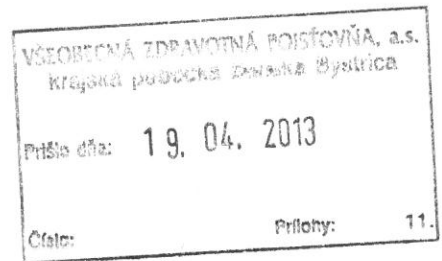


č. 51/10/48-11/2013



Dodatok č. 10

k Zmluve č. 21NSP2000311

Čl. 1

Zmluvné strany

1. Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

so sídlom: Mamateyova 17, 850 05 Bratislava,
Zastúpená Ing. Marcelom Foraiom, MPH, predsedom predstavenstva
IČO: 35 937 874
IČ DPH: SK2022027040
Zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I., oddiel Sa,
vložka číslo: 3602/B
Osoba oprávnená konať vo veci zmluvy:
riadiťka krajskej pobočky v Banskej Bystrici, Ing. Anna Golianová
Adresa krajskej pobočky: Skuteckého 22, 974 01 Banská Bystrica
Bankové spojenie: Štátna pokladnica
Číslo účtu: 7000182387/8180
(ďalej len „poisťovňa“)

a

2. Nemocnica s poliklinikou Brezno, n.o.

so sídlom: Banisko 1, 977 42 Brezno
Zastúpený: MUDr. Anton Bučko, MPH
Identifikátor poskytovateľa: N22399
IČO: 31908969
Bankové spojenie: Tatrabanka, a.s.
Číslo účtu: 2620778736/1100
Bankové spojenie: Slovenská sporiteľňa, a.s.
Číslo účtu: 0300102885/0900
(ďalej len „poskytovateľ“)

uzatvárajú

tento dodatok k Zmluve č. 21NSP2000311 (ďalej len „zmluva“)

Čl. 2

Predmet dodatku

Na základe Čl. 7 - Záverečné ustanovenia bod 7 zmluvy sa zmluvné strany dohodli na týchto zmenách zmluvy:

Časť A

1. V Čl. 7 – Záverečné ustanovenia sa mení znenie bodu 1 a nahrádza sa nasledovným znením:

„1. Zmluva sa uzatvára na dobu určitú **do 31.12.2013.**“

2. Platnosť Prílohy č. 1 zmluvy - Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti sa predlžuje **do 30.9.2013.**
3. V Prílohe č. 1 zmluvy – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti, časť A Ambulantná zdravotná starostlivosť sa od 1.4.2013:

- a) v bode 2.1 Špecializovaná ambulantná starostlivosť – vrátane ÚPS dopĺňa nasledovná cena:

preventívny výkon č. 763P a 763M u gastroenterológa	0,030472 €
---	------------

- b) v bode 3 Záchranná zdravotná služba (ZZS), v tabuľke Cena za 1 kilometer sa cena „0,63 €“ nahrádza cenou „0,79 €“ a cena „0,70 €“ sa nahrádza cenou „0,79 €“,

- c) v bode 3 Záchranná zdravotná služba (ZZS), v odseku Pevná cena (paušálna úhrada) sa cena „16 082,46 €“ nahrádza cenou „16 343,76 €“, cena „27 882,89 €“ sa nahrádza cenou „28 426,09 €“ a cena „30 206,47 €“ sa nahrádza cenou „30 749,67 €“,

- d) v bode 6 Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (SVLZ) sa mení tabuľka SVLZ – zobrazovacie a nahrádza nasledovným znením:

„SVLZ – Zobrazovacie“

Špecializačný odbor	Cena bodu v €
Rádiológia – typ ZS 400	0,007303
CT – počítačová tomografia – typ ZS 420 – Klaster 2	0,006141

4. V Prílohe č. 1 zmluvy – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti, časť B Ústavná zdravotná starostlivosť sa od 1.4.2013:

- a) mení znenie tabuľky Cena za ukončenú hospitalizáciu a nahrádza sa nasledovným znením:

„Cena za ukončenú hospitalizáciu (UH):“

Odbornosť/oddelenia	Názov oddelenia	Cena za UH v €
001	vnútorné lekárstvo	503,00
004	neuroológia	509,00
007	pediatria	438,00
009	gynekológia	488,00
010	chirurgia	610,00
025	OAIM	2 697,00
051	neonatológia	339,00
205	LDCH – pri dĺžke hospitalizácie 21 a viac dní	1 055,00
205	LDCH – pri dĺžke hospitalizácie do 20 dní vrátane	563,00

- b) dopĺňa sa pod tabuľku Cena za ukončenú hospitalizáciu odsek nasledovného znenia:

„Diagnosticke terapeutický výkon hrađený v ústavnej starostlivosti č. H5560

Kód výkonu	Charakteristika výkonu	Cena výkonu v €	Odbornosť
H5560	Ukončená hospitalizácia za účelom: a) pozorovania zdravotného stavu, alebo b) jednorazového podania liekov, alebo c) vykonania plánovaného diagnostického vyšetrenia. Podmienkou úhrady je kontinuálne poskytovanie zdravotnej starostlivosti viac ako 24 hodín a maximálne do 72 hodín.	350 €	nechirurgické odbornosti

Poskytovateľ vykáže výkon H5560 ako pripočítateľnú položku v príslušnej cene k ukončenej hospitalizácii s nulovou cenou.“

„Cena UH JIS.

Cena UH JIS je stanovená vo výške 50% ceny UH základného oddelenia.“

„Príplatok k cene UH.

Príplatok k cene UH (ďalej len „BON“) sa uhrádza ako pripočítateľná položka vo vybraných chirurgických odboroch (kódy vybraných chirurgických odborov: 009, 010) pri ukončenej hospitalizácii vo výške 100 € k cene UH základného oddelenia za súčasného splnenia nasledovných podmienok:

- 1) dĺžka hospitalizácie vrátane JIS bola v trvaní 4 dni a viac,
 - 2) pri operačnom výkone bola podaná celková alebo regionálna anestézia za účasti anestéziologického tímu, uvedená v platnom Metodickom usmernení ÚDZS pod kódom ANST₁₂, ANST₁₃, ANST₀₁, ANST₀₂ a ANST₀₃,
 - 3) ukončená hospitalizácia bola vykázaná v dávke 774n platného dátového rozhrania podľa Metodického usmernenia ÚDZS, ktorá je v uvedených vybraných položkách vyplnená nasledovne:
 - v položke 21 - TYP VÝKONU – uvádza sa znak „O“ (operačný) alebo „K“ (kombinácia výkonu operačného a intervenčnej rádiológie),
 - v položke 22 - KÓD OPERAČNÉHO VÝKONU – uvádza sa kód operačného výkonu podľa zoznamu výkonov dodaných poisťovňou v elektronickej forme (ZZV_VsZP_1). Kód operačného výkonu sa zadáva v tvare bez použitia bodky,
 - 4) pripočítateľná položka BON bola vykázaná v samostatnom riadku za vetou, kde bola vykázaná ukončená hospitalizácia v dávke 774n platného dátového rozhrania podľa Metodického usmernenia ÚDZS, ktorá je v uvedených vybraných položkách vyplnená nasledovne:
 - v položke 6 – DEŇ NÁSTUPU – uvedie sa deň ukončenia hospitalizácie,
 - v položke 11 - PRIPOČÍTATEĽNÉ POLOŽKY - uvedie sa znak BON,
 - v položke 12 - MNOŽSTVO – uvedie sa znak 1,
 - v položke 13 - CENA - uvedie sa cena 100 €,
 - v položke 25 – TYP HOSPITALIZÁCIE – uvedie sa znak „Z“ (vykázaná pripočítateľná položka),
 - v položke 26 - DÁTUM Z ČAKACEJ LISTINY – uvedie sa skutočný dátum operačného výkonu (nepovinná položka).
 - 5) pripočítateľná položka BON sa vykazuje a hradí až pri ukončenej hospitalizácii.
 - 6) Pripočítateľná položka BON sa neuhrádza pri operačných výkonoch resp. zákrokoch, ktoré sú súčasťou výkonov jednodňovej zdravotnej starostlivosti uvedené v Odbornom usmernení MZ SR č. 42 o výkonoch JZS zo dňa 18.08.2009, číslo 12225/2009-OZS, uverejneného vo Vestníku MZ SR dňa 31. augusta 2009, Čiastka 33-39, Ročník 57.
 - 7) Pripočítateľná položka BON sa neuhrádza pri operačných výkonoch, ktoré sú zazmluvnené ako osobitne hradené výkony.
 - 8) Pripočítateľná položka BON sa neuhrádza pri operačných výkonoch hradených ako výkony uhrádzané v ústavnej zdravotnej starostlivosti (balíčkové ceny TEP).“
- c) v časti Cena za ukončenie hospitalizácie, ošetrovací deň v ústavnej zdravotnej starostlivosti sa mení znenie bodu 8 a nahrádza nasledovným znením:

„8. Na JIS jednotlivých oddelení je poskytovaná intenzívna starostlivosť nižšieho a stredného stupňa pri hrozacej poruche niektorej životnej funkcie, pri TISS skóre 15 bodov a viac, s trvalým neinvazívnym monitorovaním najmenej jednej životnej funkcie, s vnútro žilovou infúznou liečbou, nepretržitým sledovaním zdravotného stavu poistenca, bilanciou príjmu a výdaja tekutín a zavedenou osobitnou dokumentáciou (dokumentácia musí obsahovať písomné zdôvodnenie indikácie intenzívnej starostlivosti lekárom, ktorý žiada prijatie na JIS). Hospitalizácia na JIS je hradená vo výške 50 % ceny za ukončenie hospitalizácie príslušného oddelenia pokiaľ v zmluve nie je uvedené inak. Po preklade na základné oddelenie, ku ktorému JIS prináleží, resp. pri preklade z oddelenia na JIS, alebo pri opakovanom preklade z oddelenia na JIS a z JIS späť na oddelenie, bude uhradená len cena jednej hospitalizácie na oddelení a hospitalizácia JIS vo výške 50% ceny za ukončenie hospitalizácie príslušného oddelenia.“

5. Platnosť Prílohy č. 2 zmluvy - Rozsah zdravotnej starostlivosti sa predlžuje **do 30.9.2013**.
6. V prílohe č. 2 Rozsah zdravotnej starostlivosti, časť I. VECNÝ ROZSAH PREDMETU ZMLUVY sa od 1.4.2013 ruší znenie bodu 1. ambulantná zdravotná starostlivosť a nahrádza sa nasledovným znením:

„1. ambulantná zdravotná starostlivosť“				
		druh	odbornosť ambulancií / (časť kódov poskytovateľa "yzz")	typ ZS
	všeobecná	všeobecná pre dospelých	020201	101
	špecializovaná	Špecializovaná všeobecná	001201, 001202, 003201, 004201, 005201, 005202, 009201, 009203, 010201, 012201, 013201, 025201, 027201, 031201, 046201, 048202, 049201, 051201, 060201, 063201, 064201, 068201, 144201, 155201, 163201, 312201	200
		Špecializovaná onkologická	019201	210
		Dialýza	208601	220
		UPS - ústavná pohotovostná služba	001801, 007801, 009801, 010801	302
	ZZS – záchranná zdravotná služba	RLP – rýchla lekárska pomoc	179201	301
		RZP – rýchla zdravotná pomoc	180203, 180204, 180205, 180206	301
	jednodňová zdravotná starostlivosť		009401	222
	SVLZ – spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky	zobrazovacie	023501	400
		CT – počítačová tomografia	023502	420
		FBLR	027501	400
		Laboratórne	024501, 029501, 031502, 034501	400

7. V Prílohe č. 2 zmluvy – Rozsah zdravotnej starostlivosti, časť II. Maximálny rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti sa od 1.4.2013:

a) mení bod 4 Ústavná zdravotná starostlivosť a nahrádza sa nasledovným znením:

„4. Ústavná zdravotná starostlivosť“

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	mesačný zmluvný rozsah
601	ukončené hospitalizácie	129 547,00 €
601	výkony hrazené osobitným spôsobom (OHV)	6 535,00 €
601	zdravotnícke pomôcky osobitne uhrádzané	770,00 €

8. V Prílohe č. 2 zmluvy – Rozsah zdravotnej starostlivosti, v časti III. Úhrada nad „Maximálny rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti“ sa od 1.4.2013 dopĺňajú body nasledovného znenia:

„9. Ukončené hospitalizácie na vybraných chirurgických odboroch okrem JIS, vrátane príplatku k cene UH základného oddelenia BON za splnenia podmienok uvedených v Prílohe č. 1 zmluvy – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti, časti B Ústavná zdravotná starostlivosť, odseku **Príplatok k cene UH.**“

Časť B

Podľa Čl. 7 bod 9 zmluvy sú súčasťou zmluvy Všeobecné zmluvné podmienky (ďalej len „VZP“), ktoré upravujú niektoré práva a povinnosti zmluvných strán.

Zmluvné strany sa dohodli na týchto zmenách VZP:

1. V Čl. 2 bod 1 sa za písm. d) vkladá nové písmeno e) v znení:

„e) poskytovať zdravotnú starostlivosť len s použitím zdravotníckej techniky, ktorá spĺňa požiadavky všeobecne záväzných právnych predpisov a technických noriem,“

Doterajšie písm. e) až p) sa označujú ako písmená f) až q).

Nemocnica s poliklinikou Brezno, n.o.

2. Za Čl. 2 sa vkladá nový Čl. 3 v znení:

„Čl. 3 Kritériá na uzatváranie zmlúv

1. Poistovňa v zmysle zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov stanovuje a uverejňuje na úradnej tabuli v mieste sídla poisťovne a na webovom sídle poisťovne www.vszp.sk kritériá na uzatváranie zmlúv s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti vzťahujúce sa na personálne a materiálno-technické vybavenie poskytovateľa a na indikátory kvality.
2. Poskytovateľ je povinný poskytovať poisťovní údaje potrebné na vyhodnotenie indikátorov kvality uverejnených v rámci kritérií na uzatváranie zmlúv podľa bodu 1 tohto článku.
3. Poistovňa vyhodnocuje plnenie kritérií na uzatváranie zmlúv podľa bodu 1 tohto článku a na základe ich plnenia vytvára poradie poskytovateľov, ktoré zohľadňuje pri uzatváraní zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.
4. V prípade, ak poskytovateľ zdravotnej starostlivosti prestal spĺňať kritériá, ktoré poisťovňa riadne stanovila a uverejnila v súlade so zákonom č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, je povinný bez zbytočného odkladu oznámiť túto skutočnosť poisťovni a v lehote 30 kalendárnych dní vykonať všetky potrebné opatrenia, aby kritériá opätovne spĺňal.
5. Ustanovenia tohto článku sa nevzťahujú na poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti ani na poskytovateľov záchrannej zdravotnej služby; povinnosť poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti poskytovať poisťovní údaje potrebné na vyhodnocovanie indikátorov kvality tým nie je dotknutá.“

Doterajšie Čl. 3 až 7 sa označujú ako Čl. 4 až 8.

3. V Čl. 4 sa za bod 1 vkladajú nové body 2 a 3 v znení:

- "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 VZP.
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.“

Doterajšie body 2 až 6 sa označujú ako body 4 až 8.

4. V Čl. 6 sa za bod 8 dopĺňajú nové body 9 až 12 v znení:

- „9. Ak je vykonanou kontrolou zistená nesprávne alebo neoprávnene vykázaná zdravotná starostlivosť, ktorá bola poisťovňou uhradená, poskytovateľ je povinný vrátiť takto uhradenú sumu poisťovni. Ustanovenia Čl. 7 týmto nie sú dotknuté.
10. Zdravotná poisťovňa môže vykonávať kontrolnú činnosť u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti len revíznymi lekármi, revíznymi farmaceutmi a revíznymi sestrami; ak ide o kontrolu hospodárnosti vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia, aj inými zamestnancami poverenými výkonom kontroly.

11. Revízní lekáři, revízní farmaceuti, revízne sestry a iní zamestnanci poverení výkonom kontroly (ďalej len "poverená osoba") sú pri výkone kontroly povinní preukázať sa služobným preukazom a písomným poverením na výkon kontroly.
12. Poverená osoba je vylúčená z výkonu kontrolnej činnosti, ak so zreteľom na jej vzťah k veci, ku kontrolovanému subjektu alebo k jeho zamestnancom možno mať pochybnosť o jej nezáujatosti. Ak je poverená osoba vylúčená z výkonu kontrolnej činnosti, nesmie vykonávať kontrolnú činnosť ani úkony súvisiace s kontrolnou činnosťou; svoje vylúčenie z výkonu kontrolnej činnosti a skutočnosť, pre ktoré je vylúčená z výkonu kontrolnej činnosti, je povinná bezodkladne oznámiť zdravotnej poisťovni."

5. Čl. 7 vrátane nadpisu znie:

„Čl. 7 Následky porušenia povinností

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 len ako „povinnosti“).
2. Porušenie povinností sa podľa závažnosti delí na:
 - a) menej závažné porušenie povinností
 - b) závažné porušenie povinností.
3. Pokiaľ nie je vo VZP uvedené inak, porušenie povinností je prvotne považované za menej závažné porušenie povinností.
4. Pri porušení povinností poskytovateľa, poisťovňa v protokole o kontrole uvedie, ktorá povinnosť bola porušená; zároveň uvedie primeranú lehotu na odstránenie porušenia povinností a upozorní na možnosť vypovedania zmluvy v prípade opakovania porušovania povinností.
5. Závažným porušením povinností je opakované menej závažné porušenie povinností a porušenie povinností uvedených v bodoch: Čl. 2 bod 1 písm. c), e), i), j), m), o), Čl. 2 bod 17, Čl. 3 bod 4, Čl. 4 bod 2 a Čl. 6 bod 3.
6. Pri závažnom porušení povinností podľa bodu 5 tohto článku si poisťovňa môže uplatniť:
 - a) u poskytovateľa zmluvnú pokutu vo výške 50 € za každý prípad, ak poskytovateľ poruší oznamovaciu povinnosť podľa Čl. 2 bodu 1 písm. j) VZP a tým znemožní poisťovni uplatniť si právo na vymáhanie náhrady vynaložených nákladov za poskytnutú zdravotnú starostlivosť;
 - b) za porušenie povinností poskytovateľa uvedenej v článku 4 bod 2 tým, že poskytovateľ vykázal zdravotnú starostlivosť, ktorú neposkytol, zmluvnú pokutu vo výške dvojnásobku úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorú poskytovateľ vykázal, no neposkytol a poisťovňa mu ju uhradila;
 - c) u poskytovateľa zmluvnú pokutu vo výške 25% priemernej mesačnej úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorú poskytovateľ poskytol poistencom za posledné 3 kalendárne mesiace, avšak najviac 5 000 € za jednotlivý prípad;
 - d) vypovedanie zmluvy.
7. Opakovaným porušením povinností je porušenie tej povinnosti, na ktorú bol poskytovateľ počas predchádzajúcich 12 kalendárnych mesiacov písomne upozornený a porušenia ktorej sa dopustil po uplynutí lehoty určenej podľa bodu 4 tohto článku.
8. Poisťovňa, ak je v omeškaní s plnením svojho peňažného záväzku voči poskytovateľovi, je povinná zaplatiť poskytovateľovi úrok z omeškania vo výške podľa Obchodného zákonníka, a to na základe faktúry vyhotovenej poskytovateľom, s lehotou splatnosti 30 kalendárnych dní od jej doručenia poisťovni.
9. Uplatnením zmluvnej pokuty v zmysle bodu 6 tohto článku a úroku z omeškania v zmysle bodu 8 tohto článku a zmluvnej pokuty podľa článku 8 bod 2 nie je

dotknuté právo poškodenej strany na náhradu škody. Poisťovňa má u poskytovateľa a poskytovateľ u poisťovne nárok uplatniť si náhradu škody spôsobenej v dôsledku porušenia povinnosti vo výške presahujúcej zmluvnú pokutu.

10. Pohľadávku zdravotnej poisťovne podľa bodu 6 je možné jednostranne započítať s pohľadávkou poskytovateľa za neuhradené zmluvne dohodnuté výkony zdravotnej starostlivosti, to neplatí na pohľadávku štátu v správe poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.“

6. V Čl. 8 sa za bod 1 vkladá nový bod 2 v znení:

„2. Za porušenie zmluvných podmienok má poskytovateľ právo uplatniť si u poisťovne zmluvnú pokutu vo výške 25% priemernej mesačnej úhrady za zdravotnú starostlivosť za posledné 3 mesiace, maximálne však do výšky 5000 € za každý prípad, kedy poisťovňa poruší svoje povinnosti pri výkone kontroly ustanovené v článku 6 bod 10,11 alebo 12 tejto zmluvy, alebo opakovane poruší Zmluvu alebo VZP. Za opakované porušenie sa považuje také porušenie Zmluvy alebo VZP, na ktoré už bola poisťovňa v predchádzajúcich 12 kalendárnych mesiacoch písomne upozornená.“

Doterajšie body 2 a 3 sa označujú ako body 3 a 4.

7. V Čl. 8 sa v bode 4 mení „1.1.2012“ na „1.4.2013“.

Čl. 3

Záverečné ustanovenia

1. Tento dodatok, ktorý tvorí súčasť zmluvy, nadobúda platnosť dňom podpisu zmluvnými stranami a účinnosť dňom nasledujúcim po dni jeho zverejnenia v zmysle § 47a zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov.
2. Súhlas s obsahom dodatku vyjadria zástupcovia zmluvných strán svojim podpisom na dodatku.
3. Tento dodatok je vyhotovený v dvoch rovnopisoch, z ktorých každý sa považuje za originál. Každá zmluvná strana obdrží jeden rovnopis dodatku.

