

**Dodatok č. 17**  
**k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**  
**č. 6004NSP2000117**

**Union zdravotná poisťovňa, a. s.**

zastúpená: Ing. Elena Májeková, riaditeľka sekcie zdravotného poistenia  
so sídlom: Karadžičova 10, 814 53 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  
právná forma: akciová spoločnosť  
kód Union zdravotnej poisťovne, a. s.: 27  
(ďalej len „zdravotná poisťovňa“)

a

**Dolnooravská nemocnica s poliklinikou MUDr. L. Nádaši Jágeho Dolný Kubín**

zastúpený: PhDr. Jozef Mintál, MBA, riaditeľ  
so sídlom: Nemocničná 1944/10, 02601 Dolný Kubín  
IČO: 00634905  
identifikátor poskytovateľa (prvých šesť znakov kódu poskytovateľa): P51283  
(ďalej len "poskytovateľ" alebo spoločne aj „zmluvné strany“)

Zmluvné strany uzatvárajú tento dodatok č. 17 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti č. 6004NSP2000117 (ďalej v texte aj ako „zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti“):

**Článok 1**  
**Predmet dodatku**

Na základe článku X bodu 10.4. zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa zmluvné strany dohodli na tejto zmene zmluvy:

1. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi vybrané výkony za podmienok uvedených v dokumente „Usmernenie k vykazovaniu výkonov telemedicíny“ zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne. V prípade zmeny uvedeného dokumentu zdravotná poisťovňa o tom informuje poskytovateľa elektronickou poštou najneskôr 7 dní pred plánovaným dňom účinnosti takejto zmeny, ak zdravotná poisťovňa disponuje mailovým kontaktom poskytovateľa.
2. Text bodu 5.2. článku V zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa mení a znie nasledovne:  
„5.2.Výška globálneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac je  
a) **79 863,- eur**, ak pre daný kalendárny mesiac z písm. b) toho bodu zmluvy nevyplýva iná výška globálneho rozpočtu,  
b) **82 325,- eur** v období od 01.07. 2020 do 31.12.2020.“.
3. Znenie bodu 5.5. zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa s účinnosťou do 31.12.2020 mení a znie nasledovne:  
„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 sledovanom období vyššia ako globálny rozpočet, zvyšuje sa globálny rozpočet o čiastku zdravotnou poisťovňou uznanej zdravotnej starostlivosti prevyšujúcej globálny rozpočet. Za sledované obdobie sa pre účely tohto bodu rozumie výlučne obdobie kalendárnych mesiacov september, október a november 2020. Zmluvné strany sa dohodli, že odo dňa nadobudnutia účinnosti tohto ustanovenia sa v ostatných kalendárnych mesiacoch sledované obdobie neuplatňuje. Globálny rozpočet upravený na základe tohto bodu zmluvy sa uplatní v mesiaci december 2020. Pre účely tohto bodu sa berie do úvahy globálny rozpočet platný počas sledovaného obdobia a zdravotná starostlivosť a špeciálny zdravotnícky materiál v rozsahu uznanom zdravotnou poisťovňou najneskôr k 14. dňu nasledujúceho kalendárneho mesiaca po skončení sledovaného obdobia.“.
4. V texte bodu 10.3. článku X zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa slová „31.03.2021“ nahrádzajú slovami „30.06.2021“.
5. V prílohe č. 2a k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, časti III. Špecializovaná ambulantná starostlivosť v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodníctvo, v písm. A) Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodníctvo, sa tabuľka bodu 2 mení a znie nasledovne:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
100	Vyказuje sa - s kódom choroby Z34.0 alebo Z34.8 - ak nie je súčasťou iného výkonu	0,0485
102	Vyказuje sa - po potvrdení gravidity pri prvej návšteve - s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4	0,0485
103 <sup>1</sup>	Vyказuje sa - od druhého mesiaca tehotenstva 1x/za 28 dní (max. 8x u jednej poistenky počas tehotenstva), ak ďalej nie je uvedené inak, - 1x/týždenne v posledných 4 týždňoch tehotenstva (max. 4x u jednej poistenky počas posledných 4 týždňov tehotenstva) - s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4	0,0485
105	Vyказuje sa - 1x v súvislosti so šestonedelím - s kódom choroby Z39.2	0,0485
157	vyказuje sa - 1x/kalendárny rok u ženy vo veku od 18 rokov veku alebo od prvého tehotenstva - s kódom choroby Z01.4 alebo Z12.4	0,0485
297	Výkon sa uhrádza: - u poistenky vo veku od 18 do 64 rokov - raz za kalendárny rok - ak bol vykázaný s kódom choroby: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Z01.4 v prípade oportúnneho skríningu rakoviny krčka maternice</li> <li>• Z12.4 v prípade populačného skríningu rakoviny krčka maternice</li> </ul>	0,0291
-	Výkony SVLZ (vrátane prístrojových) okrem 108, 118, 5303, 5305 a 5308 akceptovaných ako preventívne prístrojové výkony	0,0082
108	Výkon 108 sa akceptuje ako preventívny prístrojový výkon najviac štyri razy počas tehotenstva. Vyказuje sa súčasne s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4	0,0485
118	Výkon 118 sa akceptuje ako preventívny prístrojový výkon raz týždenne počas obdobia posledných štyroch týždňov gravidity (maximálne 6x). Vyказuje sa súčasne s výkonom 103 a s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4	0,0266
252b	- pri očkovaní proti chrípke sa vyказuje s kódom choroby Z25.1 - pri očkovaní proti čiernemu kašľu s kódom choroby Z23.7 - pri očkovaní proti HPV u dievčat v 16 roku života, vyказuje sa s kódom choroby Z25.8 Zdravotná poisťovňa výkon neuhradí, ak už bol u daného poistenca v danom kalendárnom roku uhradený u iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.	0,0485
1070	Vyказuje sa - s výkonom 157 - s kódom choroby Z01.4 alebo Z12.4	0,0485
5303*	Výkony 5303 a 5305 sa akceptujú ako preventívne výkony raz za dvanásť mesiacov, vyказujú sa v nadväznosti na výkon 157 a s kódom choroby Z01.4 alebo Z12.4. Výkony 5303 a 5305 sa nevyказujú naraz v rámci vykonania jednej preventívnej prehliadky (výkon 157). Výkony 5303 a 5305 sa akceptujú k úhrade aj bez naviazania na vykonanie preventívnej prehliadky (výkon 157); v tomto prípade sa uhrádzajú cenou bodu za výkony SVLZ, ktoré nie sú preventívne prístrojové výkony.	0,0266
5305*		0,0266
5308*	Výkon 5308 sa akceptuje ako preventívny výkon raz za dva roky v intervaloch a vekovom rozmedzí stanovených v skríningu. Vyказuje sa súčasne s výkonom 157 a kódom choroby Z01.4 alebo Z12.4	0,008535
5809*	Vyказuje sa s výkonom 108	0,0266
-	Výkony (okrem SVLZ výkonov) neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanej poistenke	0,026
-	SVLZ výkony neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanej poistenke	0,0082
-	Výkony (okrem SVLZ výkonov) zdravotnej starostlivosti poskytnuté poistenke EÚ s výnimkou výkonov, pre ktoré je v tejto časti prílohy určená iná cena bodu	0,026
-	SVLZ výkony zdravotnej starostlivosti poskytnuté poistenke EÚ s výnimkou výkonov, pre ktoré je v tejto časti prílohy určená iná cena bodu	0,0082

6. V prílohe č. 2a k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa v časti VI. Zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek nahrádza písm. B) Zobrazovacie vyšetrovacie metódy znením, ktoré tvorí prílohu tohto dodatku.

<sup>1</sup> Pri rizikovom tehotenstve sa vyказuje uvedená prehliadka pod kódom zdravotného výkonu č. 63; zdravotný výkon č. 63 sa neuhradza ako preventívna prehliadka nad rámec kapitácie

7. 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 v 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 svojim podpisom.
3. Tento dodatok nadobúda platnosť dňom podpisu oboma zmluvnými stranami a účinnosť prvým dňom nasledujúceho kalendárneho mesiaca po jeho podpísaní.

V Bratislave dňa 25.6.2020

Union zdravotná poisťovňa, a.s

Dolnooravská nemocnica s poliklinikou MUDr. L. Nádaši  
Jégeho Dolný Kubín



.....  
Ing. Elena Májerková  
riadiateľka sekcie zdravotného poistenia  
na základe plnej moci

.....  
PhDr. Jozef Mintál, MBA, riaditeľ

## B) Zobrazovacie vyšetrovacie metódy

1. Cenou bodu v rozmedzí od 0,003400 € do 0,011100 € sa uhrádzajú výkony SVLZ v špecializačnom odbore rádiológia. Výška ceny bodu závisí od technických parametrov prístrojového vybavenia pracoviska a od splnenia kritérií uvedených v tabuľke tohto bodu:

Zobrazovacia modalita	Kritérium	Cenové úrovne podľa splnenia kritérií v €	Zmluvná cena bodu v €
osteodenzitometria	-	0,005500	0,005500
Konvenčné RTG - okrem vybraných skiagrafických výkonov	-	0,008000	0,008000
Konvenčné RTG – vybrané skiagrafické výkony	RTG prístroj analógový	0,008700	P51283023501 0,011100
	RTG prístroj s nepriamou digitalizáciou a so systémom PACS	0,009500	
	RTG prístroj s priamou digitalizáciou a so systémom PACS	0,010000	
	RTG prístroj s priamou digitalizáciou, so systémom PACS a s vybavením na elektronické zdieľanie RTG snímok s iným poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti	0,011100	
ultrasonografia	-	0,007303	0,007303
mamografia	Poskytovateľ, ktorý poskytuje menej ako 3.000 vyšetrení za jeden kalendárny rok	0,007400	0,008000
	Poskytovateľ, ktorý poskytuje minimálne 3.000 vyšetrení za jeden kalendárny rok	0,008000	
počítačová tomografia	CT prístroj do 16 MSCT	0,003515	0,004300
	CT prístroj do 16 MSCT– 24 hodinová prevádzka	0,003705	
	CT prístroj 20 - 40 MSCT	0,003800	
	CT prístroj 20 - 40 MSCT– 24 hodinová prevádzka	0,003990	
	CT prístroj 64 MSCT a viac	0,004180	
	CT prístroj 64 MSCT a viac – 24 hodinová prevádzka	0,004300	
magnetická rezonancia	MR prístroj 0,2 T až 0,25 T pre vyšetrenie jedného orgánového systému - kĺbov	0,003400	0,004200
	MR prístroj 0,25 T pre viac orgánovú diagnostiku	0,003900	
	MR prístroj 0,3 T - 1,0 T	0,004200	
	MR prístroj od 1,1 T do 2,9 T	0,004200	
	MR prístroj 3T a vyššie	0,005500	

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 preskripcným 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 ostatných 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 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.

3. Poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačnom odbore rádiológia je úhrada zdravotnej poisťovne za použitý filmový materiál (FOTO) zahrnutá v cene poskytnutého zdravotného výkonu. Uvedené platí aj v prípade, že poskytovateľ dokumentuje a archivuje poskytnuté vyšetrenia v systéme PACS.

4. V cene poskytnutého zdravotného výkonu počítačovej tomografie a/alebo magnetickej rezonancie je zahrnutá aj úhrada zdravotnej poisťovne za výkon aplikovania kontrastnej látky k príslušnému výkonu počítačovej tomografie a/alebo magnetickej rezonancie.

5. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi zdravotnú starostlivosť súvisiacu so zobrazovacou modalitou „Konvenčné RTG“ za nasledovných podmienok:

- a) Za vybrané skiagrafické výkony sa považujú nasledovné výkony s kódmi 5010, 5011, 5012, 5015, 5016, 5020, 5021, 5022, 5023, 5024, 5025, 5030, 5031, 5032, 5033, 5035, 5050, 5051, 5052, 5053, 5056, 5060, 5061, 5062, 5065, 5070, 5071, 5072, 5075, 5076, 5077, 5080, 5081, 5082, 5083, 5090, 5095.
- b) Za analógový RTG prístroj sa považuje taký RTG prístroj, ktorý nemá zabudovanú technológiu potrebnú na vytváranie a uchovávanie RTG snímok v digitálnej podobe.
- c) Za RTG prístroj s nepriamou digitalizáciou sa považuje taký prístroj, ktorý bol pôvodne výrobcom skonštruovaný ako analógový RTG prístroj a bol dodatočne príslušným spôsobom technologicky upravený pre účely uchovávaní RTG snímok v digitálnej podobe.
- d) RTG prístroj s priamou digitalizáciou je taký RTG prístroj, ktorý bol výrobcom pôvodne skonštruovaný už so zabudovanou technológiou potrebnou pre vytváranie a uchovávanie RTG snímok v digitálnej podobe.
- e) Poskytovateľ plní kritérium elektronického zdieľania RTG snímok s iným poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, ak má k dispozícii funkčné hardvérové a softvérové vybavenie umožňujúce bezpečné zdieľanie digitálnych RTG snímok poskytovateľa s inými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti prostredníctvom prepojenia softvérového vybavenia.
- f) Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti dodržiava Štandardný postup na vykonávanie lekárskeho ožiarenia - Skiagrafia a skiaskopia vydaný Ministerstvom zdravotníctva SR.
- g) Poskytovateľ je povinný v súlade s príslušnými všeobecne záväznými právnymi predpismi sledovať a zaznamenávať veľkosť ožiarenia poistenca.
- h) Poskytovateľ je povinný zabezpečiť, aby ním prevádzkovaný RTG prístroj bol podrobený pravidelnej skúške dlhodobej stability a skúške prevádzkovej stálosti v súlade s príslušnými všeobecne záväznými právnymi predpismi.
- i) Systém PACS poskytovateľa musí spĺňať príslušnú platnú technickú normu pre digitálne spracovanie obrazov a komunikáciu v medicíne.
- j) Poskytovateľ je povinný mať s dodávateľom RTG prístroja alebo s iným servisným pracoviskom uzatvorenú servisnú alebo revíznú zmluvu, v zmysle ktorej sa realizuje servisná kontrola alebo revízia RTG prístroja jedenkrát ročne.
- k) Ak poskytovateľ neplní čo i len jednu z podmienok podľa písm. g) až i) toho bodu, zdravotná poisťovňa môže uhradiť zdravotné výkony realizované zobrazovacou modalitou „Konvenčné RTG“ cenou bodu v cenovej úrovni zodpovedajúcej analógovému RTG prístroju a to za obdobie, kedy nebola plnená čo i len jedna z podmienok podľa písm. g) až i) toho bodu.