov, kontaktné údaje pre možnosť objednania a údaje na základe predchádzajúcej žiadosti Poisťovne.

- Poisťovňa je povinná zvýhodnenú cenu bodu oznámiť Poskytovateľovi vždy najneskôr pred začiatkom toho kalendárneho štvrťroka, v ktorom sa cena bodu použije.
- V prípade, ak nebudú splnené podmienky na vyplatenie upravenej ceny bodu, bude Poskytovateľovi uhradená základná cena bodu."

Základný rozsah

Základný rozsah na kalendárny polrok pre špecializačný odbor podľa bodu 8.2. Zmluvy V prípade, ak zmluva začína a končí v priebehu kalendárneho polroka, použije sa pomerná časť. Pomerná časť sa uplatňuje aj pri zmene hodnoty v priebehu kalendárneho polroka.	**hodnota v bodoch**
vnútorné lekárstvo 001201, 001801	240.000
infektológia 002201	54.600
neurológia 004201, 004801	90.000
pediatria 007201, 007801	7.800
gynekológia a pôrodníctvo 009201, 009801	150.000
chirurgia 010201, 010801	127.200
úrazová chirurgia 013201, 013801	229.200
otorinolaryngológia 014201	42.000
dermatovenerológia 018201	46.400*
klinická onkológia 019201	102.000
anesteziológia a intenzívna medicína 025201, 025801	72.000
fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia 027201, 027202	232.800
hematológia a transfuziológia 031201	132.000
gastroenterológia 048201	153.000
kardiológia 049201	84.000
geriatria 060202	30.000
cievna chirurgia 068202	39.000

* pomerná časť do 30.06.2017

Minimálna jednotková cena

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

Jednotková cena výkonu

Cena výkonu	**hodnota v €**
4571a C– reaktívny proteín pre kapitovaných poistencov do dovŕšenia 19. roku života	3,00
H5556A* - expektácia pacienta od 6 do 24 hod	180
60b - Základné vyšetrenie Úhrada zahŕňa potrebné odbery krvi, zhodnotenie laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení a zaradenie pacienta do rizikovej skupiny ASA. Úhrada nezahŕňa poskytnutie EKG vyšetrenia. Výkon možno vykazovať iba raz v rámci jednej operácie. Výkon sa vykazuje samostatne s diagnózou, pre ktorú je poistenec plánovaný na operáciu V prípade odoslania poistenca k špecialistovi (konziliárnemu lekárovi), ktorý vykoná predoperačné vyšetrenie, zdravotná poisťovňa poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súvislosti s predoperačným vyšetrením uhrádza v rámci kapitačnej platby za poistenca.	10,00
5702ZV - Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie Štandardné 12-zvodové zosnímanie ako súčasť predoperačného vyšetrenia. Nutná kombinácia s výkonom 60b	4,20

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

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

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

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

* Vykazujúca odbornosť: 001**801**, 004**801**, 007**801**, 009**801**, 010**801**, 013**801**, 025**801**

Typ Dávky 753a

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

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

Finančný objem

Finančný objem	**hodnota v €**
podľa bodu 8.3. písm. a. Zmluvy na poskytovanie všeobecnej ambulantnej starostlivosti	--
podľa bodu 8.3. písm. a. Zmluvy na poskytovanie špecializovanej ambulantnej starostlivosti v špecializačnom odbore „gynekológia a pôrodníctvo“	--
podľa bodu 8.3. písm. b. Zmluvy	--
podľa bodu 8.3. písm. c. Zmluvy - rádiológia 023501, 023502 (počítačová tomografia), 023504, 023505, klinická biochémia 024501, fyziatria, balneológia a liečebný rehabilitácia 027501, hematológia a transfuziológia 031501, klinická mikrobiológia 034501	9.300,-

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

Náklady na lieky, ktoré sú v Zozname liekov označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ a „AS“ pre objemy podľa bodu 8.3. písm a. a 8.3. písm b. Zmluvy
Výkon očkovania 252b, výkon 3671, výkon 4571a C – reaktívny proteín, 60b, 5702ZV, H5556A

Parametre pre výpočet hodnotiaceho koeficientu

pre iné špecializačné odbory ako klinická logopédia, klinická psychológia, liečebná pedagogika, špeciálna pedagogika

názov a určenie hodnoty parametrov

Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
Náklady na lieky	I_1 = celkové náklady na lieky predpísané Poskytovateľom alebo na základe odporúčania Poskytovateľa / počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť – okrem očkovacích látok
Počet bodov na poistenca za ambulantné výkony	I2 = počet bodov vlastných ambulantných zdravotných výkonov vykonaných bez objednania poskytovateľom špecializovanej ambulancie a objednaných ambulantných zdravotných výkonov vykonaných pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti poistencom/ počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť – okrem vyšetrení vykonaných v súvislosti s preventívnou prehliadkou
Počet bodov na poistenca za SVaLZ výkony	I_3 = počet bodov vlastných SVaLZ zdravotných výkonov vykonaných bez objednania poskytovateľom špecializovanej ambulancie a objednaných SVaLZ zdravotných výkonov vykonaných pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti poistencom/ počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť – okrem vyšetrení vykonaných v súvislosti s preventívnou prehliadkou
Počet hospitalizácií	I_4 = počet prijatí poistencov do ústavnej zdravotnej starostlivosti na základe odporúčania Poskytovateľa / počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť
Počet vyšetrení na jedného poistenca	I_5 = počet vyšetrení / počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť

váhy a pásma pre jednotlivé parametre (pre iné špecializačné odbory ako klinická logopédia, liečebná pedagogika, špeciálna pedagogika)

Názov parametra	h_n			v_n
	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	
Náklady na lieky	100 %	100 %	0 %	v_1 = 35%
Počet bodov na poistenca za ambulantné výkony	75 %	100 %	0 %	v_2 = 20 %
Počet bodov na poistenca za SVaLZ výkony	50%	100 %	0 %	v_3 = 20 %
Počet hospitalizácií	100 %	100 %	0 %	v_4 = 10 %
Počet vyšetrení na jedného poistenca	100 %	100 %	0 %	v_5 = 15 %

Klinická logopédia, liečebná pedagogika, špeciálna pedagogika

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

váhy a pásma pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h_n			v_n
	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	
Počet bodov na poistenca	75 %	100 %	0 %	v_1 = 60 %
Počet vyšetrení na jedného poistenca	100 %	100 %	0 %	v_2 = 40 %

špecializačný odbor klinická psychológia

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

váhy a pásma pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h_n			v_n
	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	
Počet bodov na poistenca pri psychoterapii	75 %	100 %	0 %	v_1 = 30 %
Počet bodov na poistenca pri psychodiagnostike	75 %	100 %	0 %	v_2 = 20 %
Počet vyšetrení na jedného poistenca pri psychoterapii	100 %	100 %	0 %	v_3 = 30 %
Počet vyšetrení na jedného poistenca pri psychodiagnostike	100 %	100 %	0 %	v_4 = 20 %

Hodnota HK podľa bodu 9.6. zmluvy:

Špecializačný odbor	HK
vnútorné lekárstvo	60%
infektológia	80%
neurológia	75%
pediatria	65%
gynekológia a pôrodníctvo	85%
chirurgia	45%
úrazová chirurgia	80%
otorinolaryngológia	20%
klinická onkológia	65%
anesteziológia a intenzívna medicína	100%
fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	70%
hematológia a transfuziológia	40%
gastroenterológia	80%
kardiológia	60%
geriatria	90%
cievna chirurgia	55%

Príloha č. 10

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*	
--	--	--	--	--	--	--	--

Finančný objem

Finančný objem na kalendárny mesiac podľa bodu 10.10. Zmluvy	--

Zoznam relatívnych váh DRG skupín bez určenia v Katalógu prípadových paušálov

Kód DRG	Názov	Relatívna váha
B43Z	Včasná rehabilitácia u chorôb a porúch nervového systému, viac ako 27 dní	0,9196
B61B	Určité akútne ochorenia a poranenia miechy bez koplexného výkonu alebo viac ako 13 dní ošetrovacích dní alebo žiadne preloženie ďalej	1,8450
B76A	Záchvaty, viac ako jeden deň hospitalizácie, s komplexnou diagnostikou a liečbou	0,8940
D01A	Bilaterálna implantácia kochley	0,9196
D23Z	Implantácia naslúchacieho prístroja	0,9196
E41Z	Včasná rehabilitácia u chorôb a porúch dýchacích ciest	0,9196
E76A	Tuberkulóza, viac ako 14 ošetrovacích dní	1,2420
F29Z	Včasná rehabilitácia u chorôb a porúch krvného obehu s určitým OP výkonom s výnimkou kardiotorakálnych	0,9196
F45Z	Včasná rehabilitácia u chorôb a porúch krvného obehu	0,9196
G51Z	Včasná rehabilitácia chorôb a porúch tráviacich orgánov	0,9196
I40Z	Včasná rehabilitácia chorôb a porúch muskuloskeletálneho systému a spojivového tkaniva	0,9196
I96Z	Včasná rehabilitácia s OP výkonom u chorôb a porúch muskuloskeletálneho systému a spojivového tkaniva, viac ako 20 dní	0,9196
K01Z	Rôzne zákroky pri Diabetes mellitus s komplikáciami, s včasnou rehabilitáciou alebo včasnou geriatrickou rehabilitačnou komplexnou ZS	0,9196
K43Z	Včasná rehabilitácia endokrinologických ochorení, porúch výživy a ochorení látkovej výmeny	0,9196
L61Z	Hospitalizácia pre dialýzu	0,9196
Y01Z	OP výkony alebo UPV > 95 hodín u ťažkých popálenín	0,9196
Y61Z	Ťažké popáleniny	0,9196
Z41Z	Odobratie vlastnej kostnej drene	0,9196

Výpočet koeficientu a určenie parametrov podľa bodu 11.4. písmeno b. a c. Zmluvy

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

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

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

$$Koef_{CD} = \min(Koef_{CM};\ (Koef_{CM})^{0,3} \times (Koef_{PHP} + 0,04)^{0,1})$$

$$Koef_{CM} = \frac{CM_{1-n;2017}}{CM_{1-n;ref}} \qquad Koef_{PHP} = \frac{PHP_{1-n;2017}}{PHP_{1-n;ref}}$$

Označenie parametra	Názov parametra	Popis parametra
Min	Funkcia min	min = funkcia, ktorá vyberie z oboru hodnôt najnižšiu hodnotu
$Koef_{CM}$	Koeficient vývoja casemixu	$Koef_{CM}$ = koeficient vývoja casemixu medzi referenčným a hodnoteným obdobím
$Koef_{PHP}$	Koeficient vývoja počtu Hospitalizačných prípadov	$Koef_{PHP}$ = koeficient vývoja počtu Hospitalizačných prípadov medzi referenčným a hodnoteným obdobím
$CM_{1-n;ref}$	Suma efektívnych relatívnych váh v referenčnom období	$CM_{1-n;ref}$ = suma efektívnych relatívnych váh Hospitalizačných prípadov ukončených v referenčnom období
$CM_{1-n;2017}$	Suma efektívnych relatívnych váh v hodnotenom období	$CM_{1-n;2017}$ = suma efektívnych relatívnych váh Hospitalizačných prípadov ukončených v hodnotenom období
$PHP_{1-n;ref}$	Počet Hospitalizačných prípadov v referenčnom období	$PHP_{1-n;ref}$ = počet Hospitalizačných prípadov ukončených v referenčnom období
$PHP_{1-n;2017}$	Počet Hospitalizačných prípadov v hodnotenom období	$PHP_{1-n;2017}$ = počet Hospitalizačných prípadov v hodnotenom období
1-n,ref	Referenčné obdobie (RO)	RO = referenčným obdobím sú príslušné kalendárne mesiace 1-n roku 2015
1-n,2017	Hodnotené obdobie (HO)	HO = hodnoteným obdobím sú príslušné kalendárne mesiace 1-n roku 2017

c) Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli na určení konkrétnej hodnoty parametra $UHR_{1\text{-}n;ref}$, $EMZS_{1\text{-}n;ref}$, $CM_{1\text{-}n;ref}$ a $PHP_{1\text{-}n;ref}$ v referenčnom období, kde n je 3, 6, 9 alebo 12 nasledovne:

RO	UHR	EMZS	CM	PHP
3-3; 2015	71 159	2 104	105	127
3-6; 2015	337 637	6 608	378	448
3-9; 2015	599 510	15 356	686	826
3-12; 2015	837 195	25 853	995	1 195
1-3;2016	213 477	6 311	249	302

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

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

Koef_CM																																															
Koef_PHP	0,980	0,985	0,990	0,995	1,000	1,005	1,010	1,015	1,020	1,025	1,030	1,035	1,040	1,045	1,050	1,055	1,060	1,065	1,070	1,075	1,080	1,085	1,090	1,095	1,100	1,105	1,110	1,115	1,120	1,125	1,130	1,135	1,140
0,910	0,991	0,991	0,992	0,992	0,993	0,993	0,994	0,995	0,995	0,996	0,997	0,997	0,998	0,999	1,000	1,000	1,001	1,002	1,003	1,003	1,004	1,005	1,005	1,006	1,006	1,007	1,008	1,008	1,008	1,009	1,009	1,010	1,010
0,915	0,991	0,992	0,992	0,993	0,993	0,994	0,995	0,995	0,996	0,997	0,997	0,998	0,999	1,000	1,000	1,001	1,002	1,003	1,003	1,004	1,005	1,005	1,006	1,007	1,007	1,008	1,008	1,009	1,009	1,009	1,010	1,010	1,011
0,920	0,992	0,992	0,993	0,993	0,994	0,995	0,995	0,996	0,997	0,997	0,998	0,999	1,000	1,001	1,001	1,002	1,003	1,003	1,004	1,005	1,005	1,006	1,007	1,007	1,008	1,008	1,009	1,009	1,009	1,010	1,010	1,011	1,011
0,925	0,992	0,993	0,993	0,994	0,995	0,995	0,996	0,997	0,998	0,998	0,999	1,000	1,001	1,001	1,002	1,003	1,004	1,004	1,005	1,006	1,006	1,007	1,007	1,008	1,008	1,009	1,009	1,010	1,010	1,010	1,011	1,011	1,011
0,930	0,993	0,993	0,994	0,995	0,995	0,996	0,997	0,998	0,998	0,999	1,000	1,001	1,001	1,002	1,003	1,004	1,004	1,005	1,006	1,006	1,007	1,007	1,008	1,008	1,009	1,009	1,010	1,010	1,010	1,011	1,011	1,011	1,012
0,935	0,993	0,994	0,995	0,995	0,996	0,997	0,998	0,998	0,999	1,000	1,001	1,001	1,002	1,003	1,004	1,004	1,005	1,006	1,006	1,007	1,007	1,008	1,008	1,009	1,009	1,010	1,010	1,010	1,011	1,011	1,011	1,012	1,012
0,940	0,994	0,995	0,995	0,996	0,997	0,998	0,998	0,999	1,000	1,001	1,001	1,002	1,003	1,004	1,004	1,005	1,006	1,006	1,007	1,007	1,008	1,008	1,009	1,009	1,010	1,010	1,010	1,011	1,011	1,011	1,012	1,012	1,012
0,945	0,994	0,995	0,996	0,997	0,998	0,998	0,999	1,000	1,001	1,002	1,002	1,003	1,004	1,004	1,005	1,006	1,006	1,007	1,007	1,008	1,008	1,009	1,009	1,010	1,010	1,011	1,011	1,011	1,011	1,012	1,012	1,012	1,012
0,950	0,994	0,995	0,997	0,998	0,998	0,999	1,000	1,001	1,002	1,002	1,003	1,004	1,004	1,005	1,006	1,006	1,007	1,008	1,008	1,009	1,009	1,009	1,010	1,010	1,011	1,011	1,011	1,011	1,012	1,012	1,012	1,013	1,013
0,955	0,994	0,995	0,997	0,998	0,999	1,000	1,001	1,002	1,002	1,003	1,004	1,005	1,005	1,006	1,006	1,007	1,008	1,008	1,009	1,009	1,009	1,010	1,010	1,011	1,011	1,011	1,012	1,012	1,012	1,012	1,013	1,013	1,013
0,960	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,001	1,002	1,002	1,003	1,004	1,005	1,005	1,006	1,006	1,007	1,008	1,008	1,009	1,009	1,009	1,010	1,010	1,011	1,011	1,011	1,012	1,012	1,012	1,012	1,013	1,013	1,013	1,013
0,965	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,002	1,003	1,004	1,005	1,005	1,006	1,006	1,007	1,008	1,008	1,009	1,009	1,010	1,010	1,010	1,011	1,011	1,011	1,012	1,012	1,012	1,012	1,013	1,013	1,013	1,013	1,013
0,970	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,004	1,005	1,005	1,006	1,007	1,007	1,008	1,008	1,009	1,009	1,010	1,010	1,010	1,011	1,011	1,011	1,012	1,012	1,012	1,012	1,013	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014
0,975	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,005	1,006	1,007	1,007	1,008	1,008	1,009	1,009	1,010	1,010	1,010	1,011	1,011	1,011	1,012	1,012	1,012	1,012	1,013	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014
0,980	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,007	1,008	1,008	1,009	1,009	1,010	1,010	1,010	1,011	1,011	1,011	1,012	1,012	1,012	1,012	1,013	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,014
0,985	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,008	1,009	1,009	1,010	1,010	1,010	1,011	1,011	1,011	1,012	1,012	1,012	1,012	1,013	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014
0,990	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,009	1,010	1,010	1,010	1,011	1,011	1,011	1,012	1,012	1,012	1,012	1,013	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014
0,995	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,010	1,010	1,011	1,011	1,011	1,012	1,012	1,012	1,012	1,013	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014
1,000	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,010	1,011	1,011	1,011	1,012	1,012	1,012	1,012	1,013	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,015
1,005	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,011	1,012	1,012	1,012	1,013	1,013	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015	1,015
1,010	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,012	1,012	1,013	1,013	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015	1,015	1,015
1,015	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,012	1,013	1,013	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015
1,020	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,013	1,013	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015
1,025	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,013	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015
1,030	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015
1,035	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,016
1,040	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,016	1,016
1,045	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,016	1,016	1,016
1,050	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,016	1,016	1,016	1,016
1,055	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016
1,060	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016
1,065	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016
1,070	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015	1,015	1,015	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016
1,075	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015	1,015	1,015	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016
1,080	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015	1,015	1,015	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016
1,085	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015	1,015	1,015	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016
1,090	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015	1,015	1,015	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016
1,095	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015	1,015	1,015	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016
1,100	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015	1,015	1,015	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016
1,105	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015	1,015	1,015	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016

	Koef_CM																																	
Koef_PHP	0,980	0,985	0,990	0,995	1,000	1,005	1,010	1,015	1,020	1,025	1,030	1,035	1,040	1,045	1,050	1,055	1,060	1,065	1,070	1,075	1,080	1,085	1,090	1,095	1,100	1,105	1,110	1,115	1,120	1,125	1,130	1,135	1,140
0,910	0,991	0,991	0,992	0,992	0,993	0,993	0,994	0,995	0,995	0,996	0,997	0,997	0,998	0,999	1,000	1,000	1,001	1,002	1,003	1,003	1,004	1,005	1,005	1,006	1,006	1,007	1,008	1,008	1,008	1,009	1,009	1,010	1,010
0,915	0,991	0,992	0,992	0,993	0,993	0,994	0,995	0,995	0,996	0,997	0,997	0,998	0,999	1,000	1,000	1,001	1,002	1,003	1,003	1,004	1,005	1,005	1,006	1,007	1,007	1,008	1,008	1,009	1,009	1,009	1,010	1,010	1,011
0,920	0,992	0,992	0,993	0,993	0,994	0,995	0,995	0,995	0,996	0,997	0,997	0,998	0,999	1,000	1,001	1,001	1,002	1,003	1,003	1,004	1,005	1,005	1,006	1,007	1,007	1,008	1,008	1,009	1,009	1,009	1,010	1,010	1,011
0,925	0,992	0,993	0,993	0,994	0,995	0,995	0,996	0,997	0,998	0,998	0,999	1,000	1,001	1,001	1,002	1,003	1,004	1,004	1,005	1,006	1,006	1,007	1,007	1,008	1,008	1,009	1,009	1,010	1,010	1,010	1,011	1,011	1,011
0,930	0,993	0,993	0,994	0,995	0,995	0,996	0,997	0,998	0,998	0,999	1,000	1,001	1,001	1,002	1,003	1,004	1,004	1,005	1,006	1,006	1,007	1,007	1,008	1,008	1,009	1,009	1,010	1,010	1,010	1,011	1,011	1,011	1,012
0,935	0,993	0,994	0,995	0,995	0,996	0,997	0,998	0,998	0,999	1,000	1,001	1,001	1,002	1,003	1,004	1,004	1,005	1,006	1,006	1,007	1,007	1,008	1,008	1,009	1,009	1,010	1,010	1,010	1,011	1,011	1,011	1,012	1,012
0,940	0,994	0,995	0,995	0,996	0,997	0,998	0,998	0,999	1,000	1,001	1,001	1,002	1,003	1,004	1,004	1,005	1,006	1,006	1,007	1,007	1,008	1,008	1,009	1,009	1,010	1,010	1,010	1,011	1,011	1,011	1,012	1,012	1,012
0,945	0,994	0,995	0,996	0,997	0,998	0,998	0,999	1,000	1,001	1,002	1,002	1,003	1,004	1,004	1,005	1,006	1,006	1,007	1,007	1,008	1,008	1,009	1,009	1,010	1,010	1,011	1,011	1,011	1,011	1,012	1,012	1,012	1,012
0,950	0,994	0,995	0,997	0,998	0,998	0,999	1,000	1,001	1,002	1,002	1,003	1,004	1,004	1,005	1,006	1,006	1,007	1,008	1,008	1,009	1,009	1,009	1,010	1,010	1,011	1,011	1,011	1,011	1,012	1,012	1,012	1,013	1,013
0,955	0,994	0,995	0,997	0,998	0,999	1,000	1,001	1,002	1,002	1,003	1,004	1,005	1,005	1,006	1,006	1,007	1,008	1,008	1,009	1,009	1,009	1,010	1,010	1,011	1,011	1,011	1,012	1,012	1,012	1,012	1,013	1,013	1,013
0,960	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,001	1,002	1,002	1,003	1,004	1,005	1,005	1,006	1,006	1,007	1,008	1,008	1,009	1,009	1,009	1,010	1,010	1,011	1,011	1,011	1,012	1,012	1,012	1,012	1,013	1,013	1,013	1,013
0,965	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,002	1,003	1,004	1,005	1,005	1,006	1,006	1,007	1,008	1,008	1,009	1,009	1,010	1,010	1,010	1,011	1,011	1,011	1,012	1,012	1,012	1,012	1,013	1,013	1,013	1,013	1,013
0,970	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,004	1,005	1,005	1,006	1,007	1,007	1,008	1,008	1,009	1,009	1,010	1,010	1,010	1,011	1,011	1,011	1,012	1,012	1,012	1,012	1,013	1,013	1,013	1,013	1,013	1,014
0,975	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,005	1,006	1,007	1,007	1,008	1,008	1,009	1,009	1,010	1,010	1,010	1,011	1,011	1,011	1,012	1,012	1,012	1,012	1,013	1,013	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014
0,980	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,007	1,008	1,008	1,009	1,009	1,010	1,010	1,010	1,011	1,011	1,011	1,012	1,012	1,012	1,012	1,013	1,013	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014
0,985	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,008	1,009	1,009	1,010	1,010	1,010	1,011	1,011	1,011	1,012	1,012	1,012	1,012	1,013	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014
0,990	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,009	1,010	1,010	1,010	1,011	1,011	1,011	1,012	1,012	1,012	1,012	1,013	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014
0,995	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,010	1,010	1,011	1,011	1,011	1,012	1,012	1,012	1,012	1,013	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014
1,000	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,010	1,011	1,011	1,011	1,012	1,012	1,012	1,012	1,013	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,015
1,005	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,011	1,012	1,012	1,012	1,013	1,013	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015
1,010	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,012	1,012	1,013	1,013	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015	1,015	1,015
1,015	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,012	1,013	1,013	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015
1,020	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,013	1,013	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015
1,025	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,013	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015
1,030	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015
1,035	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015
1,040	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,016
1,045	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,016	1,016
1,050	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,016	1,016	1,016
1,055	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,016	1,016	1,016	1,016
1,060	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016
1,065	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015	1,015	1,015	1,015	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016
1,070	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015	1,015	1,015	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016
1,075	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015	1,015	1,015	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016
1,080	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015	1,015	1,015	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016
1,085	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015	1,015	1,015	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016
1,090	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015	1,015	1,015	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016
1,095	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015	1,015	1,015	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016
1,100	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015	1,015	1,015	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016
1,105	0,994	0,995	0,997	0,998	1,000	1,002	1,003	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,011	1,012	1,013	1,013	1,013	1,014	1,014	1,014	1,015	1,015	1,015	1,015	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016	1,016

Cenník výkonov JZS

Kód výkonu	Názov výkonu	Obsah kombinovaných výkonov („K“)	hodnota v €
9400	presádrovanie v anestézii		194,00
9319	incízia perianálneho abscesu		139,00
9312	operácia pupočníkovej hernie		469,00
9311K	jednostranná operácia slabinovej hernie bez použitia sieťky v kombinácii s iným výkonom	K: plastika hydrokély; plastika varikokély; plastika druhostrannej slabinovej hernie; plastika inej hernie, prípadne iné súvisiace výkony v odbornosti	579,00
9311	jednostranná operácia slabinovej hernie bez použitia sieťky		480,00
9310	exstirpácia a/alebo biopsia lymfatických uzlín z jednej lokality		194,00
9309	exstirpácia lymfangiómu		194,00
9308	exstirpácia hemangiómu		194,00
9306	operačné odstránenie zarastajúceho nechta u detí (resekcia a plastika nechtového lôžka)		139,00
9302	nekrektómia v ca		304,00
9256	operácia hernie prednej brušnej steny		524,00
9255	operácia diastázy priamych brušných svalov		524,00
9250A	ošetrenie popáleniny v celkovej anestéze		359,00
9100	endoskopické vyšetrenie v celkovej anestézii		359,00
9019	exstirpácia a/alebo biopsia lymfatických uzlin z viacerých lokalít		304,00
9016	operačné odstránenie osteosyntetického materiálu alebo vonk. fixátora (v ca)		425,00
8968	spontánny pôrod s pobytom do 24 hodín		343,00
8962	diagnostická laparoskopia s adheziolýzou		491,00
8929	operačná repozícia parafimózy		249,00
8644	rekonštrukčná operácia defektu panvového dna s použitím setu (predný alebo zadný oddiel)		491,00
8643K	predná pošvová plastika v kombinácií s iným výkonom	iný výkon: konizácia, zadná plastika, vaginálna hysterektómia	579,00
8643	predná pošvová plastika		469,00
8642	myomektómia		491,00
8641	adnexektómia - laparoskopicky		491,00
8640	ablácia cervikálneho polypu		359,00
8637	punkcia hydronefrózy		249,00
8636	excízia zo steny pošvy na histológiu		359,00
8635	amniocentéza - invazívna sonografia		194,00
8634	dilatácia a kyretáž		425,00
8633	biopsia prsníka		249,00
8630	kolpoperineoplastika (zadná pošvová plastika bez použitia sieťky)		469,00
8629	ablácia endometriotických ložísk - laparoskopicky		491,00

8628	oophorektómia- laparoskopicky		491,00
8627	ovariálna cystektómia laparoskopicky		491,00
8626	salpingektómia laparoskopicky		491,00
8623	sterilizácia ženy zo zdravotných indikácií		414,00
8622	diagnostická laparoskopia bez adheziolýzy		425,00
8620	hysteroskopia (+ prípadná resekcia uterinného septa)		502,00
8619	resekcia vaginálneho septa		359,00
8617	hysterosalpingografia		304,00
8616	punkcia ovariálnych cýst		249,00
8615	amnioinfúzia		359,00
8614	kordocentéza		359,00
8613	exstirpácia cýst glandule vestibularis - bartolinskej žlazy		359,00
8612	excísia vulvy - len ako terapeutický zákrok v ca		359,00
8611K	konizácia cervixu v kombinácii s iným výkonom	iný výkon: dilatácia a kyretáž, prípadne iné súvisiace výkony v odbornosti	469,00
8611	konizácia cervixu		425,00
8610	gynekologické vyšetrenie v celkovej anestézii		359,00
8588	lobektómia štítnej žľazy		524,00
8577	laparoskopická apendektómia		689,00
8575	amputácia prsta pre gangrénu		139,00
8573K	exstirpácia dvoch a viacerých gangliomov	K: viacnásobný výkon	167,00
8573	exstirpácia jedného gangliomu		139,00
8572	exstirpácia benígneho nádoru prsnej žľazy		414,00
8569	diagnostické biopsie kože, podkožia a svalov		139,00
8568	zrušenie arteriovenóznej fistuly		304,00
8567	vytvorenie alebo rekonštrukcia arteriovenóznej fistuly pri chronickej liečbe hemodialýzou		414,00
8565	operácia hemoroidov		447,00
8564	laparoskopická cholecystektómia		700,00
8549	sekundárna sutúra šľachy		524,00
8548	tenolýza šliach ruky		414,00
8547	exstirpácia a excízia benígnych a malígnych nádorov kože, podkožia a svalov		194,00
8542	operácia ruptúry achilovej šlachy		535,00
8540	operácia análnych fistúl a/alebo fisúr		447,00
8539K	operácia varixov oboch dolných končatín	K: bilaterálne	634,00
8539	operácia varixov jednej dolnej končatiny		535,00
8538	exstirpácia sakrálneho dermoidu		414,00
8520	operačné riešenie abruptio tuberculi majoris et minoris humeri		469,00
8519	operačné riešenie fractura claviculae		524,00
8516	operačné riešenie fractura capitis radii		414,00
8512	operačné riešenie fractura metacarpi		502,00
8510	repozícia jednoduchých zlomenín v celkovej anestéze		480,00
8509	dynamizácia vnútrodreňových klincov		304,00
8501K	jednostranná operácia slabinovej hernie s použitím sieťky v kombinácii s iným výkonom	K: plastika hydrokély; plastika varikokély; plastika	634,00

		druhostrannej slabinovej hernie; plastika inej hernie, prípadne iné súvisiace výkony v odbornosti	
8501	jednostranná operácia slabinovej hernie s použitím sieťky		590,00
8507	operácia poúrazovej paraartikulárnej burzitídy vo všetkých lokalizáciách		370,00
8915	frenuloplastika pre frenulum breve penis		304,00
8909	operácia fimózy - cirkumcízia		425,00
8908	suburetrálna aplikácia implantátov pri stresovej inkontinencii alebo pri vezikorenálnom refluxe		480,00
8648	prerušenie tehotenstva		414,00

Finančný objem

Finančný objem na kalendárny mesiac podľa bodu 12.11. Zmluvy	-----

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

-

VŠEOBECNÉ ZMLUVNÉ PODMIENKY
pre zdravotnú starostlivosť

I. Vymedzenie základných pojmov

1.1. **„MZ SR"** je Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky.

1.2. **„Poistenec"** je fyzická osoba, ktorá je verejne zdravotne poistená v Poisťovni.

1.3. **„Poisťovňa"** je obchodná spoločnosť DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s. so sídlom Einsteinova 25, 851 01 Bratislava, IČO: 35 942 436, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka číslo 3627/B.

1.4. **„Poskytovateľ"** je poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, s ktorým Poisťovňa uzatvorila Zmluvu.

1.5. **„Úrad"** je Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

1.6. **„VZP"** alebo **„Všeobecné zmluvné podmienky"** sú tieto všeobecné zmluvné podmienky pre zdravotnú starostlivosť, ktoré majú charakter iných obchodných podmienok podľa § 273 ods. 1 Obchodného zákonníka.

1.7. **„Zákon o liekoch"** je zákon č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a, o zmene a doplnení niektorých zákonov

1.8. **„Zákon o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti"** je zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

1.9. **„Zákon o rozsahu zdravotnej starostlivosti"** je zákon č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov.

1.10. **„Zákon o rozsahu a podmienkach úhrady liekov"** je zákon č. 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

1.11. **„Zákon o zdravotnej starostlivosti"** je zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

1.12. **„Zákon o zdravotných poisťovniach"** je zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

1.13. **„Zmluva"** je zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktorú uzatvorili Poisťovňa a poskytovateľ zdravotnej starostlivosti na základe § 7 Zákona o zdravotných poisťovniach.

1.14. **„Webové sídlo Poisťovne"** je internetová stránka http://www.dovera.sk zriadená Poisťovňou.

II. Kritériá na uzatváranie zmlúv

2.1. Poisťovňa v zmysle Zákona o zdravotných poisťovniach stanovuje a uverejňuje na úradnej tabuli v mieste sídla Poisťovne a na Webovom sídle Poisťovne kritériá na uzatváranie zmlúv s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti vzťahujúce sa na personálne a materiálno-technické vybavenie Poskytovateľa a na indikátory kvality.

2.2. Poskytovateľ je povinný poskytovať Poisťovni údaje potrebné na vyhodnotenie indikátorov kvality uverejnených v rámci kritérií na uzatváranie zmlúv podľa bodu 2.1.

2.3. Poisťovňa vyhodnocuje plnenie kritérií na uzatváranie zmlúv podľa bodu 2.1. a na základe ich plnenia vytvára poradie poskytovateľov, ktoré zohľadňuje pri uzatváraní zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

2.4. V prípade, ak poskytovateľ zdravotnej starostlivosti prestal spĺňať kritériá, ktoré Poisťovňa riadne stanovila a uverejnila v súlade so Zákonom o zdravotných poisťovniach, je povinný bez zbytočného odkladu oznámiť túto skutočnosť Poisťovni a v lehote 30 kalendárnych dní vykonať všetky potrebné opatrenia, aby kritériá opätovne spĺňal.

2.5. Ustanovenia tohto článku sa nevzťahujú na poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti ani na poskytovateľov záchrannej zdravotnej služby; povinnosť poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti poskytovať Poisťovni údaje potrebné na vyhodnocovanie indikátorov kvality tým nie je dotknutá.

III. Rozsah zdravotnej starostlivosti

3.1. Rozsahom zdravotnej starostlivosti sa rozumie vecný a finančný rozsah poskytovania zdravotnej starostlivosti plne alebo čiastočne hradenej z verejného zdravotného poistenia v súlade so Zákonom o rozsahu zdravotnej starostlivosti.

3.2. Vecným rozsahom zdravotnej starostlivosti je vykonávanie zdravotných výkonov v tom špecializačnom odbore, ktorý je vymedzený v predmete Zmluvy a vychádza z povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia, ktoré Poskytovateľovi vydal samosprávny kraj alebo MZ SR.

3.3. Finančným rozsahom zdravotnej starostlivosti je stanovenie výšky a spôsobu výpočtu úhrady za zdravotnú starostlivosť; Zmluva môže obsahovať aj určenie alebo spôsob výpočtu finančného objemu na úhradu za zdravotnú starostlivosť poskytnutú v určitom časovom období.

IV. Povinnosti pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti

4.1. Pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti Poskytovateľ overí poistný vzťah Poistenca k Poisťovni z preukazu poistenca. Pokiaľ Poistenec preukaz poistenca nemá alebo pokiaľ má Poskytovateľ dôvodnú pochybnosť o pravosti predloženého preukazu poistenca, je oprávnený overiť si poistný vzťah Poistenca k Poisťovni na Webovom sídle Poisťovne alebo telefonicky na zákazníckej linke Poisťovne. V prípade poskytovania inej ako neodkladnej zdravotnej starostlivosti Poskytovateľ zároveň overí, či nie je poistenec uvedený v zozname dlžníkov zverejnenom na Webovom sídle Poisťovne. Poisťovňa zodpovedá za škodu spôsobenú nesprávnym zaradením Poistenca do zoznamu dlžníkov.

4.2. Poskytovateľ je pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti povinný dodržiavať Zákon o zdravotnej starostlivosti a ostatné všeobecne záväzné právne predpisy, odborné usmernenia MZ SR ako ústredného orgánu štátnej správy, ktorý odborne usmerňuje poskytovanie zdravotnej starostlivosti, Zmluvu a Všeobecné zmluvné podmienky.

4.3. Poskytovateľ je povinný poskytovať zdravotnú starostlivosť osobne alebo prostredníctvom osôb, ktoré sú v pracovnoprávnom alebo obdobnom vzťahu alebo v inom zmluvnom vzťahu k Poskytovateľovi na základe licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe a spĺňajú všetky podmienky na výkon zdravotníckeho povolania v tom odbore, v ktorom poskytuje zdravotnú starostlivosť Poskytovateľ. Poskytovateľ je povinný zabezpečiť, aby všetci zdravotnícki pracovníci, prostredníctvom ktorých poskytuje zdravotnú starostlivosť, vykonávali zdravotnícke povolanie v súlade s Etickým kódexom zdravotníckeho pracovníka.

4.4. Poskytovateľ je povinný poskytovať zdravotnú starostlivosť počas ordinačných hodín schválených príslušným orgánom územnej samosprávy. Pokiaľ je to z prevádzkových alebo iných dôvodov na strane Poskytovateľa potrebné, Poskytovateľ je oprávnený poskytovať zdravotnú starostlivosť aj mimo ordinačných hodín. Poskytovateľ je povinný umiestniť schválené ordinačné hodiny na viditeľnom mieste pri vstupe do zdravotníckeho zariadenia alebo ambulancie.

4.5. Poskytovateľ, ktorý počas ordinačných hodín nebude poskytovať zdravotnú starostlivosť, je povinný zabezpečiť zastupovanie prostredníctvom iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorý má povolenie poskytovať zdravotnú starostlivosť v rovnakom špecializačnom odbore ako Poskytovateľ. Poskytovateľ je povinný zabezpečiť, aby zastupujúci poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, ak poskytuje zdravotnú starostlivosť v zdravotníckom zariadení Poskytovateľa, zdravotnú starostlivosť poskytnutú Poistencom počas zastupovania vykazoval s použitím kódu Poskytovateľa, ktorého zastupuje. Pokiaľ Poskytovateľ nebude poskytovať zdravotnú starostlivosť po dobu dlhšiu ako 20 pracovných dní, je povinný bezodkladne o tom informovať Poisťovňu.

4.6. Poskytovateľ smie zdravotnú starostlivosť poskytovať len s použitím zdravotníckej techniky, ktorá spĺňa požiadavky všeobecne záväzných právnych predpisov a technických noriem.

4.7. Poskytovateľ je povinný viesť zdravotnú dokumentáciu v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi tak, aby údaje v zdravotnej dokumentácii poskytovali pravdivý a komplexný prehľad o zdravotnej starostlivosti poskytnutej Poistencovi. Poskytovateľ je povinný zdravotnú dokumentáciu týkajúcu sa Poistencov uchovávať v mieste, v ktorom podľa príslušného povolenia prevádzkuje svoje zdravotnícke zariadenie.

4.8. Poskytovateľ, ktorý odosiela Poistenca na ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti, je povinný vyhotoviť výpis zo zdravotnej dokumentácie, v ktorom okrem náležitostí uvedených vo všeobecne záväzných právnych predpisoch uvedie aj výsledky a dátum vykonania laboratórnych a diagnostických vyšetrení a ostatné skutočnosti, na podklade ktorých rozhodol o odoslaní Poistenca na ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti.

4.9. Poskytovateľ je po poskytnutí zdravotnej starostlivosti povinný vyhotoviť výpis zo zdravotnej dokumentácie v rozsahu ním poskytnutej

zdravotnej starostlivosti a poskytnúť ho poskytovateľovi všeobecnej ambulantnej starostlivosti, s ktorým má Poistenec uzavretú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, a poskytovateľovi špecializovanej ambulantnej starostlivosti, na odporúčanie ktorého poskytol Poistencovi zdravotnú starostlivosť.

4.10. Poskytovateľ je povinný povereným osobám uvedeným v bode 7.3 umožniť počas ordinačných hodín alebo v inom dohodnutom čase nahliadnuť do zdravotnej dokumentácie, robiť si výpisky alebo kópie zo zdravotnej dokumentácie; revíznym lekárom Poisťovne a ostatným osobám konajúcim z poverenia Poisťovne je povinný poskytovať aj potrebné vysvetlenia.

4.11. Poskytovateľ, môže požiadať o vykonanie laboratórnych alebo diagnostických vyšetrení len toho poskytovateľa prevádzkujúceho zariadenie spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, s ktorým má Poisťovňa uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Poskytovateľ je povinný v žiadanke o vykonanie laboratórnych alebo diagnostických vyšetrení zreteľne uviesť, vykonanie akých laboratórnych alebo diagnostických vyšetrení žiada; zároveň Poskytovateľ uvedie:

a. meno, priezvisko a rodné číslo Poistenca;

b. kód Poisťovne;

c. diagnózu v súlade s bodom 5.3.;

d. presný dátum a čas odberu biologického materiálu, pokiaľ Poskytovateľ žiada o laboratórny rozbor biologického materiálu odobratého Poistencovi;

e. počet požadovaných vyšetrení vyjadrený slovom aj číslom;

f. kód odosielajúceho lekára, kód poskytovateľa, jeho podpis a odtlačok jeho pečiatky;

g. informáciu, že ide o výkon nehradený z verejného zdravotného poistenia, ak sa vyšetrenie vykonalo na žiadosť poistenca.

4.12. Ak zdravotný stav Poistenca vyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti po dobu dlhšiu ako 24 hodín, ošetrujúci lekár Poskytovateľa môže odporučiť prijatie Poistenca do ústavnej starostlivosti. V tomto prípade je povinný vyhotoviť podrobné odôvodnenie potreby prijatia do ústavnej starostlivosti, ku ktorému priloží výpis zo zdravotnej dokumentácie.

4.13. Pri predpisovaní liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín (ďalej spoločne aj „Lieky") Poistencovi Poskytovateľ postupuje podľa súčasných poznatkov farmakoterapie účelne a hospodárne. Ak platná právna úprava ukladá Poskytovateľovi povinnosť predpísať Liek uvedením názvu liečiva, Poskytovateľ je povinný okrem názvu a množstva liečiva uviesť aj cestu podania Lieku, liekovú formu a veľkosť a počet dávok; Poskytovateľ je oprávnený uviesť popri názve liečiva aj názov Lieku. Poskytovateľ môže v prípade povinného predpísania názvu liečiva zakázať výdaj náhradného humánneho Lieku, ak je to z medicínskeho hľadiska pre Poistenca nevhodné, túto skutočnosť bez zbytočného odkladu zaznamená v zdravotnej dokumentácii Poistenca. Názov humánneho lieku, ktorý predpisujúci Poskytovateľ zakazuje z medicínskych dôvodov vydať Poistencovi, je povinný uviesť aj na rubovej strane lekárskeho predpisu. Poskytovateľ nie je oprávnený predpísať Poistencovi balenie Liekov na obdobie dlhšie ako tri mesiace, ak Poistenec užíva liek pravidelne; to neplatí, ak jedno balenie tohto Lieku obsahuje dávku na viac ako tri mesiace. Poskytovateľ nie je oprávnený predpísať balenie Lieku viac ako na liečbu v trvaní jedného mesiaca, pokiaľ takýto liek v minulosti Poistencovi ešte nepredpísal. Počet predpísaných balení Lieku s obsahom omamnej a psychotropnej látky II. a III. skupiny nesmie prekročiť počet balení na liečbu v trvaní jedného mesiaca. Počet a druh predpísaných balení lieku a dávkovanie lieku Poskytovateľ vyznačí v zdravotnej dokumentácii.

4.14. Poskytovateľ je pri predpisovaní a podávaní Liekov povinný dodržiavať všetky indikačné obmedzenia, preskripčné obmedzenia a terapeutické indikácie vrátane ostatných klinických informácií, ktoré vyplývajú zo súhrnu charakteristických vlastností lieku schváleného Štátnym ústavom pre kontrolu liečiv. Lieky, ktorých predpísanie, vydanie alebo podanie je viazané na súhlas Poisťovne, je Poskytovateľ povinný predpisovať, vydávať, podávať v súlade so súhlasom Poisťovne.

4.15. Poskytovateľ je povinný vyplniť v lekárskom predpise a lekárskom poukaze najmä meno, priezvisko a rodné číslo Poistenca, adresu bydliska Poistenca, kód Poisťovne, názov liečiva alebo liečiv obsiahnutých v Lieku (ak ide o liečivá v prílohe č. 1 Zákona o liekoch), alebo názov a kód Lieku (ak liečivo obsiahnuté v Lieku nie je uvedené v prílohe č. 1 Zákona o Liekoch), formu Lieku a jej množstvo v jednom balení, ak existujú rôzne liekové formy alebo obsah Lieku, a diagnózu podľa bodu 5.3. s uvedením trojmiestnej položky, dávkovanie a časový režim užívania Lieku. Poskytovateľ, ktorý predpisuje Liek na základe odporúčania odborného lekára nie staršieho ako 6 mesiacov, uvedie na druhú stranu lekárskeho predpisu poznámku „NA ODPORÚČANIE ODBORNÉHO LEKÁRA" s uvedením mena a priezviska a kódu odborného lekára, názvu, sídla a kódu pracoviska príslušného odborného lekára a dátumu lekárskej správy, v ktorej odporúčal predpísanie Lieku. Poskytovateľ používa na predpisovanie Liekov len tlačivá lekárskych predpisov a lekárskych poukazov vyhotovené v súlade so všeobecne záväzným právnym predpisom.

4.16. Pokiaľ je v preukaze poistenca vyznačený symbol „LK", Poisťovňa vydala Poistencovi liekovú knižku. V tomto prípade je Poskytovateľ povinný zaznamenať v liekovej knižke predpísanie liekov. Ak Poistenec nemá liekovú knižku pri sebe, Poskytovateľ je povinný upozorniť Poistenca na povinnosť mať pri sebe liekovú knižku a zaznamenať skutočnosť, že Poistenec nemal pri sebe liekovú knižku, do zdravotnej dokumentácie; ak Poistenec nemá liekovú knižku pri sebe opakovane, Poskytovateľ o tejto skutočnosti bezodkladne informuje Poisťovňu.

4.17. Poskytovateľ nesmie vydávať Lieky v ambulancii ani v iných objektoch, zariadeniach a prevádzkach, ktoré využíva v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti; tento zákaz sa nevzťahuje na výdaj liekov a zdravotníckych pomôcok, ktoré podľa bodu 4.18. obstarala Poisťovňa, ani na výdaj liekov, ktoré je Poskytovateľ oprávnený vydávať podľa všeobecne záväzných právnych predpisov.

4.18. Pokiaľ Poisťovňa oznámi Poskytovateľovi, že na základe zmluvy s výrobcom liekov, veľkodistribútorom liekov, výrobcom zdravotníckych pomôcok alebo veľkodistribútorom zdravotníckych pomôcok obstaráva niektoré alebo všetky lieky alebo niektoré alebo všetky zdravotnícke pomôcky uvedené vo všeobecne záväznom právnom predpise vydanom na základe § 6 ods. 13 písm. b) Zákona o zdravotných poisťovniach, je Poskytovateľ povinný písomne požiadať Poisťovňu o obstaranie takýchto liekov a zdravotníckych pomôcok vždy, keď takýto liek alebo zdravotnícku pomôcku Poistencovi mieni predpísať. V tomto prípade Poskytovateľ vyčká, kým Poisťovňa liek alebo zdravotnícku pomôcku obstará a dodá ho Poskytovateľovi; to neplatí, ak

a. zdravotný stav Poistenca vyžaduje poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti, alebo

b. Poisťovňa oznámi Poskytovateľovi, že liek alebo zdravotnícku pomôcku neobstará, alebo

c. ak Poisťovňa liek alebo zdravotnícku pomôcku nedodá Poskytovateľovi do 7 kalendárnych dní odo dňa doručenia žiadosti.

Poskytovateľ je povinný liek alebo zdravotnícku pomôcku, ktoré obstarala Poisťovňa, dodať tomu Poistencovi, pre ktorého požiadal Poisťovňu o obstaranie lieku alebo zdravotníckej pomôcky. Poskytovateľovi patrí za úkony podľa tohto bodu paušálna náhrada nákladov vo výške dohodnutej v Zmluve.

4.19. Pokiaľ Poskytovateľ vykonáva biomedicínsky výskum, je povinný bezodkladne oznámiť Poisťovni mená, priezviská a rodné čísla všetkých Poistencov, ktorí sa zúčastňujú na biomedicínskom výskume u Poskytovateľa. Pokiaľ má Poskytovateľ záujem vykonávať neintervenčnú klinickú štúdiu Lieku, ktorej sa majú zúčastniť poistenci Poisťovne, je povinný požiadať Poisťovňu o predchádzajúci písomný súhlas s touto štúdiou. Poisťovňa je oprávnená určiť údaje, ktoré je Poskytovateľ povinný Poisťovni oznámiť pri schvaľovaní neintervenčnej klinickej štúdie.

4.20. Poskytovateľ môže v priamej súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti Poistencovi objednať u osoby poskytujúcej služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktorá ma s Poisťovňou uzavretú zmluvu o poskytovaní dopravy, prepravu Poistenca z miesta bydliska Poistenca do miesta poskytovania zdravotnej starostlivosti Poistencovi a späť alebo medzi dvomi miestami poskytovania zdravotnej starostlivosti tomuto Poistencovi. Poskytovateľ je povinný v zdravotnej dokumentácii odôvodniť objednanie prepravy, a to tým, že:

a. zdravotný stav Poistenca vyžaduje počas prepravy do alebo z miesta poskytovania zdravotnej starostlivosti stálu prítomnosť zdravotníckeho pracovníka;

b. zdravotný stav Poistenca vyžaduje počas prepravy zachovanie protiepidemického režimu, ktorý sa nedá zachovať pri inom spôsobe prepravy;

c. Poistenec je zaradený do chronického dialyzačného programu alebo do transplantačného programu a preprava sa týka zdravotných výkonov poskytovaných v súvislosti s týmito programami;

d. Poistenec má zdravotné ťažkosti zapríčinené podaním chemoterapie alebo

e. Poistenec nie je schopný samostatného pohybu.

4.21. Poskytovateľ oznamuje Poisťovni všetky úrazy alebo iné poškodenia zdravia, v súvislosti s ktorými poskytol Poistencom zdravotnú starostlivosť, ak je dôvodné podozrenie, že tieto boli spôsobené zavineným konaním tretej osoby; smrteľné úrazy, ťažké úrazy, hromadné úrazy a choroby z povolania Poskytovateľ oznamuje vždy. Poskytovateľ oznamuje Poisťovni aj každé poskytnutie zdravotnej starostlivosti osobe v dôsledku preukázaného porušenia liečebného režimu alebo užitia návykových látok. Poskytovateľ zasiela oznámenia podľa tohto bodu vždy za kalendárny mesiac, a to spolu so zúčtovacími dokladmi podľa bodu 5.6.

V. Vykazovanie poskytnutej zdravotnej starostlivosti

5.1. Poskytovateľ vykazuje poskytnutú zdravotnú starostlivosť za kalendárny mesiac, v ktorom zdravotnú starostlivosť poskytol (ďalej len „Zúčtovacie obdobie"). Poskytovateľ vykazuje poskytnutú zdravotnú starostlivosť jedenkrát za Zúčtovacie obdobie, a to do 10. dňa nasledujúceho kalendárneho mesiaca. V prípade, že Poskytovateľ vykáže poskytnutú zdravotnú starostlivosť počas Zúčtovacieho obdobia, poskytnutá zdravotná starostlivosť sa považuje za vykázanú a všetky doklady, ktoré Poskytovateľ zaslal Poisťovni v súvislosti s vykázaním zdravotnej starostlivosti za Zúčtovacie obdobie, sa považujú za doručené v 1. deň nasledujúceho kalendárneho mesiaca.

5.2. Poskytovateľ je povinný vykazovať zdravotnú starostlivosť poskytnutú v Zúčtovacom období správne, pravdivo a úplne. Zdravotná starostlivosť je vykázaná správne, pokiaľ ju Poskytovateľ vykázal v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi, Zmluvou a Všeobecnými zmluvnými podmienkami.

5.3. Poskytovateľ vykazuje choroby podľa 10. revízie Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH-10) s použitím štvormiestnych podpoložiek bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka; Poskytovateľ môže vykazovať choroby s použitím trojmiestnych položiek len v tých prípadoch, keď neexistuje štvormiestna podpoložka.

5.4. Poskytovateľ je povinný pri vykazovaní zdravotnej starostlivosti používať kódy oddelení, ambulancií a lekárov, ktoré im pridelil Úrad.

5.5. Poskytovateľ môže vykázať zdravotnú starostlivosť, ktorú poskytol pomocou zdravotníckej techniky uvedenej v Zmluve alebo pomocou zdravotníckej techniky, s použitím ktorej vyslovila Poisťovňa predchádzajúci písomný súhlas. Poskytovateľ nesmie vykázať zdravotnú starostlivosť, ktorú poskytol pomocou zdravotníckej techniky neuvedenej v predchádzajúcej vete. Poisťovňa neuhradí Poskytovateľovi tie výkony, ktoré poskytol pomocou zdravotníckej techniky neuvedenej v Zmluve alebo pomocou zdravotníckej techniky, s použitím ktorej nevyslovila Poisťovňa predchádzajúci písomný súhlas.

5.6. Poskytnutú zdravotnú starostlivosť vykazuje Poskytovateľ zúčtovacími dokladmi. Zúčtovacím dokladom je súbor (súbory) obsahujúci zoznam zdravotných výkonov (ďalej len „Dávka"), ktoré Poskytovateľ vykonal počas Zúčtovacieho obdobia. Poskytovateľ je povinný v Dávke vykazovať zdravotné výkony v štruktúre určenej Metodickým usmernením č. 9/2006 o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou, ktoré dňa 8. novembra 2006 vydal Úrad (ďalej len „Dátové rozhranie"). Pokiaľ Úrad rozhodne o zmene Dátového rozhrania, Poskytovateľ bude odo dňa účinnosti zmeny vykazovať zdravotné výkony podľa zmeneného Dátového rozhrania.

5.7. Zúčtovacím dokladom u poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti a u poskytovateľa špecializovanej ambulantnej starostlivosti v špecializačnom odbore „gynekológia a pôrodníctvo" je okrem Dávky aj:

a. mesačný výkaz o počte, prírastku a úbytku poistencov Poisťovne vo forme súboru podľa Dátového rozhrania;

b. rovnopisy dohôd o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktoré Poskytovateľ uzatvoril počas Zúčtovacieho obdobia s Poistencami.

5.8. Zúčtovacie doklady podľa tohto článku Poskytovateľ zasiela Poisťovni spravidla na dátovom nosiči (napr. CD, USB kľúč a pod.) alebo na základe osobitnej dohody prostredníctvom elektronickej pobočky, ktorú prevádzkuje Poisťovňa na svojom Webovom sídle. Povinnosť zaslať Poisťovni zúčtovacie doklady, ktoré vznikli v listinnej podobe a pri ktorých Poisťovňa neumožňuje ich zaslanie na dátovom nosiči alebo prostredníctvom elektronickej pobočky, tým nie je dotknutá. Poisťovňa je oprávnená určiť, že zúčtovacie doklady v listinnej podobe sa zasielajú len na vyžiadanie Poisťovne.

5.9. Poisťovňa do 20 kalendárnych dní odo dňa doručenia všetkých zúčtovacích dokladov do Poisťovne vykoná kontrolu formálnej a vecnej správnosti údajov uvedených v zúčtovacích dokladoch. Ak Poskytovateľ doručuje Poisťovni zúčtovacie doklady elektronicky a súčasne doručuje časť zúčtovacích dokladov v listinnej forme, lehota podľa prvej vety začína plynúť až doručením posledného zo zúčtovacích dokladov. Poisťovňa najmä preverí, či osoby, ktorým Poskytovateľ poskytol v Zúčtovacom období zdravotnú starostlivosť, boli počas poskytovania zdravotnej starostlivosti poistencami Poisťovne alebo osobami, ktorým mala byť poskytnutá zdravotná starostlivosť na účet Poisťovne. Poisťovňa ďalej vykoná kontrolu, či zdravotná starostlivosť bola vykázaná v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi, Zmluvou a VZP, najmä či Poskytovateľ dodržal obmedzenia pre vykazovanie kombinácií jednotlivých výkonov vyplývajúce zo všeobecne záväzných právnych predpisov.

5.10. Pokiaľ Poisťovňa zistí, že v zúčtovacích dokladoch boli uvedené nesprávne, nepravdivé alebo neúplné údaje, Poisťovňa vyhotoví zoznam obsahujúci nesprávne, nepravdivé alebo neúplné údaje (ďalej len „Protokol sporných dokladov"); Poisťovňa pri každom údaji uvedie, v čom spočíva jeho nesprávnosť, nepravdivosť alebo neúplnosť. Poisťovňa vyhotoví Protokol sporných dokladov v elektronickej podobe a doručí ho Poskytovateľovi v lehote uvedenej v bode 5.9 pokiaľ sa Poskytovateľ a Poisťovňa nedohodnú v Zmluve inak. Oprávnenie Poisťovne vykonať u Poskytovateľa kontrolu všetkých údajov uvedených v zúčtovacích dokladoch nie je týmto bodom dotknuté.

5.11. Poskytovateľ môže proti Protokolu sporných dokladov podať písomné námietky, pokiaľ sa domnieva, že údaje uvedené v Protokole sporných dokladov Poisťovňa nemala vyhodnotiť ako nesprávne, nepravdivé alebo neúplné. Poskytovateľ môže podať námietky do 30 kalendárnych dní odo dňa doručenia Protokolu sporných dokladov Poskytovateľovi, inak sa údaje uvedené v Protokole sporných dokladov považujú za správne. Poskytovateľ je povinný v námietkach uviesť všetky skutočnosti, ktorými preukáže správnosť, pravdivosť a úplnosť vykázanej zdravotnej starostlivosti, a priložiť k námietkam Dávku obsahujúcu tie zdravotné výkony uvedené v Protokole sporných dokladov, ktoré Poisťovňa nemala vyhodnotiť ako nesprávne, nepravdivé alebo neúplné (ďalej len „Reklamačná dávka").

5.12. Pokiaľ Poskytovateľ opomenul vykázať zdravotnú starostlivosť poskytnutú v príslušnom Zúčtovacom období, je povinný ju vykázať spolu so zúčtovaním za ten kalendárny mesiac, v ktorom zistil, že ju opomenul vykázať za príslušné Zúčtovacie obdobie, najneskôr však do 1. marca kalendárneho roka nasledujúceho po kalendárnom roku, v ktorom bola zdravotná starostlivosť poskytnutá. Zdravotnú starostlivosť podľa tohto bodu je Poskytovateľ povinný vykázať samostatnou Dávkou za každý kalendárny mesiac, za ktorý opomenul vykázať zdravotnú starostlivosť (ďalej len „Dodatočná dávka"). Poskytovateľ nesmie v Dodatočnej dávke uviesť také zdravotné výkony, ktoré už za príslušný kalendárny mesiac vykázal v Dávke alebo v Reklamačnej dávke.

5.13. Na vykazovanie zdravotnej starostlivosti Reklamačnou dávkou a Dodatočnou dávkou a kontrolu takto vykázanej zdravotnej starostlivosti sa primerane vzťahujú ustanovenia tohto článku. K Protokolu sporných dokladov viažucemu sa na Reklamačnú dávku však Poskytovateľ nie je oprávnený zaslať Poisťovni ďalšiu Reklamačnú dávku.

VI. Platobné podmienky

6.1. Podkladom pre výpočet úhrady za zdravotnú starostlivosť poskytnutú v Zúčtovacom období je Dávka, Reklamačná dávka a Dodatočná dávka. Pokiaľ Poisťovňa vyhotovila k Dávke, Reklamačnej dávke alebo Dodatočnej dávke Protokol sporných dokladov, úhrada za zdravotnú starostlivosť sa zníži o hodnotu zdravotných výkonov uvedených v Protokole sporných dokladov.

6.2. Poisťovňa uhradí úhradu za zdravotnú starostlivosť na základe faktúry. Faktúra musí obsahovať najmä:

a. meno a adresu miesta prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia Poskytovateľa, jeho identifikačné číslo, daňové identifikačné číslo a identifikačné číslo pre daň z pridanej hodnoty, ak mu je pridelené;

b. obchodné meno a adresu sídla alebo pobočky Poisťovne, jej identifikačné číslo, daňové identifikačné číslo a identifikačné číslo pre daň z pridanej hodnoty;

c. poradové číslo faktúry;

d. dátum, kedy bola služba dodaná (spravidla posledný kalendárny deň Zúčtovacieho obdobia);

e. dátum vyhotovenia faktúry;

f. výšku úhrady za zdravotnú starostlivosť poskytnutú v Zúčtovacom období Poistencom vypočítanú podľa Zmluvy;

g. sadzbu dane z pridanej hodnoty alebo údaj o oslobodení od tejto dane, ak je Poskytovateľ platiteľom dane z pridanej hodnoty.

6.3. Poskytovateľ môže ku každej Dávke, Reklamačnej dávke a Dodatočnej dávke vyhotoviť najviac jednu faktúru, ktorú zašle Poisťovni spolu so zúčtovacími dokladmi (bod 5.6.); faktúra sa môže vzťahovať len na jeden kalendárny mesiac. Faktúru, ktorá nemá všetky náležitosti uvedené v bode 6.2., Poisťovňa vráti Poskytovateľovi na opravu alebo doplnenie.

6.4. Ak Poisťovňa vyhotovila a doručila Poskytovateľovi Protokol sporných dokladov a z tohto protokolu vyplýva, že úhrada za zdravotnú starostlivosť vykázanú v Dávke, Reklamačnej dávke alebo Dodatočnej dávke mala byť iná, ako je uvedená na faktúre, Poskytovateľ je povinný vystaviť k faktúre opravnú faktúru (dobropis), ktorá má náležitosti faktúry podľa bodu 6.2. a ktorá sa jednoznačne vzťahuje na pôvodnú faktúru. Poskytovateľ opravnou faktúrou (dobropisom) pôvodnú faktúru doplní tak, aby pôvodne fakturovaná suma bola opravnou faktúrou (dobropisom) znížená o hodnotu zdravotných výkonov uvedených v Protokole sporných dokladov viažucemu sa k Dávke, Reklamačnej dávke alebo Dodatočnej dávke. Opravná faktúra (dobropis) je výlučne účtovným dokladom. Vystavenie opravnej faktúry (dobropisu) nevylučuje postup Poskytovateľa podľa bodu 5.11.

6.5. Pre prípad, že Poskytovateľ nezaslal Poisťovni spolu s Dávkou, Reklamačnou dávkou alebo Dodatočnou dávkou faktúru, Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že faktúru na úhradu za zdravotnú starostlivosť vyhotoví Poisťovňa v mene a na účet Poskytovateľa. Poisťovňa je povinná vyhotoviť faktúru a odoslať ju Poskytovateľovi v lehote uvedenej v bode 5.9 Poisťovňa vo faktúre uvedie výšku úhrady za zdra-

votnú starostlivosť zistenú z Dávky, Reklamačnej dávky alebo Dodatočnej dávky, zníženú o hodnotu zdravotných výkonov uvedených v Protokole sporných dokladov. Poisťovňa uvedie ako deň vystavenia faktúry ten deň, v ktorý Poskytovateľ doručil Poisťovni zúčtovacie doklady za Zúčtovacie obdobie, ktorého sa týka faktúra. Poisťovňa vo faktúre neuvedie jej poradové číslo. Deň vystavenia faktúry doplnený Poisťovňou sa na účely určenia splatnosti úhrady za zdravotnú starostlivosť podľa prvej vety bodu 6.6. považuje za deň doručenia faktúry Poisťovni. Poskytovateľ je povinný do faktúry podľa tohto bodu doplniť poradové číslo a faktúru podpísať, označiť odtlačkom svojej pečiatky a doručiť Poisťovni, všetko v lehote 5 dní od jej doručenia Poisťovňou.

6.6. Úhrada za zdravotnú starostlivosť vykázanú v Dávke, Reklamačnej dávke a Dodatočnej dávke je splatná do 30 dní odo dňa doručenia faktúry, ktorá má všetky náležitosti podľa bodu 6.2. spolu so všetkými zúčtovacími dokladmi uvedenými v bode 5.6, pokiaľ z druhej alebo tretej vety tohto bodu nevyplýva neskoršia splatnosť faktúry. V prípade, ak Poskytovateľovi vznikla povinnosť vystaviť v súlade s bodom 6.4. opravnú faktúru (dobropis), faktúra je splatná 10 dní odo dňa doručenia opravnej faktúry (dobropisu) Poisťovni. V prípade, ak faktúru vyhotovila Poisťovňa v súlade s bodom 6.5., faktúra je splatná 10 dní odo dňa doručenia faktúry s doplneným poradovým číslom a podpísanej a označenej odtlačkom pečiatky Poskytovateľa Poisťovni.

6.7. Záväzok Poisťovne zaplatiť Poskytovateľovi úhradu za zdravotnú starostlivosť je splnený pripísaním peňažných prostriedkov v prospech účtu Poskytovateľa.

6.8. Poskytovateľ môže postúpiť na tretiu osobu svoju pohľadávku voči Poisťovni, ktorá je menej ako 15 dní po splatnosti, len s predchádzajúcim písomným súhlasom Poisťovne.

VII. Kontrolná činnosť

7.1. Poisťovňa je oprávnená kedykoľvek a bez predchádzajúceho oznámenia vykonať kontrolu priamo u Poskytovateľa, tak aby nebolo narušené poskytovanie zdravotnej starostlivosti u Poskytovateľa, alebo kontrolu na diaľku. Kontrolná činnosť je zameraná na:

a. účelnosť, efektívnosť a hospodárnosť vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia;

b. rozsah a kvalitu poskytovania zdravotnej starostlivosti;

c. dodržiavanie zmlúv o zdravotnej starostlivosti.

7.2. Kontrolu vykonáva revízny lekár, revízny farmaceut a revízna sestra; ak ide o kontrolu hospodárnosti vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia a dodržiavania zmlúv o zdravotnej starostlivosti a kusovú a finančnú kontrolu liekov a zdravotníckych pomôcok plne alebo čiastočne hradených z verejného zdravotného poistenia, kontrolu môže vykonávať aj zamestnanec poverený výkonom kontroly.

7.3. Revízny lekár, revízny farmaceut, revízna sestra aj zamestnanec poverený výkonom kontroly (ďalej len „Poverené osoby") sú povinní najneskôr pri začatí kontroly u Poskytovateľa preukázať sa služobným preukazom a poverením na výkon kontroly.

7.4. Poverené osoby vykonávajú kontrolu na mieste spravidla v pracovných dňoch počas schválených ordinačných hodín Poskytovateľa, pokiaľ sa s Poskytovateľom nedohodnú v jednotlivom prípade inak.

7.5. Poverené osoby sú pri výkone kontroly oprávnené:

a. vstupovať do ambulancie Poskytovateľa, ako aj do akýchkoľvek iných objektov, zariadení a prevádzok, ktoré Poskytovateľ využíva na poskytovanie zdravotnej starostlivosti;

b. nahliadať do zdravotnej dokumentácie; to sa nevzťahuje na zamestnanca povereného výkonom kontroly;

c. nahliadať do technickej dokumentácie týkajúcej sa zdravotníckej techniky, ktorú Poskytovateľ používa v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti vykazovanej Poisťovni;

d. nahliadať do účtovných dokladov vzhľadom na rozsah poskytnutej zdravotnej starostlivosti a účelnosť, efektívnosť a hospodárnosť vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia;

e. žiadať predloženie prvopisov dokladov uvedených v písm. b. až d. a urobiť alebo si vyžiadať výpis, odpis alebo kópiu týchto dokladov;

f. vyžiadať od Poskytovateľa a akýchkoľvek osôb, ktoré sa v mene Poskytovateľa podieľajú na poskytovaní zdravotnej starostlivosti, aby im po začatí kontroly poskytovali súčinnosť potrebnú na dosiahnutie účelu kontroly, najmä aby im poskytli potrebné vysvetlenia ku kontrolovaným skutočnostiam.

7.6. Poskytovateľ je povinný umožniť Povereným osobám vykonanie kontroly a poskytnúť im požadované informácie, listiny a potrebnú súčinnosť a zdržať sa konania, ktoré by mohlo mariť výkon kontrolnej činnosti.

7.7. Ak má Poskytovateľ pochybnosť o nezaujatosti Poverených osôb, môže podať Poisťovni písomné námietky, v ktorých je povinný uviesť všetky dôvody, pre ktoré by mali byť Poverené osoby pre ich zaujatosť vylúčené z vykonávania kontroly. Podanie námietok nemá odkladný účinok. O námietkach rozhodne Poisťovňa do 5 dní odo dňa ich doručenia.

7.8. Poverené osoby vypracujú o výsledku kontroly:

a. protokol o kontrole (ďalej len „Protokol"), ak sa kontrolou zistí porušenie všeobecne záväzných právnych predpisov alebo porušenie podmienok Zmluvy alebo VZP;

b. záznam o kontrole (ďalej len „Záznam"), ak sa kontrolou nezistí porušenie všeobecne záväzných právnych predpisov ani porušenie podmienok Zmluvy alebo VZP.

7.9. Protokol obsahuje:

a. číselné označenie Protokolu;

b. obchodné meno a sídlo Poisťovne;

c. ak je Poskytovateľ právnickou osobou, potom jeho obchodné meno a sídlo a meno a priezvisko jeho odborného zástupcu, a ak je Poskytovateľ fyzickou osobou, potom jeho meno a priezvisko a miesto prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia;

d. číslo poverenia na výkon kontroly a dátum jeho vystavenia;

e. mená a priezviská Poverených osôb;

f. mená a priezviská osôb, ktoré sa okrem fyzických osôb uvedených v písm. c. zúčastnili za Poskytovateľa na kontrole;

g. miesto a dátum vykonania kontroly (v prípade, že sa kontrola uskutočňuje viac dní, uvedie sa deň začiatku a deň skončenia kontroly);

h. predmet kontroly, v ktorom sa popíše zameranie kontroly;

i. vymedzenie časového obdobia poskytovania zdravotnej starostlivosti, ktorého sa týkala vykonávaná kontrola;

j. kontrolou zistené nedostatky s uvedením ustanovenia všeobecne záväzného právneho predpisu, Zmluvy alebo VZP, ktoré Poskytovateľ porušil, a návrh opatrení na ich odstránenie;

k. miesto a dátum vypracovania Protokolu;

l. podpisy všetkých Poverených osôb, ktoré sa zúčastnili na vykonávaní kontroly.

7.10. Poverené osoby zabezpečia vypracovanie Protokolu a jeho doručenie Poskytovateľovi v lehote do 20 kalendárnych dní odo dňa skončenia kontroly.

7.11. Poskytovateľ môže proti skutočnostiam uvedeným v Protokole podať námietky; námietky musia byť písomné a lehota na ich podanie je 20 kalendárnych dní odo dňa doručenia Protokolu Poskytovateľovi. Poverené osoby preveria údaje uvedené v námietkach v lehote do 20 kalendárnych dní.

7.12. Poverené osoby prerokujú s Poskytovateľom Protokol a námietky podľa bodu 7.11. a spíšu o výsledkoch prerokovania zápisnicu, ktorá sa považuje za dodatok k Protokolu. Zápisnica obsahuje najmä:

a. obchodné meno a sídlo Poisťovne;

b. ak je Poskytovateľ právnickou osobou, potom jeho obchodné meno a sídlo a meno a priezvisko jeho odborného zástupcu, a ak je Poskytovateľ fyzickou osobou, potom jeho meno a priezvisko a miesto prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia;

c. číslo Protokolu;

d. mená a priezviská Poverených osôb;

e. mená a priezviská osôb, ktoré sa okrem fyzických osôb uvedených v písm. b. zúčastnili za Poskytovateľa na prerokovaní Protokolu;

f. miesto a dátum prerokovania Protokolu;

g. závery vyplývajúce z prerokovania Protokolu, ktoré môžu obsahovať aj vyčíslenie výšky škody spôsobenej porušením povinností Poskytovateľom, prípadne návrh Poverených osôb na uloženie sankcie Poskytovateľovi;

h. lehoty na odstránenie zistených nedostatkov;

i. podpisy všetkých fyzických osôb uvedených v písmenách b., d. a e.

7.13. Pokiaľ Poskytovateľ nepodal proti Protokolu námietky, Protokol sa považuje za prerokovaný pracovným dňom nasledujúcim po márnom uplynutí lehoty na podanie námietok, pričom platí, že Poskytovateľ súhlasí so zisteniami uvedenými v Protokole. Zápisnica podľa bodu 7.12. sa v tomto prípade nespisuje.

7.14. Záznam obsahuje všetky náležitosti uvedené v bode 7.9. okrem náležitosti uvedenej v písm. j. Poverené osoby zabezpečia vypracovanie Záznamu a jeho doručenie Poskytovateľovi v lehote do 10 kalendárnych dní odo dňa skončenia kontroly.

7.15. Poskytovateľ, ktorý prevádzkuje zariadenie spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, je povinný na žiadosť Poisťovne predložiť Poisťovni originály alebo kópie všetkých žiadaniek, na základe ktorých vykonal v období uvedenom v žiadosti Poisťovne laboratórne a diagnostické vyšetrenia súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti Poistencom. Poisťovňa je povinná po vykonaní kontroly všetky žiadanky Poskytovateľovi vrátiť.

7.16. Na vykonávanie kontroly na diaľku sa použijú primerane ustanovenia bodov 7.2. až 7.15. tohto článku VZP.

VIII. Následky porušenia povinností

8.1. Poskytovateľ aj Poisťovňa sú povinní riadne a včas plniť všetky povinnosti, ktoré pre nich v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a vykonávaním verejného zdravotného poistenia vyplývajú zo všeobecne záväzných právnych predpisov, Zmluvy a VZP (ďalej pre účely tohto článku ako „Povinnosti"). Porušenie Povinností sa podľa intenzity delí na:

a. menej závažné porušenie Povinnosti;

b. závažné porušenie Povinnosti a

c. podstatné porušenie Povinnosti.

8.2. Pokiaľ nie je v Zmluve alebo vo VZP uvedené inak, porušenie Povinnosti je vždy menej závažným porušením Povinnosti. Pri menej závažnom porušení Povinnosti môže tá zmluvná strana, ktorá Povinnosť neporušila, doručiť zmluvnej strane, ktorá Povinnosť porušila, písomné upozornenie, v ktorom uvedie, ktorá Povinnosť bola porušená; zároveň môže uviesť primeranú lehotu na odstránenie porušenia Povinnosti.

8.3. Pokiaľ menej závažné porušenie Povinnosti spočíva v porušení povinnosti uvedenej v bode 5.2. tým, že Poskytovateľ vykázal zdravotnú starostlivosť, ktorú neposkytol, môže Poisťovňa uplatniť u Poskytovateľa zmluvnú pokutu vo výške dvojnásobku úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorú Poskytovateľ vykázal, no neposkytol.

8.4. Závažným porušením Povinnosti je opakované menej závažné porušenie Povinnosti a porušenie povinností uvedených v bodoch 2.4., 4.6., 4.7., 4.13., 4.14., 4.20. a 7.6. Pri závažnom porušení Povinnosti môže Poisťovňa:

a. uplatniť u Poskytovateľa zmluvnú pokutu vo výške jednej pätiny úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorú Poskytovateľ poskytol Poistencom v kalendárnom mesiaci bezprostredne predchádzajúcom mesiacu, v ktorom bola Povinnosť porušená, avšak najmenej 16,60 EUR a najviac 331,94 EUR;

b. vypovedať Zmluvu.

Opakovaným menej závažným porušením Povinnosti je porušenie takej Povinnosti, na porušenie ktorej bol Poskytovateľ počas predchádzajúcich 12 kalendárnych mesiacov už písomne upozornený podľa bodu 8.2.

8.5. Podstatným porušením Povinnosti je opakované závažné porušenie Povinnosti a porušenie povinnosti uvedenej v bode 4.17. Pri podstatnom porušení Povinnosti môže Poisťovňa:

a. uplatniť u Poskytovateľa zmluvnú pokutu vo výške úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorú Poskytovateľ poskytol Poistencom v kalendárnom mesiaci bezprostredne predchádzajúcom mesiacu, v ktorom bola Povinnosť porušená, avšak najmenej 82,98 EUR a najviac 1 659,70 EUR;

b. odstúpiť od Zmluvy.

Opakovaným závažným porušením Povinnosti je porušenie takej Povinnosti, za porušenie ktorej bol Poskytovateľ počas predchádzajúcich 12 kalendárnych mesiacov už povinný zaplatiť Poisťovni zmluvnú pokutu podľa bodu 8.4. písm. a.

8.6. Poisťovňa sa môže u Poskytovateľa domáhať nároku na náhradu škody spôsobenej v dôsledku porušenia Povinnosti vo výške presahujúcej zmluvnú pokutu.

8.7. Poisťovňa, ak je v omeškaní s plnením svojho peňažného záväzku voči Poskytovateľovi, je povinná zaplatiť Poskytovateľovi úrok z omeškania vo výške základnej úrokovej sadzby Európskej centrálnej banky platnej v deň vzniku omeškania a zvýšenej o 10 % ročne z dlžnej sumy, a to výhradne na základe faktúry vyhotovenej Poskytovateľom, ktorej lehota splatnosti nesmie byť kratšia ako 10 kalendárnych dní od jej doručenia Poisťovni.

IX. Poskytovanie zdravotnej starostlivosti poistencom Európskej únie

9.1. Poskytovateľ sa za podmienok uvedených v tomto článku zaväzuje poskytovať zdravotnú starostlivosť poistencom členských krajín Európskej únie (s výnimkou Slovenskej republiky), Nórska, Lichtenštajnska, Švajčiarska a Islandu (ďalej len „Poistenci EÚ").

9.2. Poistenec EÚ, ktorý sa dočasne zdržiava na území Slovenskej republiky, má nárok na poskytnutie zdravotnej starostlivosti, ak je lekársky potrebná vzhľadom na predpokladanú dĺžku pobytu Poistenca na území Slovenskej republiky. Zdravotná starostlivosť sa poskytne v takom rozsahu, aby Poistenec EÚ nemusel opustiť územie Slovenskej republiky skôr, ako pôvodne zamýšľal. Poistenec EÚ nemá nárok na takú zdravotnú starostlivosť, za poskytnutím ktorej zámerne vycestoval na územie Slovenskej republiky bez súhlasu svojej príslušnej zahraničnej inštitúcie.

9.3. Poistenec EÚ, ktorý má na území Slovenskej republiky bydlisko a je zdravotne poistený v niektorom zo štátov uvedených v bode 9.1., má nárok na poskytnutie zdravotnej starostlivosti v rovnakom rozsahu, v akom má tento nárok Poistenec.

9.4. Poistenec EÚ preukazuje svoj nárok na poskytnutie zdravotnej starostlivosti formulárom vystaveným príslušnou zahraničnou inštitúciou, európskym preukazom zdravotného poistenia, náhradným certifikátom k európskemu preukazu zdravotného poistenia alebo slovenským preukazom poistenca označeným skratkou EÚ.

9.5. Ak si Poistenec EÚ zvolil Poisťovňu za svoju zmluvnú zdravotnú poisťovňu na území Slovenskej republiky alebo mu ju určil Poskytovateľ, keď zdravotný stav Poistenca EÚ neumožňoval voľbu zdravotnej poisťovne, Poskytovateľ poskytne Poistencovi EÚ zdravotnú starostlivosť na účet Poisťovne.

9.6. Poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti Poistencovi EÚ na účet Poisťovne postupuje rovnako, ako pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti Poistencom, pokiaľ z tohto článku alebo zo všeobecne záväzných právnych predpisov nevyplýva odlišný postup.

9.7. V akýchkoľvek tlačivách (napr. lekársky predpis, lekársky poukaz, príkaz na prepravu poistenca, atď.) Poskytovateľ uvádza identifikačné číslo Poistenca EÚ uvedené v doklade podľa bodu 9.4.

9.8. Zdravotnú starostlivosť poskytnutú Poistencovi EÚ na účet Poisťovne vykáže Poskytovateľ v súlade s odborným usmernením MZ SR pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v oblasti poskytovania a úhrady vecných dávok podľa Nariadení Rady (EHS) č. 1408/71 a č. 574/72 a Nariadení Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004 a č. 987/2009 účinným v čase poskytnutia zdravotnej starostlivosti Poistencovi EÚ.

9.9. Za poskytnutie zdravotnej starostlivosti Poistencovi EÚ na účet Poisťovne patrí Poskytovateľovi úhrada v rovnakej výške ako pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti Poistencovi, pokiaľ zo Zmluvy nevyplýva iná úhrada; Poskytovateľovi však nepatrí paušálna mesačná úhrada (kapitácia) za Poistenca EÚ.

9.10. Poskytovateľ je povinný k faktúre za poskytnutú zdravotnú starostlivosť poistencovi iného členského štátu, ktorý sa preukázal európskym preukazom zdravotného poistenia alebo náhradným certifikátom k európskemu preukazu pripojiť kópiu tohto dokladu a lekársku správu.

X. Poskytovanie zdravotnej starostlivosti poistencom HIGHMARK

10.1. Poskytovateľ sa za podmienok uvedených v tomto článku zaväzuje poskytovať zdravotnú starostlivosť poistencom zdravotnej poisťovne HIGHMARK Blue Cross Blue Shield, so sídlom 120 Fifth Avenue, Suite P2109, Pittsburgh, PA 15222-30999, Spojené štáty americké (ďalej len „poisťovňa HIGHMARK").

10.2. Pred začatím poskytovania zdravotnej starostlivosti je Poskytovateľ povinný zistiť osobnú totožnosť poistenca poisťovne HIGHMARK z preukazu totožnosti, ktorým je buď cestovný pas alebo povolenie na pobyt v Slovenskej republike, a overí jeho poistný vzťah k poisťovni predložením identifikačnej karty poisťovne HIGHMARK a preukazu poistenca Poisťovne označeného „HIGHMARK".

10.3. Poskytovateľ vykazuje zdravotnú starostlivosť poskytnutú poistencom poisťovne HIGHMARK na osobitnom tlačive, ktoré je dostupné na Webovom sídle Poisťovne alebo ho Poisťovňa bezplatne poskytne Poskytovateľovi na jeho požiadanie. Poskytovateľ je povinný v tlačive vyplniť všetky údaje. Na vykazovanie a kontrolu vykazovania zdravotnej starostlivosti poskytnutej poistencom poisťovne HIGHMARK sa primerane použijú ustanovenia bodov 5.1. a nasl.

10.4. V akýchkoľvek tlačivách (napr. lekársky predpis, lekársky poukaz, príkaz na prepravu poistenca, atď.) Poskytovateľ uvádza rodné číslo poistenca uvedené v preukaze poistenca Poisťovne označenom „HIGHMARK" a identifikačné číslo poistenca uvedené v identifikačnej karte poisťovne HIGHMARK.

10.5. Za poskytnutie zdravotnej starostlivosti poistencovi poisťovne HIGHMARK patrí Poskytovateľovi úhrada v rovnakej výške ako pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti Poistencovi, pokiaľ zo Zmluvy nevyplýva iná úhrada; Poskytovateľovi však nepatrí paušálna mesačná úhrada (kapitácia) za poistenca poisťovne HIGHMARK. Poisťovňa uhradí Poskytovateľovi za zdravotnú starostlivosť poskytnutú poistencovi poisťovne HIGHMARK nad rámec finančného objemu, ak bol stanovený.

XI. Povinnosť mlčanlivosti a ochrana osobných údajov

11.1. Poisťovňa je povinná zabezpečiť, aby jej zamestnanci a ďalšie osoby podieľajúce sa na činnosti Poisťovne zachovávali voči tretím osobám mlčanlivosť o skutočnostiach týkajúcich sa zdravotného stavu Poistencov alebo týkajúcich sa zdravotnej starostlivosti, ktorú Poskytovateľ poskytol Poistencom.

11.2. Poskytovateľ je povinný zachovávať mlčanlivosť voči tretím osobám o skutočnostiach týkajúcich sa zdravotného stavu Poistencov alebo zdravotnej starostlivosti, ktorú Poskytovateľ poskytol Poistencom. Poskytovateľ – právnická osoba – je povinný zabezpečiť, aby jeho zamestnanci a ďalšie osoby podieľajúce sa na poskytovaní zdravotnej

starostlivosti Poistencom zachovávali voči tretím osobám mlčanlivosť o skutočnostiach uvedených v predchádzajúcej vete.

11.3. Poskytovateľ ani Poisťovňa nemajú povinnosť zachovávať mlčanlivosť v tých prípadoch, kedy sú podľa všeobecne záväzných právnych predpisov povinní poskytnúť alebo sprístupniť údaje tretím osobám. Poskytovateľ, jeho zamestnanci ani osoby podieľajúce sa na poskytovaní zdravotnej starostlivosti nemajú povinnosť zachovávať mlčanlivosť o Poistencovi vo vzťahu k iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ak poskytnutie informácií o Poistencovi je nevyhnutným predpokladom pre ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti.

11.4. Poskytovateľ aj Poisťovňa sú povinní pri spracúvaní osobných údajov Poistencov postupovať v súlade so zákonom č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov.

XII. Doručovanie

12.1. Ak Zmluvné strany doručujú akékoľvek písomnosti, oznámenia, informácie a dátové nosiče (ďalej len „Zásielka") poštou na adresu určenú podľa bodu 12.3., kuriérom alebo osobne, za deň doručenia Zásielky sa pokladá

a. deň prevzatia Zásielky zmluvnou stranou, ktorá je adresátom, alebo

b. deň, v ktorý zmluvná strana, ktorá je adresátom, odoprela doručovanú Zásielku prevziať, alebo

c. deň, v ktorý márne uplynie minimálne 10-dňová úložná lehota pre vyzdvihnutie si Zásielky na pošte, ak bola Zásielka odoslaná doporučene, a to aj vtedy, keď sa adresát o uložení Zásielky nedozvedel, alebo

d. deň, v ktorý je na Zásielke doručovanej poštou zmluvnej strane, preukázateľne pracovníkom pošty vyznačená poznámka, že „adresát sa odsťahoval", „adresát je neznámy" alebo iná poznámka podobného významu, pokiaľ sa takáto poznámka zakladá na pravde.

12.2. Pokiaľ sa Zásielka odoslaná Poskytovateľovi doporučene vrátila Poisťovni s poznámkou „v úložnej lehote nevyzdvihnuté" a zo včasného oznámenia Poskytovateľa podľa poslednej vety bodu 4.5. vyplýva, že Poskytovateľ v čase uplynutia úložnej lehoty neposkytoval zdravotnú starostlivosť, Poisťovňa odošle Zásielku Poskytovateľovi opakovane.

12.3. Pre potreby doručovania prostredníctvom pošty sa použijú:

a. pri doručovaní Poisťovni korešpondenčná adresa uvedená v záhlaví Zmluvy, inak sídlo Poisťovne,

b. pri doručovaní Poskytovateľovi adresa poskytovateľa uvedená v záhlaví Zmluvy,

ibaže odosielajúcej zmluvnej strane adresát Zásielky oznámil novú adresu určenú na doručovanie Zásielok. V prípade akejkoľvek zmeny adresy určenej na doručovanie Zásielok sa príslušná zmluvná strana zaväzuje o zmene adresy písomne informovať druhú zmluvnú stranu; v takomto prípade je pre doručovanie rozhodujúca nová adresa riadne oznámená zmluvnej strane pred odosielaním Zásielky.

12.4. Ak zmluvné strany doručujú akýkoľvek dokument prostredníctvom elektronickej pobočky zriadenej na Webovom sídle Poisťovne tento dokument sa považuje za doručený:

a. pri doručovaní Poisťovni v okamihu jeho riadneho zobrazenia a uloženia v elektronickej pobočke; v prípade, že Poisťovňa pri elektronickej komunikácii určí typy dokumentov, pri ktorých oznámi Poskytovateľovi doručenie formou elektronického oznámenia, dokument sa považuje za úspešne doručený, keď Poskytovateľ obdrží elektronické oznámenie o jeho úspešnom doručení;

b. pri doručovaní Poskytovateľovi v okamihu jeho riadneho zobrazenia a uloženia v elektronickej pobočke, o čom bude Poskytovateľ informovaný.

XIII. Trvanie, zmena a zánik Zmluvy

13.1. Zmluva je uzatvorená dňom jej podpísania obidvoma zmluvnými stranami. Pokiaľ nedôjde k podpísaniu Zmluvy obidvoma zmluvnými stranami v ten istý deň, považuje sa Zmluva za uzatvorenú v deň, kedy Zmluvu podpísala v poradí druhá zmluvná strana.

13.2. Zmluva nadobúda účinnosť prvým dňom kalendárneho mesiaca nasledujúceho po jej zverejnení na webovom sídle Poisťovne. V prípade, že má zákonom uloženú povinnosť zverejniť Zmluvu aj Poskytovateľ, Zmluva nadobúda účinnosť prvým dňom kalendárneho mesiaca nasledujúceho po zverejnení Zmluvy oboma zmluvnými stranami; pre určenie účinnosti Zmluvy je rozhodujúci okamih, kedy si povinnosť zverejniť Zmluvu splní v poradí prvá zmluvná strana. V prípade, že majú obe Zmluvné strany povinnosť zverejniť Zmluvu, Zmluvné strany sa zaväzujú dbať na to, aby Zmluva nadobudla účinnosť mesiac nasledujúci po jej uzatvorení. Poskytovateľ je povinný informovať Poisťovňu o zverejnení Zmluvy najneskôr do 2 dní od jej zverejnenia.

13.3. Zmluva sa uzatvára na dobu neurčitú.

13.4. Poisťovňa i Poskytovateľ sú oprávnení kedykoľvek počas trvania Zmluvy požiadať druhú zmluvnú stranu o vykonanie zmien v Zmluve; zmenu Zmluvy je možné uskutočniť výlučne v písomnej forme na základe dohody zmluvných strán.

13.5. Zmluva zaniká:

a. dohodou zmluvných strán;

b. do 12 mesiacov odo dňa účinnosti Zmluvy na základe písomnej výpovede z dôvodov uvedených v Zákone o zdravotných poisťovniach alebo vo VZP;

c. po uplynutí 12 mesiacov odo dňa účinnosti Zmluvy aj na základe písomnej výpovede bez uvedenia dôvodu;

d. na základe písomného odstúpenia od Zmluvy podľa bodu 8.5. písm. b., pričom Zmluva zaniká dňom nasledujúcim po dni doručenia odstúpenia od Zmluvy druhej zmluvnej strane;

e. dňom zrušenia alebo zániku povolenia Poisťovne na vykonávanie verejného zdravotného poistenia,

f. dňom zrušenia alebo zániku povolenia Poskytovateľa na poskytovanie zdravotnej starostlivosti v rozsahu Zmluvy.

Výpovedná doba je tri mesiace a začína plynúť vždy prvým dňom kalendárneho mesiaca nasledujúceho po mesiaci, v ktorom bola výpoveď doručená druhej zmluvnej strane.

XIV. Záverečné ustanovenia

14.1. Právny vzťah Poisťovne a Poskytovateľa a ich práva a povinnosti pri poskytovaní a úhrade zdravotnej starostlivosti sa vo veciach neupravených Zmluvou ani Všeobecnými zmluvnými podmienkami spravujú Zákonom o liekoch, Zákonom o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, Zákonom o rozsahu zdravotnej starostlivosti, Zákonom o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, Zákonom o zdravotnej starostlivosti, Zákonom o zdravotných poisťovniach, zákonom č. 513/1991 Zb. Obchodný zákonník v znení neskorších predpisov a ostatnými všeobecne záväznými právnymi predpismi.

14.2. Poskytovateľ je povinný bez zbytočného odkladu oznamovať a preukazovať príslušnými listinami Poisťovni všetky zmeny týkajúce sa Poskytovateľa a zmluvného vzťahu Poskytovateľa s Poisťovňou, najmä zmenu:

a. údajov uvedených v povolení na prevádzkovanie ambulancie;

b. identifikačných a kontaktných údajov vrátane čísla bežného účtu;

c. v zozname oddelení, ambulancií a lekárov alebo zmenu v kódoch, ktoré im pridelil Úrad (bod 5.4.).

14.3. Poisťovňa je povinná oznámiť Poskytovateľovi zmenu svojich identifikačných a kontaktných údajov.

14.4. Nakoľko je Zmluva povinne zverejňovanou zmluvou podľa Zákona o zdravotných poisťovniach a Zmluvné strany si uvedomujú potrebu ochrany osobných údajov, bude Zmluva zverejnená bez podpisov zástupcov Zmluvných strán.

14.5. V rozsahu, v akom sa ustanovenia Zmluvy líšia od ustanovení VZP, sú rozhodujúce ustanovenia Zmluvy.

14.6. V prípade, že niektoré ustanovenia Zmluvy alebo Všeobecných zmluvných podmienok sú alebo sa z akéhokoľvek dôvodu stanú neplatné, neúčinné alebo nevynútiteľné (obsolentné), nemá to a ani to nebude mať za následok neplatnosť, neúčinnosť alebo nevynútiteľnosť ostatných ustanovení Zmluvy ani Všeobecných zmluvných podmienok. Zmluvné strany sú povinné v dobrej viere rokovať, aby bolo neplatné, neúčinné alebo nevynútiteľné ustanovenie písomne nahradené iným ustanovením, ktorého vecný obsah bude zhodný alebo čo najviac podobný ustanoveniu, ktoré je nahradzované, pričom účel a zmysel Zmluvy a Všeobecných zmluvných podmienok musí byť zachovaný. Do doby, kým takáto dohoda nebude uzavretá, rovnako však aj pre prípad, že k nej nedôjde vôbec, sa na nahradenie neplatného, neúčinného alebo nevynútiteľného ustanovenia použijú iné ustanovenia Zmluvy alebo Všeobecných zmluvných podmienok a ak také nie sú, potom príslušné ustanovenia právnych predpisov, a to vždy také ustanovenia, ktoré zodpovedajú kritériám podľa predchádzajúcej vety.

14.7. Poisťovňa aj Poskytovateľ sú povinní pokúsiť sa všetky prípadné spory, ktoré vzniknú na základe Zmluvy a VZP alebo v súvislosti so Zmluvou a VZP, vyriešiť mimosúdnou dohodou. Poisťovňa aj Poskytovateľ sú povinní pred uplatnením nároku na súde doručiť druhej zmluvnej strane písomný návrh na mimosúdnu dohodu, v ktorom uvedú a odôvodnia svoj nárok, ktorého sa domáhajú, a poskytnú druhej zmluvnej strane najmenej 15-dňovú lehotu na vyjadrenie.

14.8. Pokiaľ Poisťovňa a Poskytovateľ nevyriešia prípadný spor mimosúdnou dohodou, môžu uplatniť svoj nárok na miestne a vecne príslušnom súde.

14.9. Odkazy v texte VZP na články, body a iné štrukturálne časti textu bez bližšieho určenia sú odkazmi na časti VZP.

14.10. Všeobecné zmluvné podmienky nadobúdajú účinnosť dňa 1. apríla 2012.