



P10671 50889516 4005LSPP000117 09 0624

**Dodatok č. 9
k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti
č. 4005LSPP000117**

**Článok 1
Zmluvné strany**

Union zdravotná poisťovňa, a. s.

zastúpená: JUDr. Peter Sloboda, senior riaditeľ nákupu ZS a vzťahov s poskytovateľmi
so sídlom: Karadžičova 10, 814 53 Bratislava
IČO: 36 284 831
DIČ: 2022152517
IBAN: SK37 8180 0000 0070 0025 6518
označenie registra: Mestský súd Bratislava III, oddiel: Sa, vložka číslo: 3832/B
právna forma: akciová spoločnosť
kód Union zdravotnej poisťovne, a. s.: 27
(ďalej len „zdravotná poisťovňa“)

a

Poliklinika Nitrianskeho samosprávneho kraja Šaľa

zastúpený: Ing. Róbert Baros, riaditeľ
so sídlom: Nemocničná 1, 92701 Šaľa
IČO: 50889516
identifikátor poskytovateľa (prvých šesť znakov kódu poskytovateľa): P10671
(ďalej len "poskytovateľ" alebo spoločne aj „zmluvné strany“)

Zmluvné strany uzatvárajú tento dodatok č. 9 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti č. 4005LSPP000117 (ďalej v texte aj ako „zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti“):

**Článok 2
Predmet dodatku**

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

1. Body 8.2. a 8.3. článku VIII zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa menia a znejú nasledovne:
„8.2. Poskytovateľ zásielku - faktúru spolu s prílohami ako aj ostatné doklady podľa článku V zmluvy doručuje zdravotnej poisťovni elektronicky, prostredníctvom Internetového portálu, ktorý prevádzkuje zdravotná poisťovňa na svojom webovom sídle a ktorého používanie upravujú Všeobecné podmienky podľa bodu 4.18. zmluvy.
8.3. Zmluvné strany sa dohodli, že zásielky s výnimkou korešpondencie podľa článku V a VI tejto zmluvy a korešpondencie obsahujúcej osobné údaje alebo údaje chránené podľa osobitných predpisov, sa môžu doručovať aj e-mailom.“
2. Bod 9.3. článku IX zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa mení a znie nasledovne:
„9.3. Zmluva sa uzatvára na dobu neurčitú s výnimkou prílohy č. 2 k tejto zmluve, ktorá je účinná do 30.06.2025.“
3. Príloha č. 2 – Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa nahrádza novým znením, ktoré tvorí neoddeliteľnú prílohu tohto dodatku.
4. Príloha č. 3 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa nahrádza novým znením, ktoré tvorí prílohu tohto dodatku.
5. Ostatné ustanovenia zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti ostávajú týmto dodatkom nezmenené.

Článok 3
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. Zmluvné strany vyhlasujú, že ich spoločným úmyslom a záujmom bolo uzavrieť tento dodatok s účinnosťou od 01.06.2024. Preto sa zmluvné strany dohodli na úhrade zdravotnej starostlivosti podľa článku 2 tohto dodatku aj za obdobie od 01.06.2024 do dňa nadobudnutia účinnosti tohto dodatku.
4. Tento dodatok nadobúda platnosť a účinnosť dňom podpisu zmluvnými stranami.

V Bratislave dňa:

Union zdravotná poisťovňa, a.s

Poliklinika Nitrianskeho samosprávneho kraja Šaľa

.....
JUDr. Peter Sloboda
senior riaditeľ nákupu ZS a vzťahov s poskytovateľmi
na základe poverenia

.....
Ing. Róbert Baros, riaditeľ

Príloha č. 2
k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah

Časť – Všeobecné ustanovenia

1. Zdravotné výkony sa uhrádzajú v súlade so zmluvou o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a za nasledovných podmienok:

- a) Zdravotná poisťovňa uhrádza všetky medicínsky indikované, zdravotnej poisťovni vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony podľa podmienok vyplývajúcich zo zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.
- b) Ak je ako spôsob úhrady určená „cena bodu“, výška úhrady za zdravotný výkon sa určí ako súčin počtu bodov podľa „Zoznamu výkonov a ich bodové hodnoty k zdravotným výkonom uvedeným v časti A“ (ďalej len „zoznam výkonov“) uvedeným v prílohe č. 4 časť C opatrenia MZ SR č. 07045/2003 – OAP z 30. decembra 2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov, s výnimkou zdravotných výkonov, pre ktoré je v tejto prílohe určené iné bodové ohodnotenie, a príslušnej (výslednej) ceny bodu dohodnutej v tejto prílohe pre daný výkon; ak dôjde k zrušeniu právneho predpisu uvedeného v tomto písme, použije sa na účely určenia bodovej hodnoty posledné platné a účinné znenie tohto právneho predpisu, ak nebude dohodnuté inak.
- c) Ak je ako spôsob úhrady určená „cena výkonu“, príslušná cena za výkon dohodnutá v tejto prílohe predstavuje výšku úhrady za výkon.
- d) Ak je úhrada za zdravotný výkon zahrnutá v úhrade za iný zdravotný výkon alebo v kapitácii, takýto zdravotný výkon sa osobitne neuhrádza a vykazuje sa na úhradu do zdravotnej poisťovne s nulovou výškou úhrady.
- e) Úhrada za zdravotný výkon zahŕňa náklady na všetku zdravotnú starostlivosť poskytnutú v rámci zdravotného výkonu, ak nie je dojednané inak.
- f) Zdravotný výkon, ktorý nemá v zozname výkonov určenú bodovú hodnotu, môže zdravotná poisťovňa uhradiť poskytovateľovi len s jej predchádzajúcim súhlasom a to najviac vo výške preukázateľných nákladov spojených s jeho poskytnutím poistencovi.

2. Ak je ako spôsob úhrady zdravotnej starostlivosti určená kapitácia, zdravotná poisťovňa ju uhrádza za nasledovných podmienok:

- a) Kapitácia je mesačná paušálna úhrada za poskytovanie zdravotnej starostlivosti jednému poistencovi (ďalej aj ako „kapitovaný poistenec“), s ktorým má poskytovateľ podľa § 12 zákona č. 576/2004 Z. z. uzavretú platnú a účinnú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „dohoda“).
- b) Pre účely úhrady kapitácie zdravotná poisťovňa akceptuje uzavretie dohody len s jedným poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti a s jedným poskytovateľom ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodníctvo. Ak poistenec uzatvorí dohodu s ďalším poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo poskytovateľom ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodníctvo, zdravotná poisťovňa pre účel úhrady kapitácie akceptuje novú dohodu len za podmienky, že predchádzajúca dohoda zanikne v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z.
- c) Kapitácia zahŕňa náklady na všetku zdravotnú starostlivosť poskytnutú kapitovanému poistencovi za daný kalendárny mesiac, ak v tejto prílohe nie je dojednané inak.
- d) Poskytovateľ:
 - da) zasiela kópiu dohody a kópiu odstúpenia od dohody s predchádzajúcim poskytovateľom zdravotnej poisťovni na jej vyžiadanie v prípade, ak v jednom kalendárnom mesiaci budú fakturovať kapitáciu na tohto istého poistenca dvaja alebo viacerí poskytovatelia; zdravotná poisťovňa je oprávnená vyžiadať kópie dohody písomne, telefonicky alebo e-mailom; za účelom prípadného doriešenia kolízie podľa tohto bodu je zdravotná poisťovňa oprávnená vyžiadať aj preukázanie odstúpenia od dohody poistencom,
 - db) zasiela k termínu 30. jún a 31. december príslušného kalendárneho roka hlásenie o počte kapitovaných poistencov zdravotnej poisťovni v elektronickej podobe v dátovom rozhraní určenom metodickým usmernením vydaným Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou; vzťahuje sa to na poskytovateľov, ktorí nevykazujú zdravotnú starostlivosť na úhradu do zdravotnej poisťovne prostredníctvom online pobočky zdravotnej poisťovne,
 - dc) má nárok na úhradu kapitácie aj späťne, ak poistenec alebo jeho zákonný zástupca neohlásil poskytovateľovi zmenu zdravotnej poisťovne; nárok na spätnú úhradu kapitácie za kapitovaného poistenca, ktorého opomenul vykázat má iba v tom prípade, ak zdravotná poisťovňa v období, za ktoré si tento poistenca spätne vykazuje, neuhradila kapitáciu inému poskytovateľovi,
 - dd) má nárok, aby zdravotná poisťovňa vykonala porovnanie kapitáčného stavu poistencov poskytovateľa a oznámila výsledok poskytovateľovi na základe údajov poskytnutých poskytovateľom podľa písm. db) tohto bodu a informovala poskytovateľa o skutočnom počte kapitovaných poistencov u poskytovateľa, evidovaných v informačnom systéme zdravotnej poisťovne,
 - e) Ak poskytovateľ nemal uzavretú dohodu s poistencom po dobu celého kalendárneho mesiaca, zdravotná poisťovňa má právo krátiť kapitáciu za tie dni kalendárneho mesiaca, za ktoré nebola uzavretá dohoda.

3. Výška úhrady za zdravotný výkon a kapitácia nezahŕňa náklady na lieky plne alebo čiastočne uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia zaradené v Zozname kategorizovaných liekov (platnom čase podania lieku), označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom A a AS. Úhrada za výkony domácej ošetrovateľskej starostlivosti nezahŕňa náklady na špeciálny zdravotnícky materiál zaradený v Zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov.

Časť – Ambulantná pohotovostná služba

1. Ak ďalej nie je uvedené inak, zdravotná poisťovňa mesačne uhrádza poskytovateľovi - organizátorovi ambulantnej pohotovostnej služby (ďalej aj ako „APS“) paušálnu úhradu za všetku zdravotnou poisťovňou uznanú zdravotnú starostlivosť poskytnutú v rámci ambulancie pevnej APS (ďalej len „paušálna úhrada za APS“) a úhradu za zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony poskytnuté v rámci ambulancie doplnkovej APS (ďalej „úhrada za zdravotné výkony doplnkovej APS“).
2. Zdravotnú starostlivosť poskytnutú v rámci ambulancie pevnej alebo doplnkovej APS zdravotná poisťovňa medicínsky uznáva a uhrádza v rozsahu poskytovania všeobecnej ambulantnej starostlivosti pri náhlej zmene zdravotného stavu osoby, ktorá bezprostredne neohrozuje jej život alebo bezprostredne neohrozuje niektorú zo základných životných funkcií a pri súčasnom dodržaní požiadaviek na personálne a materiálne-technické zabezpečenie ambulancií APS určených všeobecne záväznými právnymi predpismi. Týmto nie je dotknuté poskytovanie zdravotnej starostlivosti poistencovi, ktorého zmena zdravotného stavu bezprostredne ohrozuje jeho život alebo niektorú zo základných životných funkcií.
3. Spôsob a pravidlá výpočtu výšky paušálnej úhrady za APS určuje nariadenie vlády SR č. 115/2018 Z. z., ktorým sa ustanovuje výška úhrad zdravotnej poisťovne za poskytovanie zubno-lekárskej pohotovostnej služby a ambulantnej pohotovostnej služby, spôsob výpočtu a pravidlá výpočtu týchto úhrad v znení neskorších predpisov (ďalej len „nariadenie vlády SR. č. 115/2018 Z. z.“). Výšku paušálnej úhrady za APS zdravotná poisťovňa bez zbytočného odkladu oznámi listom poskytovateľovi. Ak organizátor APS patrí do jednej skupiny ovládaných osôb a súčasne sú na to splnené podmienky určené zákonom č. 581/2004 Z. z., znižuje sa paušálna úhrada za APS v rozsahu určenom týmto zákonom.
4. Výška úhrady za zdravotné výkony doplnkovej APS, prípadne aj výkony pevnej APS, ak sa majú hradiť nad rámec paušálnej úhrady za APS, sa určí ako súčin bodového ohodnotenia výkonu určeného nariadením vlády č.115/2018 Z. z. a ceny bodu vyplývajúcej z nasledovnej tabuľky:

Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
Výkony sa uhrádzajú v rozsahu poskytovania všeobecnej ambulantnej starostlivosti pri náhlej zmene zdravotného stavu osoby, ktorá bezprostredne neohrozuje jej život alebo bezprostredne neohrozuje niektorú zo základných životných funkcií.	0,0270

5. Cenou výkonu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony za podmienok úhrady uvedených v tejto tabuľke:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena výkonu v €
62a	<p>Cieľené vyšetrenie pacienta s respiračným syndrómom pri pandémii COVID-19</p> <p>Obsahová náplň výkonu: Cieľené vyšetrenie za účelom nasadenia správnej liečby, zahŕňa fyzikálne vyšetrenie so zameraním na infekčné ochorenia s prenosom vzdušnou cestou v súvislosti s koronavírusmi, so zhodnotením laboratórných výsledkov (vrátane SARS-CoV-2, chrípkový vírus, RSV) vo väzbe na individuálne nastavenie ambulantnej (domácej) terapie alebo prípadného indikovania ústavnej liečby. Zdravotný výkon sa vykonáva s použitím osobných ochranných pomôcok.</p> <p>Výkon: - nie je možné súčasne vykazovať na úhradu do zdravotnej poisťovne s inými výkonmi, - zdravotná poisťovňa uhrádza maximálne 1x za deň u jedného poistenca s potvrdeným laboratórnym výsledkom (PCR test) alebo antigénovým testom na prítomnosť SARS-CoV-2 nie starším ako 14 dní v deň poskytnutia výkonu - sa vyказuje s diagnózou U07.1, U07.3 alebo U07.4 - vyказuje maximálne 1x za 7 kalendárnych dní na jedného poistenca</p>	20,00

6. Paušálna úhrada za APS a úhrada za zdravotné výkony doplnkovej APS nezahŕňa úhradu za dopravu lekára ambulancie pevnej APS z miesta bodu ambulancie pevnej APS k poistencovi a späť.
7. Poskytovateľ – organizátor APS vyказuje do zdravotnej poisťovne všetky výkony pevnej APS a to aj v prípade, ak ich úhrada má byť podľa nariadenia vlády č. 115/2018 Z. z. zahrnutá v paušálnej úhrade za APS.
8. Ak sa v rámci pevnej APS poskytuje návštevná služba, výška úhrady za dopravu lekára z miesta bodu ambulancie pevnej APS k poistencovi a späť sa vypočíta ako súčin nevyhnutného počtu kilometrov a ceny jedného kilometra vyplývajúcej z nasledovnej tabuľky:

Špecifikácia podmienok úhrady	Cena km v €
typ prevozu APSD - doprava lekára služobným alebo objednaným vozidlom v rámci spádového územia ambulancie pevnej APS	0,50
typ prevozu LSPR - doprava lekára vlastným (súkromným) alebo referentským vozidlom v rámci spádového územia ambulancie pevnej APS	0,25

9. Poskytovateľ - organizátor APS poskytuje APS prostredníctvom lekára s profesijným titulom:

- a) všeobecný lekár alebo lekár s profesijným titulom internista alebo lekár zaradený do špecializačného štúdia v internistických špecializačných odboroch s najmenej trojročnou odbornou praxou v zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, ak sa zabezpečuje poskytovanie ambulantnej pohotovostnej služby pre dospelých,
- b) pediater, ak sa zabezpečuje poskytovanie ambulantnej pohotovostnej služby pre deti a dorast;
- poskytovateľ je povinný zdravotnej poisťovni písomne oznámiť a aktualizovať zmenu v personálnom zabezpečení (v rozsahu údajov o lekároch - meno, priezvisko, číselné kódy a veľkosti úväzkov), prostredníctvom ktorých zabezpečuje APS za každú ambulanciu pevnej alebo doplnkovej APS, ktorú prevádzkuje.

10. Ak poskytovateľ - organizátor APS v kalendárnom mesiaci neposkytoval APS minimálne v časovom rozsahu určenom všeobecne záväzným právnym predpisom lekármi podľa bodu 8 tejto časti a zdravotná poisťovňa za tento kalendárny mesiac uhradila paušálnu úhradu za APS v plnej výške, vznikne zdravotnej poisťovni nárok na vrátenie alikvotnej časti paušálnej úhrady za APS za obdobie, kedy poskytovateľ - organizátor APS nezabezpečil poskytovanie APS v súlade s bodom 8 tejto časti. Za zabezpečenie APS sa považuje aj stav, keď organizátor APS zabezpečil poskytovanie APS lekármi s profesijným titulom podľa bodu 8 tejto časti určenými podľa rozpisu príslušného samosprávneho kraja. Tento nárok sa považuje za pohľadávku zdravotnej poisťovne za neoprávnene vyúčtované a uhradené výkony zdravotnej starostlivosti v zmysle § 85g ods. 12 zákona č. 581/2004 Z. z.

11. Poskytovateľ - organizátor APS, ktorý poskytuje aj iný druh zdravotnej starostlivosti ako APS, vykazuje paušálnu úhradu za APS a úhradu za zdravotné výkony doplnkovej APS na úhradu do zdravotnej poisťovne na samostatnej faktúre.

Príloha č. 3
k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Zdravotnou poisťovňou schválené zdravotné výkony nad rámec materiálno-technického vybavenia

Zdravotnou poisťovňou schválené zdravotné výkony poskytované v rámci ambulantnej zdravotnej starostlivosti, ktoré je poskytovateľ oprávnený vykonávať vzhľadom na dosiahnutú špecializáciu, resp. certifikovanú pracovnú činnosť prístrojovým vybavením nad rámec stanoveného minimálneho materiálno-technického vybavenia zdravotníckeho zariadenia.