

Dodatok č. 9
k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti
č. 7011NSP1000113

Union zdravotná poisťovňa, a. s.

zastúpená: Ing. Elena Májčková, riaditeľka sekcie nákupu zdravotnej starostlivosti, revízií a programov zdravia
so sídlom: Bajkalská 29/A, 821 08 Bratislava
IČO: 36 284 831
DIČ: 2022152517
IBAN: SK37 8180 0000 0070 0025 6518
označenie registra: Okresný súd Bratislava I, oddiel: Sa, vložka číslo: 3832/B, právna forma: akciová spoločnosť
kód Union zdravotnej poisťovne, a. s.: 27
(ďalej len „zdravotná poisťovňa“)

a

Nemocnica s poliklinikou n. o. Kráľovský Chlmec

zastúpený: Ing. Klára Hencelová, riaditeľ
so sídlom: Nemocničná 8, 077 01 Kráľovský Chlmec
IČO: 45737967
identifikátor poskytovateľa (prvých šesť znakov kódu poskytovateľa): P19800
(ďalej len "poskytovateľ")
(spoločne aj ako „zmluvné strany“)

Zmluvné strany uzatvárajú tento dodatok č. 9 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti č. 7011NSP1000113 (ďalej len „zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti“):

Článok 1
Predmet dodatku

Na základe článku IX bodu 9.5. zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa zmluvné strany dohodli na tejto zmene zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti:

1. V Prílohe č. 2b Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú ústavnú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah, časť V. Príplatky bod 2 sa s účinnosťou od 1.10.2016 mení a znie nasledovne:
„2. Zdravotná poisťovňa zvýši úhradu za vybranú zdravotnú starostlivosť poskytnutú v období **od 01.05.2016 do 31.12.2016** formou jedného príplatku k cene
a) **ukončenej hospitalizácie** vo výške **75,00 €** (kód RZRV00),
b) **ošetrovacieho dňa** vo výške **4,00 €** (kód RZRV01),
c) **osobitne hrazeného výkonu** vo výške **75,00 €** (kód RZRV00),
d) **výkonu jednodňovej zdravotnej starostlivosti** vo výške **75,00 €** (kód RZRV00);
poskytovateľ vykazuje príplatok podľa tohto bodu na úhradu zdravotnej poisťovni pod vyššie uvedenými kódmi a v súlade s platným Metodickým usmernením o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou vydaným Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou výlučne ako pripočítateľnú položku - položka 11 vety tela príslušnej dávky ústavnej zdravotnej starostlivosti alebo položka 13 vety tela dávky ambulantnej zdravotnej starostlivosti, spoločne s hospitalizáciou, ošetrovacím dňom, osobitne hrazeným výkonom alebo výkonom jednodňovej zdravotnej starostlivosti, k cene ktorého sa príplatok vykazuje; príplatok nie je možné samostatne vykázať na úhradu zdravotnej poisťovni a to ani v rámci doúčtovania zdravotnej starostlivosti; poskytovanie príplatkov sa nevzťahuje na stacionár.“
2. V Prílohe č. 2b Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú ústavnú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah, v časti VI. Osobitné ustanovenia o príplatkoch sa
a) v bode 1 v písm. a) dátum „30.09.2016“ nahrádza dátumom „31.12.2016“,
b) v bode 2 v prvej vete dátum „01.10.2016“ nahrádza dátumom „25.11.2016“,
c) v bode 2 v druhej vete dátum „01.10.2016“ nahrádza dátumom „25.11.2016“, dátum „30.09.2016“ nahrádza dátumom „31.12.2016“,
d) v uvádzacej vete bodu 3 slovo „tri“ nahrádza slovom „štyri“,
e) v bode 3 sa pred bodkočiarku dopĺňa nové písm. d) v znení „d) pohľadávka na vrátenie príplatkov uhradených poskytovateľovi za obdobie od 01.10.2016 do 31.12.2016 so splatnosťou dňa 02.01.2017“ a
f) v bode 4 v prvej vete pred bodku dopĺňa nové písm. d) v znení „d) pohľadávka na vrátenie príplatkov uhradených poskytovateľovi za obdobie od 01.10.2016 do 31.12.2016 voči pohľadávke poskytovateľa za obdobie januára 2017“.
3. Text bodu 3.3. článku III zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa mení a znie nasledovne:
„3.3. Zmluvné strany sa dohodli, že niektoré zmluvné podmienky definované v bode 3.1. zmluvy sú dohodnuté v príslušných prílohách, ktoré tvoria neoddeliteľnú súčasť zmluvy.“
4. V článku IV v bode 4.6. zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa odkaz na bod 9.5. zmluvy nahrádza odkazom na bod 10.5. zmluvy.

5. V článku IV v bode 4.6 zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa dopĺňajú nové písmena p) až r), ktoré znejú takto:
- „p) viesť, aktualizovať a na predchádzajúcu žiadosť zdravotnej poisťovne jej v lehote 5 pracovných dní od vyžiadania poskytnúť zoznam poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej (t.j. inej ako neodkladnej) zdravotnej starostlivosti v rámci jednotlivých oddelení nemocnice a/alebo jednotlivých zariadení jednotňovej zdravotnej starostlivosti poskytovateľa (ďalej len „zoznam poskytovateľa“) s uvedením mena, priezviska a dátumu narodenia poistenca, jeho poradia v zozname poskytovateľa, dátumu zaradenia poistenca do zoznamu poskytovateľa, dátumu plánovaného poskytnutia zdravotnej starostlivosti a odbornosti oddelenia nemocnice alebo zariadenia jednotňovej zdravotnej starostlivosti, v rámci ktorého má byť poistencovi poskytnutá zdravotná starostlivosť; táto povinnosť sa nevzťahuje na tú zdravotnú starostlivosť (choroby), pre ktorú je zdravotná poisťovňa povinná viesť zoznam poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti podľa všeobecne záväzného právneho predpisu (ďalej len „zoznam zdravotnej poisťovne“),
 - q) postupovať tak, aby nedochádzalo k nárastu počtu poistencov zaradených do zoznamu poskytovateľa alebo do zoznamu zdravotnej poisťovne; na účely tejto povinnosti sa za nárast počtu poistencov považuje situácia, keď je v danom kalendárnom štvrtroku počet poistencov zaradených do zoznamu poskytovateľa o viac ako 10 % vyšší ako je počet poistencov zaradených do zoznamu poskytovateľa v bezprostredne predchádzajúcom kalendárnom štvrtroku, resp. keď je v danom kalendárnom štvrtroku počet poistencov zaradených do zoznamu zdravotnej poisťovne o viac ako 3 % vyšší ako je počet poistencov zaradených do zoznamu zdravotnej poisťovne v bezprostredne predchádzajúcom kalendárnom štvrtroku, pričom sa vychádza z údajov o počte poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti u poskytovateľa,
 - r) pravdivo, korektne a neskrešene informovať poistencov o podmienkach poskytovania zdravotnej starostlivosti poistencom a úhrady tejto zdravotnej starostlivosti zdravotnou poisťovňou.“
6. V článku IV zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa bod 4.8. mení a znie nasledovne:
„4.8. Poskytovateľ je oprávnený odporučiť alebo inak odoslať poistenca na poskytnutie zdravotnej starostlivosti k inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti iba v prípade ak:
- a) ide o zdravotnú starostlivosť, na ktorej poskytnutie sa vyžaduje taký druh zdravotníckeho zariadenia, ktorý poskytovateľ neprevádzkuje, alebo ide o takú medicínsku odbornosť, v rámci ktorej poskytovateľ neprevádzkuje potrebný druh zdravotníckeho zariadenia,
 - b) ide o zdravotnú starostlivosť, ktorá nie je predmetom zmluvného vzťahu medzi poskytovateľom a zdravotnou poisťovňou, alebo
 - c) materiálno-technické a/alebo personálne vybavenie poskytovateľa neumožňuje poskytnúť poistencovi potrebnú zdravotnú starostlivosť.“
7. V článku IV zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa vypúšťa bod 4.10.
8. Doterajšie body 4.11. až 4.16. článku IV zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa označujú ako body 4.10. až 4.15.
9. V článku IV zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa doterajší bod 4.15. mení a znie nasledovne:
„4.14. Zdravotná poisťovňa uhrádza zdravotnú starostlivosť, ktorú poskytovateľ v Slovenskej republike poskytol poistencom členských štátov Európskej únie, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu, Švajčiarska alebo cudzincom zo štátov, s ktorými má Slovenská republika uzatvorené medzinárodné dohody o poskytnutí zdravotnej starostlivosti (ďalej len „poistenci EÚ“), v rozsahu a za podmienok určených príslušnými všeobecne záväznými právnymi predpismi alebo príslušnou medzinárodnou zmluvou a za rovnakých zmluvných podmienok ako zdravotnú starostlivosť poskytnutú poistencom; to neplatí, ak je v príslušnej prílohe zmluvy dohodnutý spôsob úhrady zdravotnej starostlivosti formou ceny kapitácie, v takomto prípade sa pri dodržaní všetkých ostatných podmienok zdravotná starostlivosť uhrádza v rozsahu poskytnutých zdravotných výkonov.“
10. Do zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa vkladá nový článok V, ktorý vrátane nadpisu znie takto:

„Článok V Globálny rozpočet

5.1. Zmluvné strany sa dohodli, že zdravotná poisťovňa uhradí v súlade s touto zmluvou vykázanú a zdravotnou poisťovňou uznanú zdravotnú starostlivosť (ďalej len „uznaná zdravotná starostlivosť“) bližšie určenú v prílohe č. 2a (okrem gynekologickej špecializovanej ambulantnej starostlivosti, všeobecnej ambulantnej starostlivosti, lekárskej služby prvej pomoci, záchrannej zdravotnej služby a výkonov asistovanej reprodukcie) a v prílohe č. 2b zmluvy (okrem mimoriadne finančne náročnej zdravotnej starostlivosti, výkonov finančne náročnej zdravotnej starostlivosti, príplatkov podľa časti V. prílohy č. 2b), vrátane zdravotnej starostlivosti dohodnutej podľa § 8 ods. 3 vyhlášky MZ SR č. 412/2009 Z. z. v platnom znení, a uznaný špeciálny zdravotnícky materiál¹ (ak ho poskytovateľ vykazuje) poskytnutý v príslušnom

¹ Na účely čl. V sa špeciálnym zdravotníckym materiálom rozumie špeciálny zdravotnícky materiál, ktorý je v čase jeho použitia zaradený do platného Zoznamu kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov v zmysle zákona 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 v znení neskorších predpisov (ďalej len „Zoznam ŠZM“), a špeciálny zdravotnícky materiál, ktorý nie je zaradený v Zozname ŠZM a ktorého úhradu zdravotná poisťovňa schválila.

kalendárnom mesiaci poistencom zdravotnej poisťovne (okrem poisťencov EÚ) najviac do výšky celkovej mesačnej úhrady (ďalej len „globálny rozpočet“). Zdravotná starostlivosť, na ktorú sa podľa tohto bodu globálny rozpočet nevzťahuje, sa uhrádza bez určenia finančného rozsahu a v cenách uvedených v príslušných prílohách zmluvy.

5.2. Výška globálneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac je

- a) 71.493,- eur v období od 01.10.2016 do 31.12.2016 a
- b) 76.555,- eur v období od 01.01.2017.

5.3. V prípade, že v danom kalendárnom mesiaci poskytovateľ poskytne poistencom uznanú zdravotnú starostlivosť a špeciálny zdravotnícky materiál v takom rozsahu, že celková suma úhrady pri uplatnení jednotlivých výšok úhrad uvedených v príslušných prílohách zmluvy by bola nižšia ako je globálny rozpočet, jednotlivé výšky úhrad za poskytnutú uznanú zdravotnú starostlivosť sa pre daný kalendárny mesiac pomerne zvýšia tak, že celková suma úhrady sa rovná globálnemu rozpočtu.

5.4. V prípade, že v danom kalendárnom mesiaci poskytovateľ poskytne poistencom uznanú zdravotnú starostlivosť a špeciálny zdravotnícky materiál v takom rozsahu, že celková suma úhrady pri uplatnení jednotlivých výšok úhrad uvedených v príslušných prílohách zmluvy by bola vyššia ako je globálny rozpočet, jednotlivé výšky úhrad za poskytnutú uznanú zdravotnú starostlivosť sa pre daný kalendárny mesiac pomerne znížia tak, že výsledná suma úhrady sa rovná globálnemu rozpočtu.

5.5. Ak poskytovateľ počas sledovaného obdobia poskytne poistencom uznanú zdravotnú starostlivosť a špeciálny zdravotnícky materiál v takom rozsahu, že celková suma úhrady by pri uplatnení výšok úhrad za zdravotnú starostlivosť uvedených v príslušných prílohách bola v priemere za kalendárny mesiac o viac ako 20 % vyššia ako globálny rozpočet, zvyšuje sa globálny rozpočet o 10 %. Ak poskytovateľ počas sledovaného obdobia poskytne poistencom uznanú zdravotnú starostlivosť a špeciálny zdravotnícky materiál v takom rozsahu, že celková suma úhrady by pri uplatnení výšok úhrad za zdravotnú starostlivosť uvedených v príslušných prílohách bola v priemere za kalendárny mesiac o 20 % nižšia ako globálny rozpočet, znižuje sa globálny rozpočet o 10 %. Sledovaným obdobím pre účely tohto bodu je prvých šesť po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov z obdobia, počas ktorého bola v každom kalendárnom mesiaci výška globálneho rozpočtu rovnaká. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností sa zmluvné strany dohodli, že ak nedôjde k zmene globálneho rozpočtu, nové sledované obdobie začína plynúť bezprostredne po skončení predchádzajúceho sledovaného obdobia; ak dôjde k zmene globálneho rozpočtu, nové sledované obdobie začína plynúť od kalendárneho mesiaca (vrátane), v ktorom sa uplatní nová výška globálneho rozpočtu. Globálny rozpočet zvýšený alebo znížený na základe tohto bodu zmluvy sa uplatní najskôr od štvrtého kalendárneho mesiaca nasledujúceho po skončení príslušného sledovaného obdobia.

5.6. Každá zo zmluvných strán na písomnú výzvu druhej zmluvnej strany pristúpi k rokovaniu o uzavretí dodatku ku zmluve alebo novej zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktorou sa upraví globálny rozpočet, ak:

- a) dôjde k zásadnej zmene rozsahu alebo druhu zdravotnej starostlivosti, ktorú poskytovateľ poskytuje poistencom, ak tieto zmeny mali preukázateľný vplyv na počet poisťencov, ktorým poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť,
- b) dôjde k legislatívnej a/alebo inej právne záväznej regulačnej úprave zdravotníckej autority majúcej vplyv na rozsah a úhradu poskytnutej zdravotnej starostlivosti,
- c) poskytovateľ poruší povinnosť podľa bodu 4.6. písm. q) a/alebo 4.8. zmluvy alebo ak hrozí porušenie čo i len jednej z týchto povinností, alebo
- d) zdravotná poisťovňa zistí nedostatky v účelnosti, efektívnosti a hospodárnosti vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia, rozsahu a kvalite poskytovanej zdravotnej starostlivosti, dodržiavaní všeobecne záväzných právnych predpisov a zmluvných podmienok v dôsledku konania poskytovateľa.

5.7. Ustanovenia článkov VI a VII zmluvy sa vykladajú a aplikujú tak, aby bol naplnený účel článku V zmluvy. Ustanovenie bodov 8.1. a 8.2. zmluvy sa v prípade zdravotnej starostlivosti hradenej globálnym rozpočtom nepoužijú.“.

11. Doterajšie články V až X zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa označujú ako články VI až XI a v súlade s tým sa upravuje číslovanie bodov týchto článkov zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

12. Doterajší bod 5.1. článku V zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa mení a znie takto:

„6.1. Poskytovateľ zdravotnej poisťovni predkladá účtovný doklad – faktúru (ďalej len „faktúra“) za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v účtovacom období, spravidla do 10-tich kalendárnych dní po uplynutí tohto účtovacieho obdobia. Zúčtovacím obdobím je celý kalendárny mesiac. V prípade doručenia faktúry pred uplynutím účtovacieho obdobia sa za deň doručenia faktúry považuje prvý kalendárny deň nasledujúceho mesiaca. Poskytovateľ je povinný predložiť faktúru niektorým zo spôsobov uvedených v bode 9.1. alebo podľa bodu 9.2. zmluvy a to v členení podľa druhu zmluvne dohodnutých druhov poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Ak nie je pre osobitné prípady uvedené v prílohách zmluvy dohodnuté inak, poskytovateľ vyvinie maximálne úsilie, aby pre účely úhrady zdravotnej starostlivosti hradenej globálnym rozpočtom používal iba jednu samostatnú faktúru za jedno zúčtovacie obdobie. Vzhľadom na povahu globálneho rozpočtu poskytovateľ berie na vedomie, že v prípade vystavenia viac ako jednej faktúry za jedno zúčtovacie obdobie, zdravotná poisťovňa uhradí celý globálny rozpočet iba ku jednej faktúre. Bezprostredne predchádzajúcimi dvoma vetami nie sú dotknuté oprávnenia zdravotnej poisťovne podľa čl. VI a VII zmluvy a ani úhrada zdravotnej starostlivosti, ktorá nie je hradená globálnym rozpočtom.“.

13. V doterajšom bode 5.6. článku V zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa slovo „uznanej“ nahrádza slovom „určenej“.

14. V doterajšom článku V zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa odkazy na iné ustanovenia zmluvy upravujú nasledovne:

- a) v doterajšom bode 5.3. sa nahrádza slovo „5.2“ slovom „6.2.“, slovo „5.4.“ slovom „6.4.“ a slovo „5.9“ slovom „6.9“,
- b) v doterajšom bode 5.6. sa nahrádza slovo „5.5.“ slovom „6.5.“ a slovo „5.7“ slovom „6.7.“,
- c) v doterajšom bode 5.7. sa nahrádza slovo „5.6.“ slovom „6.6.“ a slovo „5.9“ slovom „6.9“,
- d) v doterajšom bode 5.8. sa nahrádza slovo „5.7“ slovom „6.7.“ a slovo „5.9“ slovom „6.9“,
- e) v doterajšom bode 5.9. sa nahrádza slovo „5.3.“ slovom „6.3“,
- f) v doterajšom bode 5.11. sa nahrádza slovo „8.2.“ slovom „9.2.“.

15. V doterajšom článku V zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa vypúšťajú body 5.12. a 5.13.

16. V doterajšom článku VI zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa odkazy na iné ustanovenia zmluvy upravujú nasledovne:

- a) v doterajšom bode 6.2. sa nahrádza slovo „6.1.“ slovom „7.1“,
- b) v doterajšom bode 6.6. sa nahrádza slovo „6.6.“ slovom „7.6.“,
- c) v doterajšom bode 6.11. sa nahrádza slovo „6.8.“ slovom „7.8.“ a slovo „6.10.“ slovom „7.10.“

17. V doterajšom článku VII zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa odkazy na iné ustanovenia zmluvy upravujú nasledovne:

- a) v doterajšom bode 7.1. sa nahrádza slovo „VI“ slovom „VII“, slovo „7.2“ slovom „8.2.“ a slovo „7.4.“ slovom „8.4“,
- b) v doterajšom bode 7.2. sa v oboch prípadoch výskytu slová „7.1“ nahrádzajú slovami „8.1.“,
- c) v doterajšom bode 7.3. sa nahrádza slovo „7.1.“ slovom „8.1.“ a slovo „7.4.“ slovom „8.4.“,
- d) v doterajšom bode 7.5. sa nahrádza slovo „7.4.“ slovom „8.4.“,
- e) v doterajšom bode 7.7. sa nahrádza slovo „VI“ slovom „VII“,
- f) v doterajšom bode 7.8. sa nahrádza slovo „7.4.“ slovom „8.5.“ a slovo „7.5“ slovom „8.5.“,
- g) v doterajšom bode 7.11. sa nahrádza slovo „VI“ slovom „VII“,
- h) v doterajšom bode 7.13. sa nahrádza slovo „VI“ slovom „VII“,
- i) v doterajšom bode 7.14., v písm. a) sa nahrádza slovo „VI“ slovom „VII“.

18. V doterajšom bode 8.2. článku VIII zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa odkaz na článok V zmluvy nahrádza odkazom na článok VI zmluvy a odkaz na bod 8.1. zmluvy odkazom na bod 9.1. zmluvy.

19. V článku IX zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa doterajšie body 9.3. a 9.4. menia a znejú takto:

„10.3. Zmluva sa uzatvára na dobu neurčitú, s výnimkou tých častí príloh č. 2a a 2b zmluvy, ktoré sa týkajú zdravotnej starostlivosti hradenej globálnym rozpočtom; tieto časti príloh č. 2a a 2b zmluvy sú účinné do 30.9.2017.

10.4. Ak po uplynutí v bode 10.3. dojednanej účinnosti častí príloh č. 2a a č. 2b zmluvy, ktoré sa týkajú zdravotnej starostlivosti hradenej globálnym rozpočtom, nedôjde medzi zmluvnými stranami k dohode o ich úprave, ich účinnosť sa automaticky predlžuje až do doby nadobudnutia účinnosti dodatku k zmluve, ktorým sa tieto časti prílohy č. 2a a č. 2b zmluvy upravia, najviac však o tri kalendárne mesiace.“.

20. V doterajšom bode 9.2. článku IX zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa nahrádza odkaz na bod 8.2. zmluvy odkazom na bod 9.2. zmluvy.

21. Doterajší bod 10.3. článku X zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa mení a znie takto:

„11.3. Neoddeliteľnou súčasťou zmluvy sú nasledovné prílohy:

- Príloha č. 1 Dohodnutý rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti
- Príloha č. 2a Podmienky úhrady poskytnutej ambulantnej zdravotnej starostlivosti
- Príloha č. 2b Podmienky úhrady poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti
- Príloha č. 3 Zdravotnou poisťovňou schválené zdravotné výkony“.

22. V názve prílohy č. 2a k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa slová „Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú ambulantnú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah“ nahrádzajú slovami „Podmienky úhrady poskytnutej ambulantnej zdravotnej starostlivosti“.

23. V prílohe č. 2a k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa s účinnosťou od 1.10.2016

- a) v časti III. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť, v písm. C. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore urológia, v písm. b), v druhej vete slovo „92%“ nahrádza slovom „80%“ a
- b) v časti VI. Zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, v písm. B) Zobrazovacie vyšetrovacie metódy, v bode 2, v prvej vete slovo „92%“ nahrádza slovom „80%“.

Zmluvné strany sa dohodli na úhrade zdravotnej starostlivosti podľa tohto bodu za obdobie do 31.12.2016.

24. V prílohe č. 2a k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, v časti III. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť, v písm. C. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore urológia, v písm. b), sa druhá veta s účinnosťou od 1.1. 2017 mení a znie nasledovne:

„V prípade, že zdravotnícke pomôcky uvedené v písm. b) tejto časti prílohy sa na základe kategorizácie špeciálnych zdravotníckych materiálov (ďalej aj ako „SZM“) stanú súčasťou Zoznamu špeciálnych zdravotníckych materiálov v zmysle zákona 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 v znení neskorších predpisov, zdravotná poisťovňa uhradí tento SZM ako pripočítateľnú položku k úhrade výkonu do výšky obstarávacej ceny SZM, najviac však do výšky príslušnej maximálnej úhrady zdravotnej poisťovne za SZM uvedenej v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne pri súčasnom dodržaní

všetkých ostatých príslušných podmienok úhrady ŠZM. Ak je obstarávacia cena ŠZM vyššia ako maximálna úhrada zdravotnej poisťovne za ŠZM ako pripočítateľnej položky uvedená v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne, je tento rozdiel zahrnutý do úhrady výkonu, v súvislosti s ktorým bol ŠZM použitý. Týmto bodom nie je dotknutá výška doplatku poistenca na úhradu ŠZM.“.

25. V prílohe č. 2a k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, v časti VI. Zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, písm. B) Zobrazovacie vyšetrovacie metódy, sa bod 2 s účinnosťou od 1.1.2017 mení a znie nasledovne:

„2. V prípade, že poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zariadení SVLZ použije špeciálny zdravotnícky materiál (ďalej len „ŠZM“) uvedený v Zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov v zmysle zákona 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 v znení neskorších predpisov (ďalej len „Zoznam ŠZM“) a preskripčným obmedzením viazaný na špecializačný odbor rádiológia, zdravotná poisťovňa uhradí tento ŠZM ako pripočítateľnú položku k úhrade výkonu do výšky obstarávacej ceny ŠZM, najviac však do výšky príslušnej maximálnej úhrady zdravotnej poisťovne za ŠZM uvedenej v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne pri súčasnom dodržaní všetkých ostatých príslušných podmienok úhrady ŠZM, ak nie je dojednané inak. Ak je obstarávacia cena ŠZM vyššia ako maximálna úhrada zdravotnej poisťovne za ŠZM ako pripočítateľnej položky uvedená v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne, je tento rozdiel zahrnutý do úhrady výkonu, v súvislosti s ktorým bol ŠZM použitý. Týmto bodom nie je dotknutá výška doplatku poistenca na úhradu ŠZM.“.

26. V prílohe č. 2a k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa vypúšťa časť VII. Finančný rozsah.

27. V názve prílohy č. 2b k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa slová „Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú ústavnú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah“ nahrádzajú slovami „Podmienky úhrady poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti“.

28. V prílohe č. 2b k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa v časti I. Ústavná zdravotná starostlivosť bod 5. mení a znie nasledovne:

„5. Poskytovateľ môže zdravotnej poisťovni samostatnou faktúrou vykázat mimoriadne finančne náročnú zdravotnú starostlivosť, ak liečba predstavuje jedinú terapeutickú alternatívu a náklady poskytovateľa na lieky a zdravotnícke pomôcky, ktoré sú zahrnuté do úhrady hospitalizácie, presiahnu dvojnásobok súčtu ceny ukončenej hospitalizácie uvedenej v bode 1 časti I tejto prílohy) a príplatku k ukončenej hospitalizácii (príplatok sa berie do úvahy vo výške uvedenej v tejto časti tejto prílohy), ak má poskytovateľ na tento príplatok nárok). Poskytovateľ po ukončení hospitalizácie predloží zdravotnej poisťovni na schválenie individuálnu kalkuláciu ekonomicky oprávnených a preukázateľných nákladov na lieky a zdravotnícke pomôcky spoločne s kópiami ich nadobúdacích dokladov od dodávateľa zdravotníckych pomôcok. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi mimoriadne finančne náročnú zdravotnú starostlivosť vo výške schválenej revíznym lekárom zdravotnej poisťovne ako pripočítateľnú položku k ukončenej hospitalizácii.“.

29. V prílohe č. 2b k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa v časti I. Ústavná zdravotná starostlivosť bod 8. mení a znie nasledovne:

„8. Poskytovateľ je oprávnený odmietnuť poistencovi zdravotnej poisťovne poskytnutie ústavnej zdravotnej starostlivosti iba v prípade, ak zdravotný stav poistenca nevyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín.“.

30. V prílohe č. 2b k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, v časti II. Úhrada špeciálnych zdravotníckych materiálov v rámci ústavnej zdravotnej starostlivosti, v bode 2, v prvej vete sa s účinnosťou od 1.10.2016 slovo „92%“ nahrádza slovom „80%“. Zmluvné strany sa dohodli na úhrade zdravotnej starostlivosti podľa tohto bodu za obdobie do 31.12.2016.

31. V prílohe č. 2b k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, v časti II. Úhrada špeciálnych zdravotníckych materiálov v rámci ústavnej zdravotnej starostlivosti, sa bod 2 s účinnosťou od 1.1.2017 mení a znie nasledovne:

„2. V prípade, že poskytovateľ pri poskytovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti použije ŠZM uvedený v Zozname ŠZM, zdravotná poisťovňa uhradí tento ŠZM ako pripočítateľnú položku k úhrade hospitalizácie do výšky obstarávacej ceny ŠZM, najviac však do výšky príslušnej maximálnej úhrady zdravotnej poisťovne za ŠZM uvedenej v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne pri súčasnom dodržaní všetkých ostatých príslušných podmienok úhrady ŠZM, ak nie je dojednané inak. Ak je obstarávacia cena ŠZM vyššia ako maximálna úhrada zdravotnej poisťovne za ŠZM ako pripočítateľnej položky uvedená v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne, je tento rozdiel zahrnutý do úhrady hospitalizácie, v súvislosti s ktorou bol ŠZM použitý. Týmto bodom nie je dotknutá výška doplatku poistenca na úhradu ŠZM.“.

32. V Prílohe č. 2b k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, v časti III. Osobitne hradené výkony a výkony jednodňovej zdravotnej starostlivosti, v bode 3. v prvej vete sa s účinnosťou od 1.10.2016 slovo „92%“ nahrádza slovom „80%“. Zmluvné strany sa dohodli na úhrade zdravotnej starostlivosti podľa tohto bodu za obdobie do 31.12.2016.

33. V Prílohe č. 2b k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, v časti III. Osobitne hrazené výkony a výkony jednodňovej zdravotnej starostlivosti, sa bod 3. s účinnosťou od 1.1.2017 mení a znie nasledovne:

„3. V prípade, že poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti použije nasledovný špeciálny zdravotnícky materiál (ďalej len „ŠZM“):

- a) prsníkový implantát v špecializačnom odbore plastická chirurgia,
- b) prsníkový expandér v špecializačnom odbore plastická chirurgia,
- c) prsníkový expandér – implantát v špecializačnom odbore plastická chirurgia,
- d) suburetrálna páska v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo a v špecializačnom odbore urológia,
- e) vnútroočná šošovka v špecializačnom odbore oftalmológia,

zdravotná poisťovňa ho uhradí ako pripočítateľnú položku k úhrade výkonu do výšky obstarávacej ceny ŠZM, najviac však do výšky príslušnej maximálnej úhrady zdravotnej poisťovne za ŠZM uvedenej v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne pri súčasnom dodržaní všetkých ostatných príslušných podmienok úhrady ŠZM. Ak je obstarávacia cena ŠZM vyššia ako maximálna úhrada zdravotnej poisťovne za ŠZM ako pripočítateľnej položky uvedenej v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne, je tento rozdiel zahrnutý do úhrady výkonu, v súvislosti s ktorým bol ŠZM použitý. Týmto bodom nie je dotknutá výška doplatku poistenca na úhradu ŠZM.“

34. V prílohe č. 2b k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa vypúšťa časť IV. Finančný rozsah.

35. Zmluvné strany sa dohodli, že ich právne vzťahy sa spravujú týmto dodatkom aj za obdobie od 1.10.2016 do dňa nadobudnutia účinnosti tohto dodatku, ak v tomto dodatku nie je dohodnuté inak.

36. Ostatné ustanovenia zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti ostávajú týmto dodatkom nezmenené.

Článok 2 Spoločné a záverečné ustanovenia

1. Tento dodatok je neoddeliteľnou súčasťou zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Tento dodatok je vyhotovený vo dvoch rovnopisoch, z ktorých sa každý považuje za originál. Každá zo zmluvných strán obdrží po jednom vyhotovení dodatku.

2. Súhlas s obsahom dodatku vyjadria zástupcovia zmluvných strán svojím podpisom na poslednej strane tohto dodatku.

3. Tento dodatok nadobúda platnosť dňom podpisu oboma zmluvnými stranami a účinnosť dňom nasledujúcim pod dni jeho zverejnenia na webovom sídle zdravotnej poisťovne.

Bratislava dňa2016

Kráľovský Chlmec dňa2016

Union zdravotná poisťovňa, a.s.

Nemocnica s poliklinikou n. o. Kráľovský Chlmec

.....
Ing. Elena Májeková
riaditeľka sekcie nákupu zdravotnej starostlivosti,
revízičných činností a programov zdravia
na základe plnej moci

.....
Ing. Klára Hencelová, riaditeľ