

Dodatok č. 43

k Zmluve č. 62NSP2000114

**Čl. 1
Zmluvné strany**

1. Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

so sídlom: Panónska cesta 2, 851 04 Bratislava - mestská časť Petržalka
Štatutárny orgán: Mgr. Miroslav Kočan, predseda predstavenstva
Ing. Milan Horváth, podpredseda predstavenstva
doc. JUDr. Mgr. Michal Ďuriš, PhD., člen predstavenstva
PaedDr. Tibor Papp, člen predstavenstva

IČO: 35 937 874

IČ DPH: SK2022027040

Zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel Sa,

Vložka číslo: 3602/B

Bankové spojenie:

Číslo účtu:

(ďalej len „poisťovňa“)

a

2. Nemocnica Poprad, a.s.

so sídlom: Banícka 803/28, 058 45 Poprad
Zastúpená: Ing. Peter Petruš, MBA, predseda predstavenstva
MUDr. Peter Obrimčák, podpredseda predstavenstva
JUDr. Milan Vavrek, člen predstavenstva

Identifikátor poskytovateľa: N22001

IČO: 36 513 458

Zapísaný v Obchodnom registri Okresného súdu Prešov, oddiel Sa, vložka číslo:
10322/P

Bankové spojenie:

Číslo účtu:

(ďalej len „poskytovateľ“)

uzatvárajú

tento dodatok k Zmluve č. 62NSP2000114 (ďalej len „zmluva“)

**Čl. 2
Predmet dodatku**

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

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

„1. Zmluva sa uzatvára na dobu určitú do 31.12.2017.“

2. V Čl. 3 zmluvy – Základné práva a povinnosti zmluvných strán, sa od 01.07.2017 bod 2. písm. b) nahrádza nasledovným znením:

„b) *poskytovať poistencom poisťovne a ostatným osobám podľa Čl. 3 bod 1. zdravotnú starostlivosť aj v prípade, že tieto osoby nie sú dispenciarizované¹ poskytovateľom,*“

Pôvodný bod 2. písm. b) sa nahrádza označením bod 2. písm. c).

3. V zmluve sa od 01.07.2017 dopĺňa poznámka pod čiaru č. 1 nasledovného znenia:

¹ § 2 ods. 8 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.“

4. Platnosť Prílohy č. 1 zmluvy – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti, sa predlžuje do 30.09.2017.
5. V Prílohe č. 1 zmluvy – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti, sa od 01.07.2017 pre individuálne pripočítateľné položky „IPP“ dátum „31.12.2016“ nahrádza dátumom „30.09.2017“.
6. V Prílohe č. 1 zmluvy – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti sa v bode 5. Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (SVLZ) za časť PACS archivácia vkladá nová tabuľka, ktorá znie:

„Priamo hradené výkony:

Kód výkonu	Názov výkonu	Odbornosť pracoviška	Odbornosť indikujúceho lekára	Kód diagnózy	Max. cena za výkon v €
7229	Vyšetrenie iných zápalov ženských panvových orgánov (mimo chlamýdií a HPV)	062, 029, 034	009, 012, 018, 002	A56*, A63*, N72*, N74.8, N76.8, N87*	40,00 €

Pod jednotlivými priamo hradenými výkonmi sa rozumie skupina viacerých výkonov SVLZ v špecializačnom odbore lekárska genetika, patológia, mikrobiológia a imunológia vykazovaných pod spoločným kódom. Cena za priamo hradené výkony, ktoré tvoria jednu skupinu, sa uhrádza ako celok a nekombinuje sa s laboratórnymi výkonmi II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ). Indikovanie, poskytovanie a vykazovanie týchto priamo hradených výkonov musí byť uskutočnené v súlade s podmienkami uvedenými v tejto tabuľke.“

7. V prílohe č. 1 zmluvy – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti, časť A. Ambulantná zdravotná starostlivosť, sa od 01.07.2017 v bode 5. Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (SVLZ) tabuľka „SVLZ – laboratórne“, nahrádza nasledovným znením:

SVLZ – laboratórne:

Kód odbornosti	Špecializačný odbor	Cena bodu v €
029	Patologická anatómia – prevádzka do 24 hod.	0,005992
029	Patologická anatómia č. výkonu 9980 / 1000 bodov	0,006639
031	Hematológia a transfuziológia – nepretržitá prevádzka	0,006141
034	Klinická mikrobiológia – nepretržitá prevádzka	0,006141
034	Klinická mikrobiológia – prevádzka do 24 hod.	0,005527

8. V prílohe č. 1 zmluvy – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti, časť D. Dopravná služba (DS) – služba súvisiaca s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, sa od 01.07.2017 tabuľka „Cena za 1 kilometer podľa typu prevozu“, nahrádza nasledovným znením:

Cena za 1 kilometer podľa typu prevozu:“

Typ prevozu	Stav pacienta	Maximálna cena za 1km
LIEK		0,49 €
INF*	chodiaci	0,43 €
	sediaci/ležiaci	0,43 €
DZS	chodiaci/sediaci/ležiaci	0,43 €
DIAL	chodiaci/sediaci/ležiaci	0,43 €
DZSP	chodiaci/sediaci/ležiaci	0,75 €
DZSD	chodiaci	0,45 €
	sediaci/ležiaci	0,49 €
DZSZ		0,59 €
LSPP		0,49 €

9. V prílohe č. 1 zmluvy – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti, časť B. Ústavná zdravotná starostlivosť sa, od 01.08.2017 tabuľka „Cena za ukončenú hospitalizáciu (UH)“, nahrádza nasledovným znením:

odb. oddelenia	Oddelenie	Cena UH v €
001	vnútorné lekárstvo	740,00
004	neuroológia	756,00
007	pediatria	687,00
009	gynekológia a pôrodnictvo	660,00
010	chirurgia	973,00
011	ortopédia	1 007,00
012	urológia	672,00
013	úrazová chirurgia	960,00
014	otorinolaryngológia	580,00
025	anestéziológia a intenzívna medicína	4 010,00
027	fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	619,00
051	neonatólogia	640,00
060	geriatria	783,00
198	JIS metabolická	740,00
199	JIS pediatrická	687,00
201	JIS neurologická	756,00
202	JIS chirurgická	973,00
203	JIRS pre deti	2 065,00
278	arytmia a koronárna jednotka	1 529,00
613	JIS úrazová	960,00

10. V prílohe č. 1 zmluvy – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti, časť B. Ústavná zdravotná starostlivosť sa, od 01.08.2017 tabuľka „Ceny diagnosticko-terapeutických výkonov“, nahrádza nasledovným znením:

kód	Názov výkonu	Cena za výkon	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.	475 €	Všetky odbornosti
H5562	Osobitne hradený terapeutický výkon za účelom implantácie kardiostimulátora. Ako pripočítateľná položka sa vykáže aj implantovaný kardiostimulátor, maximálne však do sumy určenej kategorizačným zoznamom (uvedeným na webovej stránke MZ SR).	795 €	001, 049, 069, 207, 278
Poskytovateľ vykazuje výkony v dátovom rozhraní pre ústavnú starostlivosť v dávke 274a ako pripočítateľnú položku v príslušnej cene k ukončenej hospitalizácii s nulovou cenou.			

11. V Prílohe č. 1 zmluvy - Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti sa od 1.8.2017 názov časti „B. Ústavná zdravotná starostlivosť“ nahrádza názvom „B.1 Ústavná zdravotná starostlivosť“.
12. V Prílohe č. 1 zmluvy - Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti sa od 1.8.2017 pod časť B.1 Ústavná zdravotná starostlivosť dopĺňajú nové časti s názvom B.2 Klasifikačný systém, B.3 Úhrada za ústavnú zdravotnú starostlivosť na oddeleniach DRG relevantných odborností, B.4 Podmienky akceptácie a úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti v klasifikačnom systéme DRG a B.5 Prechodné ustanovenia, ktoré znejú nasledovne:

„B.2 Klasifikačný systém (DRG)

1. Základné pojmy

Hospitalizačný prípad je zdravotná starostlivosť poskytnutá pacientovi počas hospitalizácie u poskytovateľa na oddeleniach s DRG relevantnou odbornosťou podľa metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou platného v čase prijatia pacienta na hospitalizáciu, od dátumu jeho prijatia na hospitalizáciu až do dátumu prepustenia z hospitalizácie (ďalej len „Hospitalizačný prípad“). Ak poskytovateľ prevádzkuje viacero zdravotníckych zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, považuje sa Hospitalizačný prípad za ukončený prepustením pacienta z ústavného zdravotníckeho zariadenia.

Poskytovateľom prevádzkujúcim viaceré ústavné zdravotnícke zariadenia sa pre účely klasifikačného systému DRG rozumie:

- a. Univerzitná nemocnica Bratislava, IČO: 31813861
 - Univerzitná nemocnica Bratislava – ANTOLSKÁ
 - Univerzitná nemocnica Bratislava – RUŽINOVSKÁ
 - Univerzitná nemocnica Bratislava – MICKIEWICZOVA
 - Univerzitná nemocnica Bratislava – LIMBOVÁ
- b. SVET ZDRAVIA, a.s., IČO: 35960884
 - SVET ZDRAVIA, a.s. - RIMAVSKÁ SOBOTA
 - SVET ZDRAVIA, a.s. - ŽIAR NAD HRONOM, BANSKÁ ŠTIAVNICA
- c. Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s., IČO: 35971126
 - Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s. – DKC
 - Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s.
- d. Nemocnice s poliklinikami n.o., IČO: 45732205
 - Nemocnice s poliklinikami n.o. – TOPOLČANY
 - Nemocnice s poliklinikami n.o. – LEVICE

Oddelenia DRG nerelevantných odborností sú určené v časti B.2, v bode 3.4 tejto Prílohy.

Definičná príručka obsahuje detailný popis slovenského klasifikačného systému DRG (ďalej aj ako „klasifikačný systém“) s uvedením grafického znázornenia všetkých zaraďovacích algoritmov, ako aj k nim prislúchajúcim logických výrazov a tabuliek.

Základná sadzba je suma v absolútnej hodnote, ktorá je uhrádzaná podľa klasifikačného systému za jednotlivý Hospitalizačný prípad s relatívnou váhou 1,0.

Relatívna váha je hodnota uvedená pri príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupine v katalógu prípadových paušálov platného ku dňu prijatia poistenca do ústavného zdravotníckeho zariadenia.

Katalóg prípadových paušálov je zoznam jednotlivých DRG skupín, ktorý obsahuje relatívne váhy a ďalšie údaje relevantné pre DRG zúčtovanie, ako napr. ošetrovacie doby a jej hraničné hodnoty pre jednotlivé DRG skupiny, zníženia a zvýšenia relatívnej váhy a prípadne ďalšie pripočítateľné položky.

Efektívna relatívna váha sa určuje z relatívnej váhy pri príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupine v závislosti od toho, či dĺžka Hospitalizačného prípadu je mimo intervalu ošetrovacej doby v zmysle katalógu prípadových paušálov platného ku dňu prijatia poistenca do ústavného zdravotníckeho zariadenia.

Grouper je softvérový nástroj (počítačový program), ktorý zabezpečuje zaradenie Hospitalizačného prípadu do konkrétnej DRG skupiny.

Ošetrovacia doba je počet ošetrovacích dní medicínsky opodstatneného pobytu poistenca u poskytovateľa na oddeleniach s DRG relevantnou odbornosťou v súvislosti s Hospitalizačným prípadom, pričom do tohto počtu dní sa nezapočítava deň prijatia poistenca do ústavného zdravotníckeho zariadenia.

2. Úhrada za Hospitalizačný prípad

- 2.1 Úhrada Hospitalizačného prípadu je určená na základe podmienok úhrady platných v deň prijatia poistenca do zdravotníckeho zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti. V prípade, že hospitalizácia začne pred nadobudnutím účinnosti tohto dodatku, úhrada bude uskutočnená podľa úhradového mechanizmu uvedeného v bode B.1. tejto Prílohy.
- 2.2 Úhrada za Hospitalizačný prípad je daná súčinom základnej sadzby a efektívnej relatívnej váhy s pripočítaním ceny pripočítateľných položiek k DRG v súlade s platnými dokumentmi vydanými Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou v znení platnom v čase prijatia poistenca do zdravotníckeho zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti: Definičná príručka, Katalóg prípadových paušálov, Kódovacie pravidlá, Kalkulačná príručka ako aj ďalšie nevyhnutne súvisiace dokumenty vydané Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.
- 2.3 Základná sadzba pre rok 2017 je ustanovená vo výške **1 147 €**.
- 2.4 Úhrada za Hospitalizačný prípad u poskytovateľa zahŕňa úhradu za akceptovanú komplexnú zdravotnú starostlivosť (vrátane nákladov na lieky, zdravotnícke pomôcky, diätetické potraviny a špeciálny zdravotnícky materiál), ak z medicínskeho hľadiska tieto mali byť podané poistencovi počas trvania Hospitalizačného prípadu:
 - a) poskytnutú pacientovi poskytovateľom zdravotnej starostlivosti počas Hospitalizačného prípadu,
 - b) poskytnutú pacientovi iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti počas Hospitalizačného prípadu na základe žiadanky alebo výmenného lístka vystaveného poskytovateľom,
 - c) poskytnutú aj po ukončení Hospitalizačného prípadu, ak žiadanka alebo výmenný lístok na poskytnutú zdravotnú starostlivosť boli vystavené počas Hospitalizačného prípadu.
- 2.5 Úhrada za Hospitalizačný prípad nezahŕňa úhradu za:
 - a) poskytnutú zdravotnú starostlivosť na základe žiadanky alebo výmenného lístka ak neboli vystavené počas Hospitalizačného prípadu,
 - b) výkony dialyzačnej liečby pri náhlom zlyhaní obličiek,
 - c) výkony dialyzačnej liečby pri chronickom zlyhaní obličiek,
 - d) dialyzačný stacionár,
 - e) výkony plazmaferézy,
 - f) hemoperfúziu cez aktívne uhlie a iné sorbenty,
 - g) dopravnú službu (DS),
 - h) vrtuľníkovú záchrannú zdravotnú službu (VZZS),
 - i) záchrannú zdravotnú službu (ZZS),

- j) lieky, zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny predpísané v deň prepustenia pacienta zo zdravotníckeho zariadenia v ambulancii poskytovateľa alebo iného poskytovateľa, ak z medicínskeho hľadiska tieto lieky, zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny nemali byť podané poistencovi ešte počas trvania Hospitalizačného prípadu.
- 2.6 Úhrada za komplexnú zdravotnú starostlivosť na základe žiadanky vystavenej poskytovateľom alebo iným poskytovateľom v deň prijatia a v deň prepustenia z hospitalizácie, ako aj kedykoľvek počas hospitalizácie, bez ID Hospitalizačného prípadu, bude automaticky započítaná do úhrady za Hospitalizačný prípad, pokiaľ poskytovateľ nepreukáže, že zdravotná starostlivosť nesúvisí s Hospitalizačným prípadom. V prípade, ak na žiadanke nebude uvedený dátum vystavenia, zdravotná poisťovňa zdravotnú starostlivosť neuhradí a požiada poskytovateľa alebo iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o jeho doplnenie.
- 2.7 Zdravotná poisťovňa je oprávnená žiadať od poskytovateľa refundáciu nákladov na úhradu zdravotnej starostlivosti, ktoré poisťovňa uhradila nad rámec Hospitalizačného prípadu poskytovateľovi alebo inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti napriek tomu, že podľa ustanovení časti B.2 bodu 2.1 tejto Prílohy sú zahrnuté v úhrade za Hospitalizačný prípad. Zmluvné strany sa dohodli, že refundácia nákladov podľa predchádzajúcej vety sa bude realizovať s faktúrami za poskytnutú zdravotnú starostlivosť.
- 2.8 Poisťovňa a poskytovateľ sa vzájomne dohodli, že zdravotná poisťovňa má právo na náhradu nákladov podľa časti B.2 bodu 2.7 tejto Prílohy vo výške určenej koeficientom **1,0**.

3. DRG nerelevantné odbornosti oddelení

- 3.1 Poskytovateľ je povinný počas hospitalizácie pacienta (vrátane hospitalizácie na oddelení s DRG nerelevantnou odbornosťou, ktorej predchádzala hospitalizácia na oddelení s DRG relevantnou odbornosťou a/alebo ktorá pokračovala hospitalizáciou na oddelení s DRG relevantnou odbornosťou) uvádzať 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 PZS (oddelenia alebo ambulancie) a dátum vystavenia žiadanky.
- 3.2 Hospitalizácia pacienta na psychiatrickom oddelení alebo inom oddelení s DRG nerelevantnou odbornosťou okrem DOS a Hospic, ktorému predchádzala hospitalizácia na oddelení s DRG relevantnou odbornosťou a/alebo ktorá pokračovala hospitalizáciou na oddelení s DRG relevantnou odbornosťou v jednom zdravotníckom zariadení, sa považuje za súčasť jedného Hospitalizačného prípadu (má rovnaké ID), avšak jej trvanie sa nezapočítava do obdobia trvania Hospitalizačného prípadu a zároveň náklady na hospitalizáciu pacienta na psychiatrickom oddelení alebo inom oddelení s DRG nerelevantnou odbornosťou okrem DOS a Hospic sa nezapočítavajú do úhrady za Hospitalizačný prípad.
- 3.3 Hospitalizácia pacienta v Hospici a/alebo v Domove ošetrovateľskej starostlivosti, ktorému predchádzala hospitalizácia na oddelení s DRG relevantnou odbornosťou a/alebo ktorá pokračovala hospitalizáciou na oddelení s DRG relevantnou odbornosťou v jednom zdravotníckom zariadení, sa nepovažuje za súčasť jedného Hospitalizačného prípadu (nemá rovnaké ID), jej trvanie sa nezapočítava do obdobia trvania Hospitalizačného prípadu a zároveň náklady na zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti sa nezapočítavajú do úhrady za Hospitalizačný prípad.
- 3.4 Za DRG nerelevantné odbornosti sa považujú:
- 005 – psychiatria
 - 073 – medicína drogových závislostí
 - 074 – gerontopsychiatria
 - 105 – detská psychiatria
 - 223 – neuropsychiatria
 - 709 – JIS psychiatrická
 - 193 – ústavná ošetrovateľská starostlivosť
 - 620 – ústavná hospicová starostlivosť
 - 252 – ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii
 - 568 – starostlivosť o drogovu závislosť
 - 578 – drogové závislosti
 - 144 – klinická psychológia
 - 241 – psychoterapia
- 3.5 Ústavná zdravotná starostlivosť poskytovaná na oddeleniach DRG nerelevantných odborností je uhrádzaná podľa časti B.1 tejto Prílohy.

- 3.6 Hospitalizácia novorodenca a hospitalizácia matky novorodenca sa považujú za dva samostatné hospitalizačné prípady s vlastným ID Hospitalizačného prípadu.
- 3.7 Novorodenci bez ochorenia, ktorých Hospitalizačný prípad sa nachádza v diagnosticko-terapeutickej skupine P66D alebo P67D, sa do zdravotnej poisťovne vykazujú na rodné číslo matky novorodenca vtedy, ak v deň pôrodu bola matka novorodenca poistenkyňou zdravotnej poisťovne.
- 3.8 Novorodenci s ochorením sa do zdravotnej poisťovne vykazujú na rodné číslo novorodenca a to až po jeho pridelení. Vykazujú sa do tej zdravotnej poisťovne, u ktorej je potvrdená prihláška Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

4. Spôsob vykazovania a fakturácie poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti

- 4.1 Poskytovateľ zaradený v systéme vykazovania poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa DRG, vykazuje ústavnú zdravotnú starostlivosť vo formáte dávky 274a za DRG relevantné aj nerelevantné odbornosti oddelení v zmysle platnej legislatívy.
- 4.2 Pre účely zabezpečenia úhradovej neutrality sa poskytovateľ zaväzuje za každé ústavné zdravotnícke zariadenie vykazať mesačne všetky hromadné dávky poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti (typ ZS 60*) na jednej faktúre, ktorej súčasťou budú aj opravné a aditívne dávky poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti z predchádzajúcich období.
- 4.3 V prípade, že poskytovateľ vykáže za poskytnutú ústavnú zdravotnú starostlivosť poistencom poisťovne v príslušnom kalendárnom mesiaci viac ako jednu faktúru, spracovaná bude len prvá faktúra doručená poisťovní a každá ďalšia bude poskytovateľovi vrátená. Poskytovateľ má nárok poskytnutú ústavnú zdravotnú starostlivosť z takto vrátených faktúr zahrnúť do vykázania poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti v nasledujúcom fakturačnom období v zmysle časti B.2 bodu 4.2. tejto Prílohy.
- 4.4 Poskytovateľ zaradený v systéme vykazovania poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa DRG, vykazuje ústavnú zdravotnú starostlivosť za všetkých poistencov EÚ ošetrovaných v príslušnom mesiaci v jednej samostatnej faktúre v súlade s platným metodickým usmernením Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

B.3 Úhrada za ústavnú zdravotnú starostlivosť na oddeleniach DRG relevantných odborností

- 1.1 Úhrada za ústavnú zdravotnú starostlivosť je zložená z dvoch častí, pričom:
 - a) Prvá časť úhrady je súčet cien ošetrovacích dní na ODCH, cien ukončených hospitalizácií a cien všetkých pripočítateľných položiek podľa časti B.1 tejto Prílohy vynásobený činiteľom 0,0.
 - b) Druhá časť úhrady je súčet cien Hospitalizačných prípadov podľa časti B.2 tejto Prílohy vynásobený činiteľom 1,0.
- 1.2 Poisťovňa bude akceptovať Hospitalizačný prípad, ktorý trval kratšie ako 24 hodín v súlade s pravidlami klasifikačného systému DRG.

2. Úhradová neutralita

- 2.1 Zmluvné strany sa vzájomne dohodli, že v období od 1.8.2017 do 30.9.2017 bude úhrada za ústavnú zdravotnú starostlivosť poskytovanú na oddeleniach DRG relevantných odborností úhradovo neutrálna.
- 2.2 Úhradová neutralita je zabezpečená, ak výška mesačnej úhrady za ústavnú zdravotnú starostlivosť poskytovanú na oddeleniach DRG relevantných odborností je vo výške súčtu pripočítateľných položiek (PP okrem ďalej uvedených) a minimálne 115% a maximálne vo výške 119% zo súčtu mesačných úhrad za ukončené hospitalizácie (UH), príplatkov k cene ukončených hospitalizácií (BON), osobitne hradených výkonov (OHV) a balíčkových cien TEP (BALTEP) podľa časti B.1 tejto Prílohy, na základe vzorcov:

$$UHR_{dolna} = (UH + BON + OHV + BALTEP) \times 1,15 + PP$$

$$UHR_{horna} = (UH + BON + OHV + BALTEP) \times 1,19 + PP$$

- 2.3 V prípade, ak by mesačná úhrada za ústavnú zdravotnú starostlivosť poskytnutú na oddeleniach DRG relevantných odborností bola nižšia ako UHR_{dolna} , poisťovňa zvýši druhú časť úhrady vypočítanú podľa bodu 1.1 b) časti B.3 tejto Prílohy tak, aby úhrada za ústavnú zdravotnú starostlivosť poskytnutú na oddeleniach DRG relevantných odborností predstavovala dolnú hranicu mesačnej úhrady (UHR_{dolna}).

- 2.4 V prípade, ak by mesačná úhrada za ústavnú zdravotnú starostlivosť poskytnutú na oddeleniach DRG relevantných odborností bola vyššia ako $UHR_{\text{horná}}$, poisťovňa zníži druhú časť úhrady vypočítanú podľa bodu 1.1 b) časti B.3 tejto Prílohy tak, aby úhrada za ústavnú zdravotnú starostlivosť poskytnutú na oddeleniach DRG relevantných odborností predstavovala hornú hranicu mesačnej úhrady ($UHR_{\text{horná}}$).

3. Chybové DRG

- 3.1 V prípade, ak Hospitalizačný prípad bol klasifikovaný do diagnosticko-terapeutickej skupiny, ktorá je v platnom katalógu prípadových paušálov uvedená ako chybová DRG bez relatívnej váhy, je takto klasifikovaný prípad uhradený podľa časti B.3 tejto Prílohy v rovnakej výške ako úhrada ukončenej hospitalizácie podľa časti B.1 tejto Prílohy.

4. Úhrada Hospitalizačného prípadu bez relatívnej váhy

- 4.1 V prípade, ak Hospitalizačný prípad bol klasifikovaný do diagnosticko-terapeutickej skupiny, ktorá je v platnom katalógu prípadových paušálov uvedená bez relatívnej váhy, je takto klasifikovaný prípad uhradený podľa časti B.3 tejto Prílohy v rovnakej výške ako úhrada ukončenej hospitalizácie podľa časti B.1 tejto Prílohy.

B.4 Podmienky akceptácie a úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti v klasifikačnom systéme DRG

- 1.1 Ak poisťovňa kontrolou zdravotnej starostlivosti uhrádzanej podľa klasifikačného systému zistí, že poskytovateľ porušil pravidlá kódovania podľa dokumentov vydaných Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou v znení platnom v čase prijatia poistenca do zdravotníckeho zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti, a poisťovňa uhradila za poskytnutú zdravotnú starostlivosť vyššiu ako oprávnenú úhradu:
- po vykonaní kontroly na vzorke určenej diagnosticko-terapeutickej skupiny, kde vzorka obsahuje minimálne 5 % všetkých prípadov a minimálne však 30 prípadov vykazanej zdravotnej starostlivosti v kontrolovanom období, poisťovňa zníži úhradu za všetky prípady poskytnutej zdravotnej starostlivosti vykázané v kontrolovanom období v určenej diagnosticko-terapeutickej skupine o sumu priemerného rozdielu medzi výškou úhrady za zdravotnú starostlivosť vykázanú poskytovateľom a výškou úhrady zistenú na kontrolovanej vzorke prípadov vykazanej zdravotnej starostlivosti, alebo
 - po vykonaní kontroly v jednotlivých prípadoch poisťovňa zníži úhradu v každom jednotlivom určenom prípade poskytnutej zdravotnej starostlivosti o rozdiel medzi výškou úhrady za zdravotnú starostlivosť vykázanú poskytovateľom vhodným pre klasifikačný systém a výškou úhrady zistenú pri kontrole a uplatní u tohto poskytovateľa zmluvnú pokutu vo výške 1-násobku rozdielu medzi výškou úhrady za zdravotnú starostlivosť vykázanú týmto poskytovateľom a výškou úhrady zistenú pri kontrole, a to za každý jednotlivý určený prípad.
- 1.2 Poskytovateľ je povinný poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť správne, tak aby nedochádzalo k zvýšeniu finančnej náročnosti Hospitalizačného prípadu.
- 1.3 Po ukončení Hospitalizačného prípadu je poskytovateľ povinný vyhotoviť prepúšťacíu správu (táto zásada platí aj pri preklade pacienta na iné oddelenie), ktorá okrem komplexného zhodnotenia zdravotného stavu poistenca a súhrnu výkonov poskytnutej zdravotnej starostlivosti musí obsahovať aj:
- zoznam liekov, ktoré poskytovateľ podal poistencovi počas hospitalizácie,
 - zoznam liekov a zdravotníckych pomôcok, ktoré poskytovateľ odporúča predpisovať poistencovi po ukončení hospitalizácie,
 - mená a kódy lekárov - špecialistov, ktorí odporúčali predpísanie liekov za podmienky dodržania preskripčných a indikačných obmedzení podľa písmena b) tohto bodu,
 - medicínske zdôvodnenie prekladu na iné oddelenie, resp. do iného zdravotníckeho zariadenia,
 - ID, dátum a čas začiatku a ukončenia Hospitalizačného prípadu,
 - ID, dátum a čas začiatku a ukončenia Hospitalizačného prípadu, ak Hospitalizačný prípad bol ukončený.
- 1.4 Poskytovateľ je povinný na žiadosť poisťovne umožniť nahliadnutie do evidencie nozokomiálnych nákaz na jednotlivých oddeleniach v zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, prehľadov sledovania rezistencie jednotlivých mikrobiálnych kmeňov, ústavných liekových formulárov, spotreby antibiotík resp. iných liekov, zaradenia poistencov do klinického výskumu.

B. 5 Prechodné ustanovenia

1. Prechodné ustanovenia:

- 1.1 V prípade, že hospitalizácia pacienta, ktorá začala pred nadobudnutím účinnosti tohto dodatku, bude úhrada za ústavnú zdravotnú starostlivosť v kalendárnom roku 2017 uskutočnená poisťovňou podľa úhradového mechanizmu podľa bodu B.1 tejto Prílohy.
- 1.2 V prípade, že hospitalizácia pacienta, ktorá začala pred nadobudnutím účinnosti tohto dodatku, ústavná zdravotná starostlivosť, ktorej poskytovanie začalo do 31.12.2016, bude vykázaná poskytovateľom podľa časti B.1 tejto Prílohy.
- 1.3 Úhradová neutralita podľa časti B.3 bodu 2.1 je obmedzená platnosťou Prílohy č. 1 k zmluve a bude upravovaná v závislosti od úpravy platnosti Prílohy č. 1 k zmluve.
- 1.4 Časť B.4 tejto prílohy sa bude uplatňovať od 1.1.2018, pričom do uvedeného obdobia bude revízná činnosť realizovaná v súlade s časťou B.1 tejto Prílohy a platnými Všeobecnými zmluvnými podmienkami."

13. Platnosť Prílohy č. 2 zmluvy – Rozsah zdravotnej starostlivosti, sa predlžuje do 30.09.2017.

14. V prílohe č. 2 zmluvy – Rozsah zdravotnej starostlivosti, časť II. Maximálny rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti, sa od 01.07.2017 v bode 5. tabuľka „Služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti“, nahrádza nasledovným znením:

5. Služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	mesačný zmluvný rozsah v €
800	dopravná služba	24 104,00

15. V prílohe č. 2 zmluvy – Rozsah zdravotnej starostlivosti, časť II. Maximálny rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti, sa od 01.08.2017 tabuľka č. 2 „Ambulantná starostlivosť“, nahrádza nasledovným znením:

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	mesačný zmluvný rozsah €
604	stacionár - ošetrovacie dni	11 242,00

16. V prílohe č. 2 zmluvy – Rozsah zdravotnej starostlivosti, časť II. Maximálny rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti, sa od 01.08.2017 tabuľka č. 3 „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky – úhrada zdravotnej starostlivosti formou degresu“, nahrádza nasledovným znením:

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	zmluvný rozsah v €
400	SVLZ laboratórne, zobrazovacie, ostatné – mesačný zmluvný rozsah od 1.3.2017	208 879,00
400	SVLZ laboratórne, zobrazovacie, ostatné – mesačný zmluvný rozsah od 1.8.2017	223 879,00
400	SVLZ laboratórne, zobrazovacie, ostatné – zmluvný rozsah na 2. polrok 2017	1 328 274,00
420	CT – počítačová tomografia – mesačný zmluvný rozsah od 01.01.2017	104 063,00
420	CT – počítačová tomografia – mesačný zmluvný rozsah od 01.03.2017	83 250,00
420	CT – počítačová tomografia – zmluvný rozsah na obdobie 01-06/2017	541 126,00
420	CT – počítačová tomografia – polročný zmluvný rozsah	499 500,00

Pokiaľ Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť vo výške presahujúcej zmluvný rozsah v kalendárnom polroku, Poisťovňa ju Poskytovateľovi uhradí nasledovným spôsobom: úhrada bude realizovaná vo výške

35% zo sumy presahujúcej zmluvný rozsah v kalendárnom polroku, maximálne však vo výške 35% zo sumy vypočítanej ako 10% zmluvného rozsahu v kalendárnom polroku. V tomto prípade sa postup podľa čl. 6 bodu 3. zmluvy nepoužije.

17. Platnosť Prílohy č. 3 zmluvy – Kritéria na uzatváranie zmlúv, sa predlžuje do 31.12.2017.
18. Zmluvné strany sa dohodli, že ustanovenie týkajúce sa zvýšenia sadzby poistného na verejné zdravotné poistenie pre štát a s tým súvisiacim vznikom ďalších práv a povinností zmluvných strán, ktoré bolo zmluvnými stranami dohodnuté a prijaté v dodatku č. 41 k zmluve, bode 14, sa s účinnosťou od 01.07.2017 v celom rozsahu vypúšťa.
19. Zmluvné strany sa dohodli, že v prípade ak do 30.09.2017 nenadobudne účinnosť zákon, ktorým sa mení a dopĺňa zákon 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 neskorších predpisov tak, že výška sadzby poistného na verejné zdravotné poistenie pre štát oproti výške sadzby platnej k 01.01.2017 sa zvýši minimálne o 0,52%, s účinnosťou od 01.10.2017:
 - a. je poisťovňa oprávnená vyčíslieť a uplatniť si u poskytovateľa nárok na vrátenie už vyplatených finančných prostriedkov za uhradenú/uhradený:
 - aa. ústavnú zdravotnú starostlivosť, zodpovedajúcich rozdielu medzi zmluvne dohodnutými cenami od 01.03.2017 do 30.09.2017 a zmluvne dohodnutými cenami do 31.12.2016, vynásobených osobitne počtom ukončených hospitalizácií a osobitne počtom ošetrovacích dní, všetko počas obdobia od 01.03.2017 do 30.09.2017, ako aj
 - ab. zvýšený finančný rozsah poskytnutej špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti, počas obdobia od 01.03.2017 do 30.09.2017, najviac do výšky 140 000,00 EUR.
 - b. sa zmluvne dohodnutá cena zdravotnej starostlivosti v zmysle prílohy č. 1 a zmluvne dohodnutý rozsah zdravotnej starostlivosti v zmysle prílohy č. 2, upravuje na cenu zdravotnej starostlivosti a rozsah zdravotnej starostlivosti dojednané zmluvnými stranami podľa znení príloh č. 1 a č. 2 účinných do 31.12.2016, s výnimkou častí Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky, v ktorých ostávajú v platnosti tak, ako bolo zmluvnými stranami dojednané s účinnosťou od 01.07.2017.

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.

V Bratislave, dňa

Za poskytovateľa:

Za poisťovňu:

.....
Ing. Peter Petruš, MBA
predseda predstavenstva
Nemocnica Poprad, a.s.

.....
Mgr. Miroslav Kočan
predseda predstavenstva
Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s.

.....
MUDr. Peter Obrimčák
podpredseda predstavenstva
Nemocnica Poprad, a.s.

.....
Ing. Milan Horváth
podpredseda predstavenstva
Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s.

