

Príloha č. 5
k Zmluve č. 61NSP3000118

Prospektívny rozpočet
od 01.01.2018 do 31.12.2018

I. Štruktúra prospektívneho rozpočtu

Na základe Prílohy č. 2 zmluvy, časť I. Vecný rozsah predmetu zmluvy, sa zmluvné strany dohodli na nasledovnej štruktúre prospektívneho rozpočtu:

Štruktúra prospektívneho rozpočtu			
ZS hrazená cez prospektívny rozpočet		ZS hrazená mimo prospektívny rozpočet	
Ambulantná zdravotná starostlivosť			
200	Špecializovaná ambulantná starostlivosť		
222	Jednodňová zdravotná starostlivosť		
	Výnimky: lieky (A, AS), IPP, preventívne výkony, výkony s Dg. Q35-Q37		
Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky			
400	Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky		
Ústavná zdravotná starostlivosť			
601	Lôžková nemocničná starostlivosť		
	Výnimky: MFNZS lieky		

Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností platí, že z úhrady prostredníctvom prospektívneho rozpočtu sú vyňaté aj výkony zdravotnej starostlivosti poskytovanej poistencom iných členských štátov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska, cudzincom zo štátov, s ktorými má SR uzavreté medzištátne dohody, bezdomovcom a poistencom podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/0004 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 neskorších predpisov.

II. Výška prospektívneho rozpočtu

Zmluvné strany sa dohodli na výške prospektívneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac nasledovne:

Výška prospektívneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac (v EUR)	Skupiny typov zdravotnej starostlivosti	Rozpočet pre skupiny typov zdravotnej starostlivosti na jeden kalendárny mesiac (v EUR)
149 650,00	Ambulantná zdravotná starostlivosť	52 500,00
	Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky	27 500,00
	Ústavná zdravotná starostlivosť	69 650,00

Zúčtovacím obdobím je jeden kalendárny mesiac.

Vo vzťahu k úhrade zdravotnej starostlivosti hradenej prostredníctvom prospektívneho rozpočtu sa postup podľa bodu 7.3. zmluvy nepoužije.

III. Vyhodnocovanie prospektívneho rozpočtu

Vyhodnocovanie prospektívneho rozpočtu vykonáva poisťovňa pre účely správneho nastavenia výšky prospektívneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac. Vyhodnocovaním sa zisťuje primeranosť výšky nastaveného prospektívneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac vo vzťahu k skutočne poskytnutej zdravotnej starostlivosti poskytovateľom.

Vyhodnocovanie prospektívneho rozpočtu realizuje poisťovňa:

- sumárne s ohľadom na poskytovateľa ako celok,
- na úrovni zadaných skupín zdravotnej starostlivosti:
 - Ambulantná zdravotná starostlivosť,
 - Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky a
 - Ústavná zdravotná starostlivosť.
 -

Ak poskytovateľ počas hodnoteného obdobia (2 bezprostredne predchádzajúce štvrťroky) poskytne poistencom poisťovne uznanú zdravotnú starostlivosť v takom rozsahu, že suma úhrady (resp. korigovanej úhrady v prípade DRG relevantných odborností) pri uplatnení ceny a podmienok úhrady za zdravotnú starostlivosť uvedených v Prílohe č. 1 zmluvy vybočí z niektorého z nižšie uvedených tolerančných pásiem, zmluvné strany sa v lehote do 10 pracovných dní odo dňa doručenia písomnej požiadavky ktorejkoľvek zmluvnej strany zaväzujú pristúpiť k rokovaniu o prehodnotení zmluvných podmienok a výške prospektívneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac na ďalšie obdobie.

Tolerančné pásma vyhodnocovania sú nasledovné:

Tolerančné pásma	
A.	B.
+/- 30% vo vzťahu k súčtu rozpočtov pre skupiny typov zdravotnej starostlivosti na jeden kalendárny mesiac za hodnotené obdobie	+/- 20% vo vzťahu k súčtu prospektívnych rozpočtov na jeden kalendárny mesiac za hodnotené obdobie
1. Pre Ambulantnú zdravotnú starostlivosť do vyhodnocovania vstupuje vypočítaná suma za uznanú zdravotnú starostlivosť podľa podmienok uvedených v Prílohe č. 1 Zmluvy za jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti za hodnotené obdobie (SKUT_{AZS}) a súčet rozpočtov pre Ambulantnú zdravotnú starostlivosť na jeden kalendárny mesiac za hodnotené obdobie (PRUZZ_{AZS}): SKUT_{AZS} / PRUZZ_{AZS} - 1	Do výpočtu vstupuje vypočítaná suma, resp. korigovaná suma za uznanú zdravotnú starostlivosť podľa podmienok uvedených v Prílohe č. 1 Zmluvy za jednotlivé skupiny typov zdravotnej starostlivosti za hodnotené obdobie, maximálne do výšky 130% súčtu rozpočtov pre jednotlivé skupiny typov zdravotnej starostlivosti na jeden kalendárny mesiac za hodnotené obdobie, resp. vypočítaná suma za uznanú zdravotnú starostlivosť v typoch zdravotnej starostlivosti 200, 210, 400, 420, 421 súvisiacu s hospitalizačnými prípadmi DRG relevantných odborností za hodnotené obdobie : SKUT_{AZS} = < 0 ; 1,3 * PRUZZ_{AZS} > SKUT_{SVLZ} = < 0 ; 1,3 * PRUZZ_{SVLZ} > SKUT_{NON-DRG} + KORIG_{DRG} = < 0 ; 1,3 * (PRUZZ_{ÚZS} + SKUT_{AZS-DRG} + SKUT_{SVLZ-DRG}) > nasledovne: (SKUT_{AZS} + SKUT_{SVLZ} + SKUT_{NON-DRG} + KORIG_{DRG}) / (PRUZZ_{AZS} + PRUZZ_{SVLZ} + PRUZZ_{ÚZS} + SKUT_{AZS-DRG} + SKUT_{SVLZ-DRG}) - 1
2. Pre Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky do vyhodnocovania vstupuje vypočítaná suma za uznanú zdravotnú starostlivosť podľa podmienok uvedených v Prílohe č. 1 Zmluvy za jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti za hodnotené obdobie (SKUT_{SVLZ}) a súčet rozpočtov pre Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky na jeden kalendárny mesiac za hodnotené obdobie (PRUZZ_{SVLZ}): SKUT_{SVLZ} / PRUZZ_{SVLZ} - 1	
3. Pre Ústavnú zdravotnú starostlivosť do vyhodnocovania vstupuje: 3.1. vypočítaná suma za uznanú zdravotnú starostlivosť podľa podmienok uvedených v Prílohe č. 1 Zmluvy za jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti pre DRG nerelevantné odbornosti za hodnotené obdobie (SKUT_{NON-DRG}); 3.2. vypočítaná suma za uznanú zdravotnú starostlivosť podľa podmienok uvedených v Prílohe č. 1 Zmluvy za jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti pre DRG relevantné odbornosti za hodnotené obdobie s CMI_{KORIG} (KORIG_{DRG}); 3.3. súčet rozpočtov pre Ústavnú zdravotnú starostlivosť na jeden kalendárny mesiac za hodnotené obdobie (PRUZZ_{ÚZS});	

3.4. vypočítaná suma za uznanú zdravotnú starostlivosť v typoch zdravotnej starostlivosti 200, 210, 400, 420, 421 poskytovateľovi a iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti súvisiacu s hospitalizačnými prípadmi DRG relevantných odborností za hodnotené obdobie ($SKUT_{AZS-DRG}$ a $SKUT_{SVLZ-DRG}$); nasledovne: $(SKUT_{NON-DRG} + KORIG_{DRG}) / (PRUZZ_{ÚZS} + SKUT_{AZS-DRG} + SKUT_{SVLZ-DRG}) - 1$ pričom: $CMI_{SKUT} = \frac{\sum_{i=1}^n ERV_i}{\sum_{i=1}^n HP_i}$ $CMI_{KORIG} = \min (CMI_{REF} * 1,05; CMI_{SKUT})$ $KORIG_{DRG} = \text{Zákl. sadzba} * CMI_{KORIG} * \sum_{i=1}^n HP_i$ CMI_{REF} súvisí s aktuálnou základnou sadzbou pre hodnotené obdobie	
--	--

Výsledok vyhodnotenia sa poisťovňa zaväzuje poskytovateľovi písomne oznámiť.

IV. Monitorovanie prospektívneho rozpočtu

Monitorovanie poskytovateľa vo vzťahu k prospektívnemu rozpočtu vykonáva poisťovňa pre účely zaistenia plnenia zmluvných podmienok zo strany poskytovateľa a identifikácie možných negatívnych zmien v poskytovaní zdravotnej starostlivosti poskytovateľom. Monitorované ukazovatele so zmluvne dojednanou cieľovou hodnotou sú uvedené v nižšie uvedených tabuľkách pri jednotlivých skupinách typov zdravotnej starostlivosti.

Ostatné doplnujúce ukazovatele bez zmluvne dojednanej cieľovej hodnoty budú monitorované v internom monitorovacom systéme poisťovne, napr. počet pacientov, počet prvovýšetrení, točivosť, počet ošetrovacích dní (typ ZS 604), počet výkonov (typ ZS 222), vývoj objemu indikovanej zdravotnej starostlivosti u iných poskytovateľov (tzv. extramurálna zdravotná starostlivosť), počet hospitalizačných prípadov, Casemix a Casemix-index (typ ZS 601 a 603) a ďalšie; tieto ukazovatele budú monitorované s ohľadom na ich vývoj a porovnanie s ostatnými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti.

Monitorovanie realizuje poisťovňa:

- sumárne s ohľadom na poskytovateľa ako celok,
- na úrovni zadaných skupín typov zdravotnej starostlivosti:
 - Ambulantná zdravotná starostlivosť,
 - Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky a
 - Ústavná zdravotná starostlivosť,
- na úrovni jednotlivých typov zdravotnej starostlivosti,
- na úrovni jednotlivých odborností zdravotnej starostlivosti (vo vybraných oblastiach až na úrovni zdravotných výkonov a diagnóz).

Poskytovateľ sa zaväzuje neobjednávať si u iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti zdravotnú starostlivosť, ktorú sa v súlade s Prílohou č. 2 zmluvy, časť I. Vecný rozsah predmetu zmluvy, zaväzuje poskytovať poistencom poisťovne priamo on sám. Výnimku predstavujú objektívne prípady a vyššia moc (napr. nepredvídateľná porucha prístrojového vybavenia).

Za účelom monitorovania sa zmluvné strany dohodli na nasledovných ukazovateľoch so zmluvne dojednanou cieľovou hodnotou, osobitne pre jednotlivé skupiny typov zdravotnej starostlivosti:

Ambulantná zdravotná starostlivosť

Tabuľka č. 1

AZS – Zoznam ambulancií poliklinického typu a cieľové hodnoty				
odbornosť		maximálna čakacia doba pre typ ZS 200	typ ZS	kódy ambulancií poliklinického typu
001	vnútorné lekárstvo	3 týždne*	200	001 (201)
011	ortopédia	21 týždňov*	200	011 (201, 202)
025	anesteziológia a intenzívna medicína	1 týždeň*	200	025 (201)
027	fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	21 týždňov*	200	027 (201, 202)
039	ortopedická protetika	26 týždňov*	200	039 (201, 202)
060	geriatria	3 týždne*	200	060 (201)
108	pediatrická ortopédia	23 týždňov*	200	108 (201, 202, 203)

*východisková hodnota

Poskytovateľ sa zaväzuje zabezpečiť kapacitu špecializovaných ambulancií tzv. poliklinického typu špecifikovaných v Tabuľke č. 1 tak, aby tieto boli s uvedenou maximálnou čakacou dobou dostupné pre poistencov poisťovne prichádzajúcich a objednávajúcich sa na vyšetrenia na základe odporúčania.

Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky

Tabuľka č. 2

SVLZ – Čakacie doby na vyšetrenie	
plánované výkony	maximálna čakacia doba
Angiografia nekoronárnych tepien a vaskulárne intervenčné výkony	8 týždňov*
Echokardiografia	10 týždňov*
Endoskopické vyšetrenie	4 týždne*
Denzitometria	16 týždňov*
Skiagrafia a sonografia	2 týždne*
Počítačová tomografia	3 týždne*
Magnetická rezonancia	5 týždňov*
Mamografické vyšetrenie	2 týždne*

*východisková hodnota

Poskytovateľ sa zaväzuje zabezpečiť dostupnosť na vyšetrenia podľa Tabuľky č. 2 tak, aby tieto boli s uvedenou maximálnou čakacou dobou dostupné pre poistencov poisťovne prichádzajúcich a objednávajúcich sa na vyšetrenia na základe odporúčania.

Ústavná zdravotná starostlivosť

Tabuľka č. 3

ÚZS – Čakacie doby na plánovanú operáciu				
	Vybrané choroby	Kód podľa zoznamu chorôb	Kód plánovaného výkonu	Maximálna čakacia doba
1.	Choroby oka a jeho adnexov vyžadujúce implantáciu zdravotníckej	H25.0, H25.1, H25.2, H25.8, H25.9, H26.0, H26.1, H26.2, H26.3, H26.4, H26.8, H26.9, H28.0, H28.1, H28.2, H28.8	WL0101 – operácia katarakty s implantáciou vnútroočnej šošovky	90 dní

2.	pomôcky			
	Choroby obehovej sústavy	I05.0, I05.1, I05.2, I05.8, I05.9, I06.0, I06.1, I06.2, I06.8, I06.9, I07.0, I07.1, I07.2, I07.8, I07.9, I08.0, I08.1, I08.2, I08.3, I08.8, I08.9, I09.0, I09.1, I09.2, I09.8, I09.9 I20.0, I20.1, I20.8, I20.9, I25.0, I25.11, I25.12, I25.13, I25.14, I25.15, I25.16, I25.19, I25.20, I25.21, I25.22, I25.29, I25.3, I25.4, I25.5, I25.6, I25.8, I34.0, I34.1, I34.2, I34.80, I34.88, I37.0, I37.1, I37.2, I37.8, I42.0, I42.1, I42.2, I42.3, I42.4, I42.5, I42.6, I42.7, I42.80, I42.88, I43.0, I43.1, I43.2, I43.8, I47.0, I47.1, I47.2, I48.00, I48.01, I48.10, I48.11, I49.0, I49.1, I49.2, I49.3, I49.4, I49.5, I49.8, I50.00, I50.01, I50.11, I50.12, I50.13, I50.14, I51.0, I51.1, I51.2, I51.4, I71.2, I71.4, I71.6, I71.9, Q21.0, Q21.1, Q21.2, Q21.3, Q21.4, Q21.80, Q21.88, Q21.9, Q23.0, Q23.1, Q23.2, Q23.3, Q23.4, Q23.8, Q23.9, Q25.0, Q25.3, Q25.4, Q25.6, Q25.7, Q25.8, Q25.9	WL0201 – operácia defektu srdcovej priehradky alebo Fallotovej tetralógie WL0202 – operácia vrodenej stenózy alebo insuficiencie aortálneho alebo mitrálneho ústia WL0203 – operácia vrodenej stenózy alebo atrézie aorty alebo v. pulmonalis WL0204 – operácia získanej stenózy alebo insuficiencie aortálnej alebo mitrálnej chlopne WL0205 – operácia aneuryzmy aorty WL0206 – operácia na koronárnych artériách WL0207 – PTCA koronárnych artérií WL0209 – rekonštrukčný výkon na periférnych artériách WL0210 – implantácia ICD	90 dní
3.	Choroby svalovej a kostrovej sústavy a spojivového tkaniva vyžadujúce implantáciu zdravotníckej pomôcky	M16.0, M16.1, M16.2, M16.3, M16.4, M16.5, M16.6, M16.7, M16.8, M16.9, M17.0, M17.1, M17.2, M17.3, M17.4, M17.5, M17.9, M40.00, M40.01, M40.02, M40.03, M40.04, M40.05, M40.06, M40.07, M40.08, M40.09, M40.10, M40.11, M40.12, M40.13, M40.14, M40.15, M40.16, M40.17, M40.18, M40.19, M40.20, M40.21, M40.22, M40.23, M40.24, M40.25, M40.26, M40.27, M40.28, M40.29, M40.30, M40.31, M40.32, M40.33, M40.34, M40.35, M40.36, M40.37, M40.38, M40.39, M40.40, M40.41, M40.42, M40.43, M40.44, M40.45, M40.46, M40.47, M40.48, M40.49, M40.50, M40.51, M40.52, M40.53, M40.54, M40.55, M40.56, M40.57, M40.58, M40.59, M41.00, M41.01, M41.02, M41.03, M41.04, M41.05, M41.06, M41.07, M41.08, M41.09, M41.10, M41.11, M41.12, M41.13, M41.14, M41.15, M41.16, M41.17, M41.18, M41.19, M41.20, M41.21, M41.22, M41.23, M41.24, M41.25, M41.26, M41.27, M41.28, M41.29, M41.30, M41.31, M41.32, M41.33, M41.34, M41.35, M41.36, M41.37, M41.38, M41.39, M41.40, M41.41, M41.42, M41.43, M41.44, M41.45, M41.46, M41.47, M41.48, M41.49, M41.50, M41.51, M41.52, M41.53, M41.54, M41.55, M41.56, M41.57, M41.58, M41.59,	WL0301 – implantácia TEP bedrového kĺbu WL0302 – implantácia TEP kolenného kĺbu WL0303 – operácia artrózy vrátane implantácie endoprotézy iných kĺbov WL0304 – operácie instabilit a deformít na chrbtici vrátane použitia externých a interných fixátorov chrbtice WL0305 – operácie instabilit a deformít na chrbtici vrátane použitia spondyloplastických metód	90 dní

	M41.80, M41.81, M41.82, M41.83, M41.84, M41.85, M41.86, M41.87, M41.88, M41.89, M41.90, M41.91, M41.92, M41.93, M41.94, M41.95, M41.96, M41.97, M41.98, M41.99, M42.00, M42.01, M42.02, M42.03, M42.04, M42.05, M42.06, M42.07, M42.08, M42.09, M42.10, M42.11, M42.12, M42.13, M42.14, M42.15, M42.16, M42.17, M42.18, M42.19, M42.90, M42.91, M42.92, M42.93, M42.94, M42.95, M42.96, M42.97, M42.98, M42.99, M43.00, M43.01, M43.02, M43.03, M43.04, M43.05, M43.06, M43.07, M43.08, M43.09, M43.10, M43.11, M43.12, M43.13, M43.14, M43.15, M43.16, M43.17, M43.18, M43.19, M43.20, M43.21, M43.22, M43.23, M43.24, M43.25, M43.26, M43.27, M43.28, M43.29, M43.3, M43.4, M43.50, M43.52, M43.53, M43.54, M43.55, M43.56, M43.57, M43.58, M43.59, M43.6, M43.81, M43.82, M43.83, M43.84, M43.85, M43.86, M43.87, M43.88, M43.89		
--	---	--	--

V. Termíny vyhodnocovania prospektívneho rozpočtu

Poisťovňa vykoná hodnotenie prospektívneho rozpočtu v nasledovných termínoch.

por. č. hodnotenia	hodnotené obdobie (mesiac/rok)	priebeh hodnotenia (mesiac/rok)	obdobie uplatňovania prípadnej zmeny (od – mesiac/rok)
1.	01/2018 – 06/2018	08/2018	10/2018
2.	04/2018 – 09/2018	11/2018	01/2019
3.	07/2018 – 12/2018	02/2019	04/2019