

Dodatok č.18

k Zmluve č. 10NSP1000211

Čl. 1 Zmluvné strany

1. Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

so sídlom: Mamateyova 17, 850 05 Bratislava,
Zastúpená: Ing. Marcelom Foraiom, MPH, predsedom 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 o poskytovaní a úhrade zdravotnej
starostlivosti: riaditeľka krajskej pobočky v Trenčíne, MUDr. Sylvia Pastvová
Adresa krajskej pobočky: Partizánska 2315, 911 01 Trenčín
Bankové spojenie: Štátna pokladnica
Číslo účtu: SK76 8180 0000 0070 0018 2387
(ďalej len „poisťovňa“)

a

2. Nemocnica s poliklinikou Ilava, n.o

so sídlom: Štúrova 3, 019 01 Ilava
Zastúpený: Ing. Juraj Beďatš, riaditeľ NsP
MUDr. Miroslav Staník, podpredseda Správnej rady NsP
Identifikátor poskytovateľa: P87119
IČO : 36 119 385
Bankové spojenie : ČSOB a.s.
Číslo účtu: SK7075000000004016113454
(ďalej len „poskytovateľ“)

uzatvárajú

na základe Čl. 7 – Záverečné ustanovenia, bod 7 zmluvy, tento dodatok k Zmluve č.
10NSP1000211 (ďalej len „zmluva“)

Čl. 2

Zmluvné strany sa dohodli na týchto zmenách zmluvy:

1. V Prílohe č. 1 zmluvy - Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti, časť A Ambulantná zdravotná starostlivosť sa od 1.4.2014 bod 4 Jednodňová zdravotná starostlivosť nahrádza nasledovným znením:

JZS - pokiaľ ide o ambulantnú zdravotnú starostlivosť spočívajúcu vo výkonoch uvedených v tabuľke, uhradí poisťovňa cenu za výkon v ambulantnej starostlivosti

Cena za výkon:

Kód výkonu	Názov výkonu	odbornosť	JZS max.cena výkonu v €	podmienky schvaľova nia
8501A	operácia prietrží bez použitia sietečky	010	375	
8501B	operácia jednoduchých prietrží s použitím sietečky	010	466	
8501C	laparoskopická operácia jednoduchých prietrží	010	494	
8502	transrektálna polypektómia	010	456	
8506	artroskopická operácia subakromiálneho impingement syndrómu	011	523	
8507	operácia pouřazovej paraatikulárnej burzitídy vo všetkých lokalizáciách	011, 013	333	
8508	operačná mobilizácia kontraktúry stuhnutého kĺbu	011	428	
8509	operačná dynamizácia vnútrodreňových klincov	011, 013	347	
8510	operačná repozícia jednoduchých zlomenín v celkovej anestéze	011, 013	375	
8511	operačné riešenie pollex saltans	011	323	
8512	operačné riešenie fractúra metacarpi	011, 013	354	
8513	operačné riešenie epicondylitis radialis	013	284	
8514	operačné riešenie epicondylitis ulnaris	013	284	
8516	operačné riešenie fractúra capitis radii	011	354	
8517	operačné riešenie synovitis cubiti	011	339	
8518	operačné riešenie luxatio acromioclavicularis	011	424	
8519	operačné riešenie fractura claviculae	011	424	
8520	operačné riešenie abruptio tuberculi majoris et minoris humeri	011	424	
8521	operačné riešenie decompressio subacromialis	011	424	
8522	operačné riešenie instabilitas glanohumeralis	011	424	
8523	operačné riešenie ruptúry rotátorovej manžety	011	424	
8524	operačné riešenie SLAP - lezia (poškodenie labrum glenoidale)	011	380	
8525	operačné riešenie hallux valgus	011	380	
8527	operačné riešenie digitus hammatous	011	380	
8528	operačné riešenie digitus malleus	011	380	
8529	operačné riešenie digitus supraductus	011	380	
8530	operačné riešenie metatarsus I.varus	011	361	
8531	operačné riešenie morbus Laderhose	011	380	

8532	operačné riešenie neuralgie Morton	011	333	
8533	artroskopické výkony v lakťovom zhybe	011	969	
8534	artroskopické výkony v ramennom zhybe bez použitia vstrebateľného fixačného materiálu	011	969	
8534A	artroskopické výkony v ramennom zhybe s použitím vstrebateľného fixačného materiálu	011	1169	
8535	artroskopické výkony v kolennom zhybe bez použitia vstrebateľného fixačného materiálu	011, 013	969	
8535A	artroskopické výkony v kolennom zhybe s použitím vstrebateľného fixačného materiálu	011, 013	1 169	
8536	artroskopické výkony v členkovom zhybe	011	969	
8537	operačná extrakcia osteosyntetického materiálu a vonkajších fixátorov v anestézii	010, 011, 013	343	
8538	exstirpácia sakrálneho dermoidu	010	322	
8539	operácia varixov dolných končatín	010	380	
8540	operácia análnych fistúl a/alebo fisúr	010	369	
8542	operácia ruptúry Achilovej šľachy	011, 013	428	
8546	discízia ligamentum carpi transversum s epineurolyzou nervus medianus	011	321	
8547	exstirpácia a excízia benigných a maligných nádorov kože, podkožia a svalu	010, 011	95	
8548	tenolýza šľachy	011	322	
8549	sutúra šľachy	011	386	
8550	voľný šľachový transplantát	011	309	
8551	transpozícia šľachy	011	264	
8552	operácia malých kĺbov ruky - artrolýza	011	306	
8553	operácia malých kĺbov ruky - artrodéza	011	306	
8564	laparoskopická cholecystektómia	010	523	
8565	operácia hemoroidov	010	513	
8567	vytvorenie alebo rekonštrukcia arteriovenózneho fistuly pri chronickej liečbe hemodialýzou	010	331	
8570	transpozícia nervus ulnaris	011	239	
8571	exstirpácia lymfatických uzlín	010, 009	194	
8572	exstirpácia nehmateľného benigného nádoru prsnej žľazy verifikovaného zobrazovacou metódou	009, 010	299	
8573	exstirpácia gangliómu	010, 011	48	
8576	laparoskopické výkony diagnostické	010, 009	380	
8577	laparoskopická apendektómia	010	523	
8578	artroskopické výkony v zápästí	011	1 169	
8582	operácia Dupuytrenovej kontraktúry - punkčná fasciektómia	011	350	
8583	operácia Dupuytrenovej kontraktúry - parciálna fasciektómia	011	350	
8584	operácia Dupuytrenovej kontraktúry - totálna fasciektómia	011	354	
8585	discízia ligamentum carpi transversum bez epineurolyzy nervus medianus	011	321	
8586	endoskopické vyšetrenie v celkovej anestézii	010	238	
8611	konizácia cervixu	009	323	

8612	excízia vulvy - len ako terapeutický zákrok v CA	009	276	
8613	exstirpácia cýst glandule vestibularis - Bartolinskej žľazy	009	276	
8614	kordocentéza	009	252	
8615	amnioinfúzia	009	252	
8619	resekcia vaginálneho septa	009	287	
8620	hysteroskopia (+ prípadná resekcia uterinného septa)	009	427	
8623	sterilizácia ženy zo zdravotných dôvodov	009	299	Výkon musí byť vopred schválený RL GR
8624	laparoscopia s adheziolýzou (rozrušenie zrástov)	009	380	
8625	salpingostómia - laparoskopicky	009	380	
8626	salpingektómia - laparoskopicky	009	380	
8627	ovariálna cystektómia -laparoskopicky	009	380	
8628	oophorektómia - laparoskopicky	009	380	
8629	ablácia endometriotických ložísk -laparoskopicky	009	380	
8630	kolpoperineoplastika (zadná pošvová plastika bez použitia sietečky)	009	344	
8631	uretrálna suspenzia (s použitím suburetrálnej pásky na liečbu stresovej inkontinencie) alebo pri vezikorenálnom refluxe	009	428	
8634	kyretáž vrátane dilatácie	009	321	
8635	amniocentéza - pod USG kontrolou	009	95	
8640	ablácia cervikálneho polypu	009	250	
8641	adnexektómia - laparoskopicky	009	380	
8642	myomektómia - laparoskopicky	009	380	
8643	predná pošvová plastika	009	344	
8648	prerušenie tehotenstva zo zdravotných dôvodov	009	279	
8660A	hysteroskopia v kombinácii s inými výkonmi v odbornosti	009	475	
8662A	laparoscopia v kombinácii s inými výkonmi v odbornosti	009	475	
9300	diagnostická biopsia kože, podkožia a svalov v celkovej anestéze u detí	011	105	

Kombinované výkony - poskytovateľ môže vykazovať len zmluvne dohodnuté kombinované výkony JZS. Výkony JZS sa spravidla vykazujú samostatne, ak nie je v zmluve uvedené inak.

Ku kódu výkonu č. 8631 **v odbore gynekológia** sa hradia ako pripočítateľné položky reálne náklady na nákup suburetrálnej pásky na liečbu stresovej inkontinencie, maximálne však do sumy určenej Zoznamom kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia.

Jednodňová zdravotná starostlivosť – zdravotná starostlivosť poskytovaná formou ambulantnej starostlivosti osobe, ktorej zdravotný stav vyžaduje pobyt na lôžku kratší ako 24h. Výkony JZS sa vykazujú ako ambulantné výkony v dátovom rozhraní pre ambulantnú starostlivosť typ ZS 222, v ambulancii s platným kódom JZS. Súčasťou úhrady výkonu JZS je použitie zdravotníckych pomôcok (ďalej len „SZM“), ak nie je v zmluve uvedené inak.

2. V Prílohe č. 1 zmluvy - Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti, časť B Ústavná zdravotná starostlivosť sa od 1.4.2014 v názve tabuľky „Cena za ukončenú hospitalizáciu (UH) na obdobie od 1.1.2014 do 31.3.2014“ dátum „31.3.2014“ nahrádza dátumom „30.6.2014“.

3. V Prílohe č. 1 zmluvy - Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti, časť B Ústavná zdravotná starostlivosť sa od 1.4.2014 mení časť Cena za ukončenú hospitalizáciu, ošetrovací deň v ústavnej starostlivosti a nahrádza sa nasledovným znením:

„Cena za ukončenú hospitalizáciu, ošetrovací deň v ústavnej zdravotnej starostlivosti“

I. Podmienky akceptácie a úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti.

1. UZS je poskytovaná poistencovi, ktorého zdravotný stav vyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín. Neodkladná UZS je poskytovaná aj bez odporúčania iného ošetrojúceho lekára. Odkladná (plánovaná) UZS je poskytovaná na základe odporúčania ošetrojúceho lekára poistenca a odôvodnenia prijatia do UZS.
2. Poistovňa uhradí za hospitalizáciu dlhšiu ako 24 hodín cenu za ukončenú hospitalizáciu alebo cenu za ošetrovaní deň, to neplatí v prípade výkonov hrađených osobitným spôsobom. Cena za ukončenú hospitalizáciu sa uhrádza za oddelenie, na ktorom bola poistencovi poskytovaná zdravotná starostlivosť dlhšie ako 24 hodín.
3. Cena za ukončenú hospitalizáciu a cena za ošetrovací deň zahŕňa všetky náklady a úhradu za komplexnú poskytnutú starostlivosť, pokiaľ ďalej nie je uvedené inak.
4. Ak bol poistenec prijatý na lôžkové oddelenie na poskytovanie UZS, hospitalizácia však nebola dlhšia ako 24 hodín, je poskytovateľ oprávnený vykázat poistovni všetky výkony, ktoré boli poskytnuté poistencovi formou ambulantných výkonov.
5. Ak bol poistenec prijatý na lôžkové oddelenie na poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti, hospitalizácia však nebola dlhšia ako 24 hodín v dôsledku úmrtia poistenca, je poskytovateľ oprávnený vykázat poistovni hospitalizáciu a pripočítateľné položky, ktoré boli poskytnuté poistencovi počas poskytovania ústavnej zdravotnej starostlivosti v dávke ústavnej starostlivosti vo výške 50% ceny za ukončenú hospitalizáciu.
6. Ak bol poistenec prijatý na lôžkové oddelenie na poskytovanie UZS, hospitalizácia však nebola dlhšia ako 1 hodinu v dôsledku úmrtia poistenca, je poskytovateľ oprávnený vykázat výkony poskytnuté počas resuscitácie spolu s pripočítateľnými položkami, ktoré sú vykazované v dávkach ambulantnej starostlivosti.
7. Hospitalizácie na oddelení anesteziológie a intenzívnej medicíny budú posudzované vždy individuálne, na základe dokumentovaného zdravotného stavu poistenca a poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Hospitalizácia bude považovaná za odôvodnenú, ak zdravotný stav poistenca vyžadoval nepretržitú intenzívnu starostlivosť najvyššieho alebo vyššieho stupňa pri zlyhaní alebo zlyhávaní jednej alebo viacerých životných funkcií a orgánových systémov, podporu jednej alebo viacerých základných životných funkcií počas najmenej 24 hodín hospitalizácie na oddelení, nepretržité neinvazívne, ev. invazívne monitorovanie všetkých životných funkcií, vrátane záznamu, opakované sledovanie rozšírených hematologických a biochemických parametrov, opakované intervencie pre poruchu funkcie orgánových systémov alebo vnútorného prostredia. Za prístrojové udržiavanie životných funkcií sa nepovažuje krátkodobá umelá pľúcna ventilácia poistencov po anestézii. Pri posudzovaní odôvodnenosti hospitalizácie poistenca bude poistovňa ako pomocné kritérium uplatňovať TISS skórovací systém (Therapeutic Intervention Scoring System). Hospitalizácia na oddelení pediatrickej intenzívnej starostlivosti bude považovaná za odôvodnenú, ak zdravotný stav poistenca vyžadoval nepretržitú intenzívnu starostlivosť stredného alebo vyššieho stupňa pri hrozacej poruche jednej alebo viacerých životných funkcií a orgánových systémov počas najmenej 24 hodín hospitalizácie na oddelení, nepretržité monitorovanie najmenej dvoch životných funkcií, vnútro žilovú infúziu liečbu, nepretržité sledovanie zdravotného stavu poistenca, bilanciu príjmu a výdaja tekutín, vrátane hodinovej diurézy, indikované laboratorné sledovanie základných hematologických a biochemických parametrov najmenej 1x denne a vedenie osobitnej dokumentácie (dokumentácia musí obsahovať písomné zdôvodnenie indikácie intenzívnej starostlivosti lekárom, ktorý žiada prijatie na oddelenie pediatrickej intenzívnej starostlivosti). Pri posudzovaní odôvodnenosti hospitalizácie poistenca bude poistovňa ako pomocné kritérium uplatňovať TISS skórovací systém (Therapeutic Intervention Scoring System).
8. Ak je poistenec hospitalizovaný za účelom plánovaného poskytnutia operačného výkonu a tento nie je z akýchkoľvek dôvodov vykonaný, poistovňa neuhradí cenu ukončenej hospitalizácie. Poskytovateľ je oprávnený vykázat v dávke ambulantnej starostlivosti rovnakej odbornosti poskytnutie výkonu s kódom 60a.
9. Poskytovateľ môže prijať na geriatrické oddelenie poistenca, ktorý v čase začatia hospitalizácie dovŕšil 65-ty rok života. Na oddelenie dlhodobo chorých alebo do liečebne dlhodobo chorých možno prijať poistenca, ktorého zdravotný stav predpokladá trvanie hospitalizácie dlhšie ako 21 kalendárnych dní.
10. Hospitalizácia na oddeleniach cievnej chirurgie bude poistovňou posudzovaná ako odôvodnená a bude uhrádzaná vtedy, ak u poistenca bude vykonaný operačný výkon na magistralných cievach: operačné výkony na karotických artériách, hrudnej a brušnej aorte, hornej a dolnej dutej žile, by-passové operácie na periférnych vetvách artériového cievneho riečiska, trombektómie a embolektómie.

11. Podmienkou akceptovania hospitalizácie na oddeleniach, kde je poskytovaná liečba cytostatickými a imunomodulačnými liekmi (napr. onkológia, hematológia, urológia, pneumológia, atď.) a jej úhrady je, že lieky podávané počas hospitalizácie neboli predpísané na lekárske predpis.
12. Na oddeleniach paliatívnej starostlivosti, jednotkách paliatívnej medicíny a hospicioch je poskytovaná paliatívna starostlivosť poistencom s chronickou nevyliciteľnou, pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou s časovo obmedzeným prežívaním a terminálna starostlivosť zomierajúcim poistencom.
13. Vysokošpecializované ústavy môžu prijímať poistencov len s ochoreniami, na ktoré je ústav špecializovaný.
14. Poskytovateľ môže poistenca, ktorému poskytuje UZS, preložiť na iné oddelenie toho istého zdravotníckeho zariadenia len v prípade, ak zdravotný stav poistenca nevyhnutne vyžaduje hospitalizáciu na inom oddelení.
15. Opakovaná hospitalizácia na rovnakom oddelení počas jedného súvislého poskytovania UZS sa považuje za jednu pokračujúcu hospitalizáciu na príslušnom oddelení. Preklad z oddelenia na oddelenia z dôvodu poskytnutia výkonu, vyšetrenia, ošetrovania, ktoré hospitalizáciu na ďalšom oddelení nevyžaduje, nebude poisťovňou akceptovaný a uhradený.
16. Poskytovateľ môže odoslať poistenca na poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti k inému poskytovateľovi po vzájomnej dohode len v prípade, ak to nevyhnutne vyžaduje zdravotný stav poistenca. Odoslanie poistenca na ďalšie poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa predchádzajúcej vety musí byť podrobne odôvodnené v zdravotnej dokumentácii a v prepúšťacej správe a musí byť podpísané primárom oddelenia, resp. primárom alebo prednostom kliniky, v ktorej bol poisteneц hospitalizovaný.
17. Hospitalizácia poistenca, ktorá nadväzuje na hospitalizáciu na oddelení iného zdravotníckeho zariadenia, a ktorá nespĺňa podmienky odôvodnenia pokračovania poskytovania UZS podľa predchádzajúceho bodu, nebude poisťovňou akceptovaná a uhradená.
18. Poisťovňa neuhradí v priebehu hospitalizácie ambulantné výkony poskytnuté v špecializovanej ambulantnej starostlivosti okrem prvého a posledného dňa hospitalizácie a výkonov špecializovanej ambulantnej starostlivosti, ktoré nesúvisia s ochorením resp. Dg. hospitalizovaného pacienta.
19. Poisťovňa počas hospitalizácie poistenca neuhradí osobitne SVLZ výkony rovnakej odbornosti ako je odbornosť oddelenia, na ktorom je poisteneц hospitalizovaný (napr. radiačná onkológia, fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia, výkony funkčnej diagnostiky prislúchajúce odbornosti lôžkového oddelenia).
20. Poisťovňa podľa § 1 vyhlášky MZ SR č. 412/2009 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o zozname poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti, v znení vyhlášky č. 151/2011 Z. z. (ďalej len „vyhláška“) vedie pre poskytovateľa zoznam poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „zoznam“) osobitne podľa súpisu vybraných chorôb a s nimi súvisiacich zdravotných výkonov.
21. Poskytovateľ pri vykonávaní výkonov plánovanej zdravotnej starostlivosti dodržiava poradie poistencov v zozname, ktorý je oznamovaný poskytovateľovi poisťovňou.
22. Ak poskytovateľ pri vykonávaní výkonov plánovanej zdravotnej starostlivosti poskytol výkon poistencovi nezaradenému do zoznamu alebo nedodržiaval poradie poistencov v zozname, poisťovňa poskytovateľovi uhradí maximálne 25% z ceny ukončenej hospitalizácie na príslušnom oddelení prípadne z maximálnej úhrady výkonov uhrádzaných v ústavnej zdravotnej starostlivosti („balíčkové ceny TEP“).
23. Ustanovenie bodu 22 tohto článku sa neuplatní ak sa jedná o neodkladnú zdravotnú starostlivosť podľa § 2 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. alebo ak bolo uprednostnenie v zozname vopred odsúhlasené poisťovňou.
24. Poskytovateľ v súvislosti s poskytovaním ústavnej zdravotnej starostlivosti používa špeciálny zdravotnícky materiál, uvedený v Zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov (ďalej len „Zoznam kategorizovaných ŠZM“). Poisťovňa uhradí poskytovateľovi cenu za použitý kategorizovaný ŠZM vo výške skutočných nadobúdacích nákladov, maximálne vo výške určenej v Zozname kategorizovaných ŠZM ako „maximálna výška úhrady zdravotnou poisťovňou“ a do výšky zmluvne dohodnutého rozsahu zdravotnej starostlivosti. Poskytovateľ vykazuje kategorizovaný ŠZM s kódom uvedeným v Zozname kategorizovaných ŠZM pod názvom „kód MZ SR“. Ak je v Zozname kategorizovaných ŠZM uvedená podmienka súhlasu poisťovne, poskytovateľ vyplní a zašle poisťovni na schválenie žiadosť uverejnenú na webovej stránke poisťovne pod názvom „Žiadosť o úhradu špeciálneho zdravotníckeho materiálu“.
25. Ak poskytovateľ používa nekategorizovaný špeciálny zdravotnícky materiál, ktorý je uvedený v tabuľke pod názvom „Maximálne úhrady nekategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov“ (ďalej len „maximálne úhrady nekategorizovaných ŠZM“), poisťovňa uhradí poskytovateľovi sumu vo výške skutočných nadobúdacích nákladov, maximálne vo výške určenej v tabuľke „maximálne úhrady nekategorizovaných ŠZM“ a do výšky zmluvne dohodnutého rozsahu zdravotnej starostlivosti, v súlade s indikačnými kritériami uvedenými na webovej stránke poisťovne. Ak je v tabuľke „Maximálne úhrady nekategorizovaných ŠZM“ uvedená skratka R alebo RR, je potrebný súhlas poisťovne pred použitím nekategorizovaného ŠZM. Poskytovateľ vyplní a zašle poisťovni na schválenie žiadosť uverejnenú na webovej stránke poisťovne pod názvom „Žiadosť o úhradu špeciálneho zdravotníckeho materiálu“. Poskytovateľ vykazuje nekategorizovaný ŠZM s kódom uvedeným v tabuľke „maximálne úhrady nekategorizovaných ŠZM“.
26. V prípade, že sa špeciálny zdravotnícky materiál stane na základe kategorizácie súčasťou Zoznamu kategorizovaných ŠZM, bude hradený podľa bodu 24“.
27. Priepustky počas hospitalizácie sú akceptované výlučne na psychiatrickom oddelení psychiatrickej nemocnice, psychiatrickej liečebne alebo centra pre liečbu drogovo závislých, v ktorých je poskytovanie

- zdravotnej starostlivosti uhrádzané formou dohodnutej ceny za ošetrovací deň. Dni, počas ktorých je poistenec na priepustke, sú zdravotníckemu zariadeniu uhrádzané v dĺžke najviac 3 dni vo výške 30% ceny ošetrovacieho dňa, pričom celkový stanovený zmluvný rozsah výkonov sa musí dodržať.
28. Po ukončení hospitalizácie je poskytovateľ povinný vyhotoviť prepúšťaciu 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:
- a) zoznam liekov, ktoré poskytovateľ podal poistencovi počas hospitalizácie,
 - b) zoznam liekov a zdravotníckych pomôcok, ktoré poskytovateľ odporúča predpisovať poistencovi po ukončení hospitalizácie,
 - c) mená a kódy lekárov - špecialistov, ktorí odporúčali predpísanie liekov za podmienky dodržania preskripčných a indikačných obmedzení,
 - d) medicínske zdôvodnenie prekladu na iné oddelenie, resp. do iného zdravotníckeho zariadenia.
 - e) dátum a čas začiatku a ukončenia hospitalizácie
29. 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.
30. Zabezpečovanie, schvaľovanie a vykazovanie osobitne uhrádzaných ŠZM:
- a) Zdravotnícke zariadenie je povinné použiť ekonomicky a kvalitatívne najvýhodnejší druh ŠZM a na požiadanie poisťovne dokladovať účelnosť a efektívnosť vynaloženia prostriedkov verejného zdravotného poistenia pri nákupe ŠZM.
 - b) Zmluvné zdravotnícke zariadenie pri plánovanom poskytnutí ŠZM, ktorej úhrada vyžaduje schválenie poskytnutia vopred, podá Žiadosť o schválenie poskytnutia a úhrady ŠZM (ďalej len „žiadosť“) v dvoch vyhotoveniach zmluvnej pobočky (schvaľovanie označené symbolom „R“) resp. Odboru zdravotnému a revíznemu generálneho riaditeľstva poisťovne (schvaľovanie ŠZM označené symbolom „RR“). Vzor žiadosti je uverejnený na internetovej stránke poisťovne
31. Vyhodnotenie liečby po implantácii ŠZM:
- a) Pooperačný výsledok vyhodnotí lekár pracoviska, ktoré poskytlo osobitne uhrádzanú ŠZM po troch mesiacoch od operácie. Vyhodnotenie zaznamenaná v Protokole o výsledku implantácie osobitne uhrádzanej ŠZM (ďalej len „protokol“), ktorý je uverejnený na internetovej stránke poisťovne.
 - b) Protokol je vypracovaný v dvoch vyhotoveniach; jedno vyhotovenie protokolu o efektívnosti a výsledku vykonanej operácie si ponechá pracovisko ako súčasť zdravotnej dokumentácie poistenca a druhé vyhotovenie zašle pobočke poisťovne.
 - c) Protokol o výsledku implantácie sa vyhotovuje pri implantácii ŠZM s kódmi: 110001 – 110002; 120010 – 120012; 120016 – 120017; 130004 – 130005; 130007 – 130008; 150001 – 150002 a 110014 – 110015.
32. Postup pri schvaľovaní a uhrádzaní finančne nákladných liekov v UZZ
- a) Poisťovňa považuje za finančne náročnú liečbu podanie lieku ako jedinej terapeutickej alternatívy, ktorá bola použitá v súlade s SPC a súčasne s indikačnými a preskripčnými obmedzeniami podľa aktuálneho Opatrenia MZ SR, ktorým sa vydáva Zoznam liekov a liečiv. Poskytovateľ môže požiadať o úhradu finančne náročnej liečby, ak náklady na podanie jedného lieku alebo skupiny liekov prevýšia cenu ukončenej hospitalizácie. Ak je pri poskytovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti pacient hospitalizovaný na viacerých oddeleniach, uvedený postup sa vzťahuje na oddelenie, ktoré liečbu indikovalo. Požiadavku na úhradu si môže uplatniť poskytovateľ až po ukončení hospitalizácie.
 - b) Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti zasiela žiadosť o úhradu finančne náročnej liečby Generálnemu riaditeľstvu poisťovne - Sekcii nákupu zdravotnej starostlivosti na osobitnom tlačive uverejnenom na internetovej stránke poisťovne, ktorá je potvrdená podpisom a odtlačkom pečiatky vedúceho lekára lôžkového zariadenia a odtlačkom pečiatky a podpisom riaditeľa UZZ. Neoddeliteľnou súčasťou žiadosti sú:
 - prepúšťacia lekárska správa,
 - medicínske zdôvodnenie podania finančne náročných liekov,
 - vyčíslenie nákladov podľa jednotlivých položiek,
 - povolenie na použitie lieku vydané MZ SR, ak ide o liek, u ktorého sa vyžaduje povolenie MZ SR na použitie podľa zákona č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov,
 - kópia dokladu o nadobudnutí lieku (faktúra od dodávateľa),
 - kópie žiadaníek z ústavnej lekárne s vyznačením mena a rodného čísla poistenca.
33. Výkony finančne náročnej zdravotnej starostlivosti sú hradené ako pripočítateľná položka k cene za ukončenú hospitalizáciu ak nie je v Zmluve uvedené inak.

II. Osobitné podmienky akceptácie a úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti – eHospik.

1. Poskytovateľ je povinný najneskôr od 1.7.2014 pomocou programu eHospik zasielať poisťovní najmenej jedenkrát počas pracovného dňa údaje potrebné na vedenie zoznamu poistencov za účelom poskytnutia

- ústavnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len: „hospitalizácia“) v štruktúre (dátovom rozhraní – dávka 901) určenej poisťovňou a zverejnenej na internetovej stránke poisťovne; to neplatí, ak poskytovateľ počas pracovného dňa neprijal na hospitalizáciu ani neukončil hospitalizáciu žiadneho pacienta.
2. Poisťovňa je povinná vyjadriť sa k nahláseným plánovaným hospitalizáciám poskytovateľa do dvoch týždňov od ich nahlásenia.
 3. Poisťovňa je povinná na požiadanie poskytnúť poskytovateľovi programové vybavenie programu eHospik. Poskytovateľ môže namiesto programu eHospik použiť na zasielanie týchto údajov aj webové rozhranie na internetovej stránke poisťovne.
 4. Poskytovateľ, ktorý prijal pacienta na hospitalizáciu v dôsledku potreby poskytnúť mu neodkladnú zdravotnú starostlivosť, je povinný oznámiť túto skutočnosť poisťovni prostredníctvom programu eHospik najneskôr v pracovný deň bezprostredne nasledujúci po dni začatia hospitalizácie.
 5. Poskytovateľ je povinný v zdravotnej dokumentácii pacienta vyznačiť dátum a hodinu začatia hospitalizácie, dátum a hodinu ukončenia hospitalizácie. Poskytovateľ je ďalej povinný oznámiť poisťovni prostredníctvom programu eHospik začatie aj ukončenie hospitalizácie pacienta.
 6. Poskytovateľ prijme pacienta na hospitalizáciu na poskytovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti počas dňa, ktorý poisťovňa určí v súhlase, alebo kedykoľvek po tomto dni; ak takýto deň poisťovňa v súhlase neurčila, tak najskôr v deň udelenia súhlasu. Poskytovateľ nesmie prijať pacienta na hospitalizáciu na poskytovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti, ak mu poisťovňa neudelila súhlas na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti pacientovi alebo skôr, než v deň určený poisťovňou v súhlase.
 7. Opakovaná hospitalizácia poistenca na rovnakom oddelení u poskytovateľa počas jedného súvislého poskytovania ústavnej starostlivosti tejto osobe sa považuje za jednu hospitalizáciu na príslušnom oddelení a poskytovateľovi patrí len jedna úhrada za ukončenú hospitalizáciu na príslušnom oddelení.
 8. Za hospitalizáciu, ktorá nebola poskytovaním neodkladnej zdravotnej starostlivosti a poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť bez súhlasu alebo v rozpore so súhlasom poisťovne podľa bodu 5 tejto časti, poisťovňa poskytovateľovi uhradí 25% z ceny ukončenej hospitalizácie na príslušnom oddelení prípadne z maximálnej úhrady výkonov uhrádzaných v ústavnej zdravotnej starostlivosti (napr. balíčkové ceny TEP).
 9. Poisťovňa uplatní úhradu podľa bodu 8 tejto časti po uplynutí prechodného obdobia a to od 1.7.2014.
 10. Zasielaním údajov o hospitalizáciách alebo akceptovaním hospitalizácie v programe eHospik nie sú dotknuté ustanovenia uvedené v časti „Podmienky akceptácie a úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti“.
 11. V prípade poskytnutia ústavnej zdravotnej starostlivosti vo forme osobitne hrađeného výkonu (OHV) poskytovateľ nezasiela poisťovni údaje uvedené v predchádzajúcich bodoch tejto časti.
4. V Prílohe č. 2 zmluvy – Rozsah zdravotnej starostlivosti, časť II. Maximálny rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti sa od 1.4.2014 v bode 4 „Ústavná zdravotná starostlivosť na obdobie od 1.1.2014 do 31.3.2014“ dátum „31.3.2014“ nahrádza dátumom „30.6.2014“.
5. Zmluvné strany sa dohodli, že od 1.4.2014 platia VZP, ktoré sú zverejnené na webovom sídle poisťovne www.vszip.sk pod názvom „Všeobecné zmluvné podmienky účinné od 1.4.2014“. Doteraz platné VZP týmto dňom strácajú platnosť

Čl. 3

1. Zmluvné strany sa dohodli na urovnaní v zmysle § 585 Občianskeho zákonníka, pričom predmetom dohody je urovanie všetkých práv a povinností medzi zmluvnými stranami, ktoré vznikli z ich zmluvného vzťahu uzatvoreného 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, na základe Zmluvy č. 10NSP1000211 vrátane jej dodatkov za obdobie od 1.1.2013 do 31.12.2013, známych aj neznámych alebo sporných, ktoré akokoľvek súviseli so zmluvou a uvedeným obdobím. Urovanie sa nevzťahuje na pohľadávky a záväzky za poistencov EÚ a na uplatňovanie sankcií na základe zistení uvedených v protokoloch o kontrole vzťahujúcich sa k urovnávanému obdobiu (ďalej len „dohoda“).
2. Poisťovňa z vykázaných výkonov nad dohodnutý zmluvný rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti, z vykázaných výkonov za mimoriadne finančne náročnú zdravotnú

starostlivosť na základe zmluvy uvedenej v Čl. 2 a z faktúr poskytovateľa , ktoré boli doručené poisťovni a neboli uhradené ku dňu podpisu tejto dohody, uznáva výkony za obdobie od 1.1.2013 do 31.12.2013, v sume **4 471,50 €** v členení:

a) doúčtovanie výkonov zdravotnej starostlivosti	spolu	4 471,50 €
b) spracovaná a neuhradená MFNZS	spolu	0,00 €
c) spracované a neuhradené riadne faktúry	spolu	0,00 €
d) spracované a nezapočítané faktúry z dodatočnej revíznej kontroly - „I“ faktúry	spolu	0,00 €

Uznané výkony sú pohľadávkou poskytovateľa, ktorá mu bude uhradená podľa bodu 3 tohto článku. Príslušenstvo k pohľadávkam je súčasťou urovnania.

3. Poisťovňa uznanú pohľadávku poskytovateľa špecifikovanú v bode 2 tohto článku uhradí do 30 dní od podpisu dohody.
4. Poskytovateľ prehlasuje, že:
 - a) ku dňu podpisu dohody pohľadávky uvedené v bode 1 a 2 tohto článku vlastní a nepostúpil ich tretím osobám,
 - b) po podpísaní tejto dohody nebude uplatňovať žiadny ďalší nárok na úhradu výkonov uvedených v bode 1 a 2 tohto článku.
5. Poskytovateľ sa zaväzuje, že
 - a) si neuplatní príslušenstvo z pohľadávok, ktoré sú predmetom urovnania podľa bodu 1 a 2 tohto článku, voči poisťovni,
 - b) nepostúpi pohľadávky ani príslušenstvo k nim žiadnej ďalšej tretej strane, nakoľko všetky známe aj neznáme alebo sporné pohľadávky, ktoré akokoľvek súviseli so zmluvou a obdobím uvedeným v bode 1 a sú súčasťou urovnania podľa bodu 1 a 2 tohto článku.
6. V prípade, že sa preukáže, že vyhlásenie poskytovateľa uvedené v bode 4 písm. a) tohto článku je nepravdivé, alebo poskytovateľ poruší záväzok uvedený v bode 5 písm. b) tohto článku, má poisťovňa nárok na zmluvnú pokutu vo výške postúpenej pohľadávky. Nárok na náhradu škody uplatnením zmluvnej pokuty nie je dotknutý.
7. Účastníci dohody prehlasujú, že urovanie podľa tejto dohody považujú za konečné. Splnením záväzku poisťovne podľa bodu 3 tohto článku sa budú všetky pohľadávky poskytovateľa a poisťovne, vrátane ich príslušenstva, voči poisťovni a poskytovateľovi, známe aj neznáme alebo sporné, ktoré akokoľvek súviseli so zmluvou a obdobím uvedeným v bode 1 tohto článku, považovať za urované.

Čl. 4

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 Trenčíne dňa 28.3.2014

Za poskytovateľa:

Za poisťovňu:

.....
Ing. Juraj Beďatš, riaditeľ NsP
MUDr. Miroslav Staník, podpredseda SR NsP

.....
MUDr. Sylvia Pastvová
riaditeľka krajskej pobočky