

**Dodatok č.15
k Zmluve č. 47KVYF000411**

**Čl. 1
Zmluvné strany**

1. Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

so sídlom: Mamateyova 17, 850 05 Bratislava,
Zastúpená: Ing. Marcel Forai, MPH, predseda 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:
riaditeľ krajskej pobočky v Prešove, PaedDr. Jaroslav Suchý
Adresa krajskej pobočky: Kúpeľná 5, 080 15 Prešov
Bankové spojenie:
Číslo účtu:
(ďalej len „poisťovňa“)

a

2. Nemocnica Poprad, a.s.

so sídlom: Banícka 803/28, 058 45 Poprad
Zastúpená: MUDr. Jozef Tekáč, predseda predstavenstva,
Ing. Elena Krížová, podpredseda predstavenstva,
Ing. Slavko Rodák, 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. 47KVYF000411 (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. VČl.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 1.5.2013:

a) v bode 5 Výkony hrazené osobitným spôsobom (v ústavnej starostlivosti) sa ceny výkonov č. 8533, 8534, 8534a, 8535, 8535a, 8536 a 8578 v odbore ortopédia a traumatológia nahrádzajú cenami:

Kód výkonu	Názov výkonu	cena v €	Odbornosť	Indikačné obmedzenie
8533	Artroskopia lakt'ovom zhybe jednoduchá (s použitím shaverových a kobračných sond)	968,00	011, 013	
8534	Artroskopické výkony v ramennom zhybe	968,00	011, 013	
8534a	Artroskopia v ramennom zhybe s použitím shaverových a kobračných sond a fixačného materiálu (Bankartova plastika, sutúrarotátorovej manžety, artroskopické ošetrovanie luxácie AC kĺbu)	1 176,00	011, 013	
8535	Artroskopia kolennom zhybe jednoduchá (s použitím shaverových a kobračných sond)	968,00	011, 013	
8535a	Artroskopia v kolennom zhybe s použitím shaverových a kobračných sond a fixačného materiálu (plastika predného a zadného skríženého väzu, sutúra meniskov a refixácia chrupaviek)	1 176,00	011, 013	
8536	Artroskopia v členkovom zhybe jednoduchá(s použitím shaverových a kobračných sond)	968,00	011, 013	
8578	Artroskopia v zápästí jednoduchá (s použitím shaverových a kobračných sond)	968,00	011, 013	

b) v bode7 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 3	0,006473
Výkony osteodenzitometrie – typ ZS 400	0,005311

4. V Prílohe č.1 zmluvy – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti, časť B Ústavná zdravotná starostlivosť sa od 1.5.2013:

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	501,00
004	neuroológia	568,00
007	pediatria	586,00
009	gynekológia a pôrodnictvo	567,00
010	chirurgia	741,00
011	ortopédia	977,00
012	urológia	592,00
013	úrazová chirurgia	806,00
014	otorinolaryngológia	528,00
025	OAIM	3 868,00
027	FBLR	549,00
051	neonatológia	566,00
060	geriatria	637,00
203	JIRS pre deti a novorodencov	1 681,00
278	arytmia a koronárna jednotka	1 459,00

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

„Diagnosticko terapeutický výkon hradený 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, 011,012, 013, 014) pri ukončenej hospitalizácii vo výške 100 € k cene UH základného oddelenia za súčasného splnenia nasledovných podmienok:

- 1) dĺžka hospitalizácie vrátane JIS bolav 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 - PRIPOČÍATEĽNÉ 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 ukončenú hospitalizáciu, 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 hroziacej 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 hrazená vo výške 50 % ceny za ukončenú hospitalizáciu príslušného oddelenia pokiaľv zmluve nieje uvedené inak. Po preklade poistenca 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 na JIS vo výške 50% ceny za ukončenú hospitalizáciu príslušného oddelenia.“

d) mení sa znenie časti Maximálne úhrady výkonov uhrádzaných v ústavnej zdravotnej starostlivosti a nahrádza nasledovným znením:

„Maximálne úhrady výkonov uhrádzaných v ústavnej zdravotnej starostlivosti:

Kód výkonu	Názov výkonu	Cena za výkon
130101	Implantácia cementovanej TEP bedra, cena zahŕňa náklady na použité ZP , hospitalizáciu na oddelení, na ktorom bola implantovaná TEP, prípadne hospitalizáciu na jednotke intenzívnej starostlivosti bezprostredne súvisiacu s implantáciou TEP	1 825 €
130103	Implantácia necementovanej TEP bedra, cena zahŕňa náklady na použité ZP - TEP, hospitalizáciu na oddelení, na ktorom bola implantovaná TEP, prípadne hospitalizáciu na jednotke intenzívnej starostlivosti bezprostredne súvisiacu s implantáciou TEP	3 550 €
130102	Implantácia hybridnej TEP bedra, cena zahŕňa náklady na použité ZP - TEP, hospitalizáciu na oddelení, na ktorom bola implantovaná TEP, prípadne hospitalizáciu na jednotke intenzívnej starostlivosti bezprostredne súvisiacu s implantáciou TEP	2 425 €
130109	Implantácia cementovanej TEP kolena, cena zahŕňa náklady na použité ZP - TEP, hospitalizáciu na oddelení, na ktorom bola implantovaná TEP, prípadne hospitalizáciu na jednotke intenzívnej starostlivosti bezprostredne súvisiacu s implantáciou TEP	3 075 €
130111	Implantácia necementovanej TEP kolena, cena zahŕňa náklady na použité ZP - TEP, hospitalizáciu na oddelení, na ktorom bola implantovaná TEP, prípadne hospitalizáciu na jednotke intenzívnej starostlivosti bezprostredne súvisiacu s implantáciou TEP	4 225 €
130110	Implantácia hybridnej TEP kolena, cena zahŕňa náklady na použité ZP - TEP, hospitalizáciu na oddelení, na ktorom bola implantovaná TEP, prípadne hospitalizáciu na jednotke intenzívnej starostlivosti bezprostredne súvisiacu s implantáciou TEP	3 275 €

V cene výkonov uhrádzaných v ústavnej zdravotnej starostlivosti sú zahrnuté všetky náklady na použité zdravotnícke pomôcky.

Uvedené ceny výkonov platia pre komplexnú plánovanú aj neodkladnú zdravotnú starostlivosť v špecializačnom odbore ortopédia alebo traumatológia.

Uvedené výkony vykáže poskytovateľ nasledovne:

K ukončenej hospitalizácii s nulovou cenou vykáže ako pripočítateľnú položku kód výkonu uvedený v tabuľke v príslušnej cene a zároveň vykáže kód použitého ŠZM podľa kategorizačného zoznamu (uvedeného na webovej stránke MZSR) s nulovou cenou.

Vykazovanie ukončenej hospitalizácie s nulovou cenou v dávke 774n platného dátového rozhrania podľa platného Metodického usmernenia ÚDZS je v uvedených vybraných položkách nasledovné:

- 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.“

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, bod 1 ambulatná zdravotná starostlivosť sa od 1.5.2013v riadku špecializovaná vypúšťa odbornosť ambulancie pod kódom 003/201.

7. V Prílohe č. 2 zmluvy – Rozsah zdravotnej starostlivosti, časťII. Maximálny rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti sa od 1.5.2013:

a) mení znenie bodu 1Špecializovaná ambulatná starostlivosť a nahrádza sa nasledovným znením:

„1. Špecializovaná ambulatná starostlivosť“

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	mesačný zmluvný rozsah €
200	špecializovaná	105 263,00
210	špecializovaná onkologická	
302	UPS – ústavná pohotovostná služba	

b) mení znenie bodu 2Ambulatná starostlivosť a nahrádza sa nasledovným znením:

„2. Ambulatná starostlivosť“

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	mesačný zmluvný rozsah v €
222	jednodňová zdravotná starostlivosť (vrátane výkonov hrađených osobitným spôsobom - OHV)	145 978,00
604	stacionár - ošetrovacie dni	9 242,00

c) mení znenie bodu3 Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky a nahrádza sa nasledovným znením:

„3. Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	mesačný zmluvný rozsah v €
400	Zobrazovacie okrem CT a denzitometrie	179 038,00
400	Laboratórne	
400	Denzitometria	2667,00
420	CT – počítačová tomografia	92 500,00

d) mení znenie bodu4 Ústavná zdravotná starostlivosť a nahrádza sa nasledovným znením:

„4. Ústavná zdravotná starostlivosť“

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	mesačný zmluvný rozsah v €
601	ukončené hospitalizácie	702268,00
601	zdravotnícke pomôcky osobitne uhrádzané okrem ICD a VAC	30 295,00
601	zdravotnícke pomôcky osobitne uhrádzané – vákuový systém na hojenie rán (V.A.C.)	6 000,00
601	materské mlieko	1 100,00

Doúčtovanie výkonov v zmysle Čl. 6 zmluvy Osobitné ustanovenia, bod 3 sa za špeciálny zdravotnícky materiál pre hojenie rán podtlakovou terapiou vykonáva samostatne.

8. V Prílohe č. 2 zmluvy – Rozsah zdravotnej starostlivosti, časť II. Maximálny rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti sa od 1.7.2013 mení bod 3 Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky a nahrádza sa nasledovným znením:

„3. Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky – úhrada zdravotnej starostlivosti formou degresu“

Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky – úhrada zdravotnej starostlivosti formou degresu		
Typ ZS	zdravotná starostlivosť	zmluvný rozsah v €
400	SVLZ laboratórne, zobrazovacie, iné – mesačný zmluvný rozsah	181 705,00
400	SVLZ laboratórne, zobrazovacie, iné – štvrtročný zmluvný rozsah	545115,00
420	CT – počítačová tomografia – mesačný zmluvný rozsah	92 500,00
420	CT – počítačová tomografia – štvrtročný zmluvný rozsah	277 500,00

Pokiaľ poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť vo výške presahujúcej *zmluvný rozsah na kalendárny štvrtrok*, poisťovňa ju poskytovateľovi uhradí nasledovným spôsobom: úhrada bude realizovaná vo výške 35% zo sumy presahujúcej zmluvný rozsah na kalendárny štvrtrok, maximálne však vo výške 35% zo sumy vypočítanej ako 10% zmluvného rozsahu na kalendárny štvrtrok. V tomto prípade sa postup podľa čl. 6 bodu 3 Zmluvy nepoužije.

9. V Prílohe č. 2 zmluvy – Rozsah zdravotnej starostlivosti, v časti III. Úhrada nad „Maximálny rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti“ sa od 1.5.2013 dopĺňajú body nasledovného znenia:

- „7. 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**.
8. Artroskopické výkony č. 8533, 8534, 8534a, 8535, 8535a, 8536 a 8578 v odbore ortopédia a traumatológia vykonávané ako výkony JZS a výkony hradené osobitným spôsobom.
9. Výkony uhrádzané v ústavnej zdravotnej starostlivosti (balíčkové ceny TEP).“

10. Platnosť Prílohy č. 3 zmluvy – Kritéria na uzatváranie zmlúv sarpredlžuje do **31.12.2013**.

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).

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

„Čl. 3
Kritériá na uzatváranie zmlúv

1. Poisťovňa 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 materiálo-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. Poisťovňa 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 poisťovní 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 záchranej 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 3v 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 12v znení:

- „9. Ak je vykonanou kontrolou zistená nesprávne alebo neoprávnene vykázaná zdravotná starostlivosť, ktorá bola poisťovňou uhradená, poskytovateľ je povinný vrátiť takto uhradenú sumu poisťovní. Ustanovenia Čl. 7 týmto nie sú dotknuté.
10. Zdravotná poisťovňa môževykonávať 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. Revízni lekári, revízni 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 skutočnosti, pre ktoré je vylúčená z výkonu kontrolnej činnosti, je povinná bezodkladne oznámiť zdravotnej poisťovní.“

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 povinnosti
 - b) závažné porušenie povinnosti.
3. Pokiaľ nie je vo VZP uvedené inak, porušenie povinnosti je prvotne považované za menej závažné porušenie povinnosti.
4. Pri porušení povinnosti 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 povinnosti je opakované menej závažné porušenie povinnosti 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 povinnosti 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 povinnosti 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 povinnosti 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 ustanovenej 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 „1.5.2013“.

**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.

V Prešove dňa

Za poskytovateľa:

Za poisťovňu:

.....
MUDr. Jozef Tekáč, predseda predstavenstva
Ing. Slavko Rodák, člen predstavenstva
Nemocnica Poprad, a.s.

.....
PaedDr. Jaroslav Suchý
riaditeľ krajskej pobočky
Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.