

DODATOK č. 4

K ZMLUVE O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

č. 75NDOS000114

uzatvorená podľa § 7 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, zákona č. 513/1991 Zb. Obchodný zákonník v znení neskorších predpisov a zákona č. 18/1996 Z. z. o cenách v znení neskorších predpisov (ďalej len „Zmluva“) medzi zmluvnými stranami:

Zdravotná poisťovňa:

DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s.

so sídlom Einsteinova 25, 851 01 Bratislava

IČO: 35 942 436, DIČ: 2022051130, IČ DPH: SK2022051130

zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka číslo 3627/B

krajská pobočka Žilina,

kód : 2400

korešpondenčná adresa: **Cintorínska 5, 949 01 Nitra 1**

(ďalej len „Poisťovňa“)

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti:

Obchodné meno / Priezvisko, meno a titul:	Kysucká nemocnica s poliklinikou Čadca
IČO / registračné číslo:	17335469
DIČ, IČ DPH:	2020552083, SK2020552083
Sídlo / Miesto trvalého pobytu:	Palárikova 2311, 022 01 Čadca
Zápis v registri (iba v prípade takéhoto zápisu):	MZ SR č. 3724/1994-A/II-1

(ďalej len „Poskytovateľ“)

I. ÚVODNÉ USTANOVENIE

- 1.1. Poisťovňa a Poskytovateľ sa v súlade s ustanoveniami Všeobecných zmluvných podmienok pre zdravotnú starostlivosť (ďalej len „VZP“) dohodli na zmene Zmluvy.

II. OBSAH DODATKU

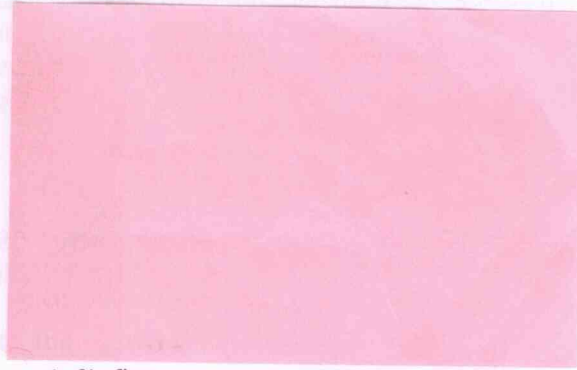
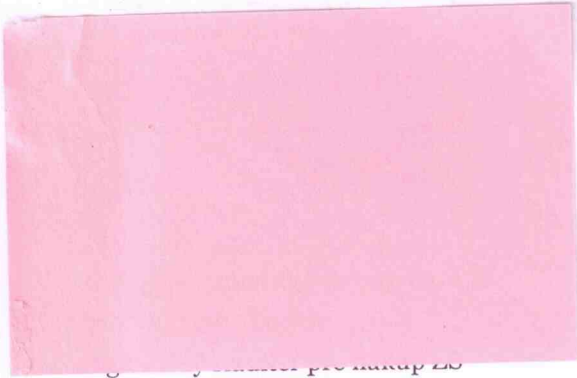
- 2.1. Zmluvné strany sa dohodli na zmene Prílohy č. 2 Zmluvy (Cenník) tak, že sa nahrádza novou Prílohou č. 2, ktorej znenie je uvedené v prílohe tohto Dodatku. Pre vylúčenie pochybností Zmluvné strany uvádzajú, že zvýšená úhrada za ústavnú zdravotnú starostlivosť je platná len pre obdobie **od 01.05.2016 do 30.09.2016**.
- 2.2. Ostatné ustanovenia Zmluvy nie sú týmto Dodatkom dotknuté.

III. ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA

- 3.1. Dodatok nadobúda účinnosť prvým dňom kalendárneho mesiaca nasledujúceho po jeho zverejnení na webovom sídle Poisťovne. V prípade, že má zákonom uloženú povinnosť zverejniť Dodatok aj Poskytovateľ, Dodatok nadobúda účinnosť prvým dňom kalendárneho mesiaca nasledujúceho po zverejnení Dodatku oboma zmluvnými stranami; pre určenie účinnosti Dodatku je rozhodujúci okamih, kedy si povinnosť zverejniť Dodatok splní v poradí prvá

zmluvná strana. V prípade, že majú obe Zmluvné strany povinnosť zverejniť Dodatok, Zmluvné strany sa zaväzujú dbať na to, aby Dodatok nadobudol účinnosť **1.5.2016**.

- 3.2. Dodatok sa uzatvára na dobu neurčitú.
- 3.3. Dodatok je vyhotovený v dvoch rovnopisoch, po jednom rovnopise pre každú Zmluvnú stranu.
- 3.4. Poistovňa aj Poskytovateľ vyhlasujú, že si Dodatok prečítali, jeho obsahu porozumeli a na znak toho, že obsah Dodatku zodpovedá ich skutočnej a slobodnej vôli, Dodatok podpísali.



riaditeľ

Cenník

Cena za lôžkodenň

Označenie		hodnota v €
cena za lôžkodenň od 1.5.2016 do 30.9.2016	pri zdravotnej starostlivosti poskytnutej Poistencovi	30
cena za lôžkodenň od 1.10.2016	pri zdravotnej starostlivosti poskytnutej Poistencovi	27,50

Finančný objem

Finančný objem na kalendárny mesiac podľa bodu 4.6. Zmluvy platný od 1.5.2016 do 30.9.2016	860,- €
Finančný objem na kalendárny mesiac podľa bodu 4.6. Zmluvy platný od 1.10.2016	825,- €

Indikácie prijatia, pri súčasnom splnení podmienok:

1. Indikácie na prijatie do Domu ošetrovateľskej starostlivosti:
 - imobilizačný syndróm a poruchy ním spôsobené;
 - chronické dekompenzované ochorenie bez potreby lekárskej, ale s potrebou ošetrovateľskej starostlivosti;
 - pooperačné stavy s obmedzenou hybnosťou, s narušenou integritou kože, alebo s iným zdravotným problémom vyžadujúcim prítomnosť kvalifikovaného ošetrovateľského personálu.
2. Splnené kritériá prijatia do ústavnej starostlivosti (potreba kontinuálneho poskytovania ošetrovateľskej zdravotnej starostlivosti viac ako 24 hodín), vyžadujúcim každodennú starostlivosť v rozsahu výkonov ošetrovateľskej starostlivosti, ktoré nie je možné poskytovať v prirodzenom sociálnom prostredí.
3. Informovaný súhlas pacienta, ktorý je súčasťou zdravotnej dokumentácie musí obsahovať nasledovné prehlásenie:

Svojím podpisom potvrdzujem, že som bol(a) počas lekárskeho vyšetrenia informovaný(á) o povahe môjho ochorenia, o dôvode, účele, spôsobe a možnostiach zdravotnej starostlivosti, ktorá mi má byť poskytnutá, vrátane diagnostických alebo liečebných postupov, prípadne potrebných zdravotných výkonov, ako aj o možných následkoch a možných rizikách spojených s navrhovanou zdravotnou starostlivosťou. Bol(a) som tiež poučený(á) o možnostiach voľby navrhovaných postupov, ako aj o rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť. Svojím podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným liečebným postupom súhlasím – nesúhlasím