

**Dodatok č. 52****k Zmluve č. 11NSP1000119****Čl. 1  
Zmluvné strany****1.1. Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.**

sídlo: Panónska cesta 2, 851 04 Bratislava – mestská časť Petržalka  
 zastúpená: Ing. Richard Strapko, predseda predstavenstva  
 MUDr. Beata Havelková, MPH, MBA, podpredsedníčka predstavenstva  
 IČO: 35937874  
 IČ DPH: SK2022027040  
 Banka: Štátna pokladnica  
 číslo účtu: SK76 8180 0000 0070 0018 2387  
 zápis: Obchodný register Okresného súdu Bratislava I, odd.: Sa, vložka č. 3602/B

osoba oprávnená konať vo veci zmluvy: Ing. Mgr. Mária Hlbocká, PhD., MPH  
 regionálna riaditeľka oddelenia nákupu ZS Trnava  
 adresa: Halenárska 22, P.O.BOX 5, 917 02 Trnava 2  
 (ďalej len „poisťovňa“)

a

**1.2. VITALITA n.o. LEHNICE**

sídlo: 930 37 Lehnice 113  
 zastúpená: Ing. Július Slovák, MBA, riaditeľ  
 IČO: 36084328  
 banka: Slovenská sporiteľňa, a.s.  
 číslo účtu: SK42 0900 0000 0001 9193 1886  
 zápis: registrovaná Okresným úradom Trnava č. WS/NO-24/2004 zo dňa 1.7.2014  
 identifikátor poskytovateľa: P20419  
 (ďalej len „poskytovateľ“)

**uzatvárajú**

tento dodatok (ďalej len „dodatok“)  
 k Zmluve č. 11NSP1000119 (ďalej len „zmluva“).

**Čl. 2  
Predmet dodatku**

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

2.1. V Prílohe č. 1, sa v časti A. Ústavná zdravotná starostlivosť, sa bod I. Podmienky akceptácie a úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti nahrádza nasledovným znením:

**„I. Podmienky akceptácie a úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti.**

1. *V prípade, ak dĺžka pobytu poistenca v zdravotníckom zariadení presiahne 60 dní, je potrebný súhlas revízneho lekára poisťovne. Žiadosť o predĺženie pobytu zasiela poskytovateľ na tlačive Návrh na rehabilitačnú liečbu.*

2. **Indikačná skupina č. 1:**

- stav po akútnej cievnej mozgovej príhode viac ako 12 mesiacov konzervatívne liečenej, s pohybovým deficitom, s perspektívou zlepšenia funkčného deficitu,
- stav po trombolytickej liečbe pre ischemickú akútnu cievnu mozgovú príhodu viac ako 12 mesiacov, s perspektívou zlepšovania funkčného deficitu;
- stav po polytraumatizme viac ako 12 mesiacov s ťažkým pohybovým deficitom, s perspektívou zlepšovania funkčného deficitu;
- po amputácii končatín u polymorbídnych pacientov na nácvik sebestačnosti na mechanickom invalidnom vozíku;
- po neuropatiách s perspektívou zlepšovania zdravotného stavu (paraparézy, plégie), polyradikuloneuritídy Guillain – Baré sy, (tetraparézy, plégie).

**Indikačná skupina č. 2:**

- stav po akútnej cievnej mozgovej príhode najskôr po 4 týždňov do 12 mesiacov od príhody, konzervatívne liečenej, s pohybovým deficitom, s perspektívou zlepšenia funkčného deficitu,
  - stav po trombolytickej liečbe pre ischemickú akútnu cievnu mozgovú príhodu najskôr po 4 týždňov do 12 mesiacov od príhody, s perspektívou zlepšovania funkčného deficitu;
  - stav po polytraumatizme do 12 mesiacov s ťažkým pohybovým deficitom, s perspektívou zlepšovania funkčného deficitu,
3. V cene ošetrovacieho dňa je zahrnutá komplexná zdravotná starostlivosť vrátane liekov, zdravotníckych pomôcok a diétnik.
4. Poistovňa a poskytovateľ sa dohodli na kontraindikáciách prijatia pacienta na oddelenie FBLR nasledovne:
- opakované NCMP ťažkého stupňa s rizikom ďalších recidív;
  - ťažký organický psychosyndróm s ťažkou globálnou afáziou, agresivita, nespôlupráca, krátka výdrž aktívnej spolupráce;
  - akútne psychózy a duševné poruchy s asociálnymi prejavmi a zníženou možnosťou komunikácie, M. Alzheimer v pokročilejšom štádiu ochorenia;
  - bezvedomie;
  - vigilná kóma;
  - tracheostómia s kanylou;
  - ťažký imobilizačný syndróm skontraktúrami alebo paraartikulárnymi osifikáciami;
  - dekubity, nezhojený amputačný kýpeľ;
  - závažná polymorbidita alebo závažné interné ochorenia, ktoré znemožňujú, výrazne obmedzujú alebo sťažujú aktívnu intenzívnu rehabilitáciu, t.j. kardiopulmonálna dekompenzácia, nestabilná angina pectoris, nedostatočne liečená alebo malígna hypertenzia, dekompenzovaný diabetes mellitus, renálna insuficiencia ťažkého stupňa, akútna tromboembolická choroba, závažné a recidivujúce krvácajúce prejavy akútne infekčné ochorenia; zhubné nádory počas ich liečby, tiež s klinicky zistenými znakmi pokračovania choroby;
  - syndróm závislosti na alkohole.
5. 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.
6. Poistovňa uhradí za hospitalizáciu dlhšiu ako 24 hodín cenu za ukončenú hospitalizáciu alebo cenu za ošetrovaní deň, to neplatí v prípade výkonov hradených osobitným spôsobom. Cena za ukončenú hospitalizáciu sa uhrádza za oddelenie, na ktorom bola poistencovi poskytovaná zdravotná starostlivosť dlhšie ako 24 hodín.
7. Cena za ukončenú hospitalizáciu a cena za ošetrovací deň zahŕňa všetky náklady a úhradu za komplexnú poskytnutú starostlivosť, pokiaľ ďalej nie je uvedené inak.
8. Ak bol poistenec prijatý na lôžkové oddelenie na poskytovanie UZS, hospitalizácia však nebola dlhšia ako 24 hodín, je poskytovateľ oprávnený vykázať poisťovni všetky výkony, ktoré boli poskytnuté poistencovi formou ambulantných výkonov.
9. 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 vykázať poisťovni hospitalizáciu a pripočítateľné položky, ktoré boli poskytnuté poistencovi počas poskytovania ústavnej zdravotnej starostlivosti v dávke ústavnej starostlivosti vo výške 50% ceny za ukončenú hospitalizáciu.
10. Ak bol poistenec prijatý na lôžkové oddelenie na poskytovanie UZS, hospitalizácia však nebola dlhšia ako 1 hodinu v dôsledku úmrtia poistenca, je poskytovateľ oprávnený vykázať výkony poskytnuté počas resuscitácie spolu s pripočítateľnými položkami, ktoré sú vykazované v dávkach ambulantnej starostlivosti.
11. Hospitalizácie na oddelení anestéziológie 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 poistenca po anestézii. Pri posudzovaní odôvodnenosti hospitalizácie poistenca bude poisťovňa ako pomocné kritérium uplatňovať TISS skórovací systém (Therapeutic Intervention Scoring Systém). Hospitalizácia na oddelení pediatrickej intenzívnej starostlivosti bude považovaná za odôvodnenú, ak zdravotný stav poistenca vyžadoval nepretržitú intenzívnu starostlivosť stredného alebo vyššieho stupňa pri hroziacej 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 laboratórne 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 poisťovňa ako pomocné kritérium uplatňovať TISS skórovací systém (Therapeutic Intervention Scoring Systém).
12. Ak je poistenec hospitalizovaný za účelom plánovaného poskytnutia operačného výkonu a tento nie je z akýchkoľvek dôvodov vykonaný, poisťovňa neuhradí cenu ukončenej hospitalizácie. Poskytovateľ je oprávnený vykázať v dávke ambulantnej starostlivosti rovnakej odbornosti poskytnutie výkonu s kódom 60a.
  13. 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.
  14. Hospitalizácia na oddeleniach cievnej chirurgie bude poisťovňou 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 žily, by-passové operácie na periférnych vetvách artériového cievneho riečiska, tromboektómie a embolektómie.
  15. 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.
  16. 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.
  17. Vysokošpecializované ústavy môžu prijímať poistencov len s ochoreniami, na ktoré je ústav špecializovaný.
  18. 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.
  19. 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.
  20. 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 poistenec hospitalizovaný.
  21. 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.
  22. 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.
  23. Poisťovňa počas hospitalizácie poistenca neuhradí osobitne SVLZ výkony rovnakej odbornosti ako je odbornosť oddelenia, na ktorom je poistenec hospitalizovaný (napr. radiačná onkológia, fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia, výkony funkčnej diagnostiky príslúchajúce odbornosti lôžkového oddelenia).
  24. 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.
  25. Poskytovateľ pri vykonávaní výkonov plánovanej zdravotnej starostlivosti dodržiava poradie poistencov v zozname, ktorý je oznamovaný poskytovateľovi poisťovňou.
  26. Ak poskytovateľ pri vykonávaní výkonov plánovanej zdravotnej starostlivosti poskytol výkon poistencovi nezariadenému 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“).
  27. 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.
  28. Pokiaľ poskytovateľ použije pri poskytovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti ŠZM uvedený v Zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov (ďalej len „Zoznam kategorizovaných ŠZM“) alebo nekategorizovaný ŠZM, poisťovňa uhradí poskytovateľovi cenu vo výške skutočných nadobúdacích

- nákladov ŠZM, maximálne však vo výške úhrady kategorizovaného a nekategorizovaného ŠZM so stanovenou maximálnou tzv. pripočítateľnou položkou (ďalej len „pripočítateľná položka“) osobitne uhrádzanou v ústavnej starostlivosti, ktorý je zverejnený na webovej stránke poisťovne, v súlade s indikačnými kritériami. Pokiaľ maximálna cena ŠZM nie je uvedená v zmluve, uhradí poisťovňa maximálne cenu uvedenú v Zozname kategorizovaných ŠZM. Rozdiel medzi cenou, za ktorú poskytovateľ ŠZM obstaral a cenou, ktorú poisťovňa uhradila, je v cene výkonu alebo v cene ukončenej hospitalizácie.
29. Poskytovateľ vykazuje kategorizovaný ŠZM s kódom uvedeným v Zozname kategorizovaných ŠZM pod názvom „kód MZ SR“ a nekategorizovaný ŠZM s kódom uvedeným v zmluve. Ak je v zmluve uvedená skratka R alebo RR alebo v Zozname kategorizovaného 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.“
  30. Pripustky 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 pripustke, sú zdravotníckemu zariadeniu uhrádzané v dĺžke najviac 3 dni vo výške 30% ceny ošetrovacieho dňa, pričom celkový stanovený zmluvný rozsah výkonov sa musí dodržať.
  31. 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,
    - a) zoznam liekov a zdravotníckych pomôcok, ktoré poskytovateľ odporúča predpisovať poistencovi po ukončení hospitalizácie,
    - b) mená a kódy lekárov - špecialistov, ktorí odporúčali predpísanie liekov za podmienky dodržania preskripčných a indikačných obmedzení,
    - c) medicínske zdôvodnenie prekladu na iné oddelenie, resp. do iného zdravotníckeho zariadenia.
    - d) dátum a čas začiatku a ukončenia hospitalizácie
  32. 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, zariadenia poistencov do klinického výskumu.
  33. 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 pobočke (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
  34. Postup pri schvaľovaní a uhrádzaní mimoriadne finančne náročnej zdravotnej starostlivosti (ďalej aj len „MFNZS“) – finančne nákladných liekov v ÚZZ:
    - a. Poisťovňa považuje za MFNZS podanie lieku ako jedinej terapeutickkej alternatívy, ktorá bola použitá v súlade so súhrom charakteristických vlastností lieku (SPC) a súčasne s indikačnými a preskripčnými obmedzeniami podľa aktuálneho Zoznamu kategorizovaných liekov. Poskytovateľ môže požiadať o úhradu MFNZS, 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 zasiela žiadosť o úhradu MFNZS 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 ÚZZ. Neoddeliteľnou súčasťou žiadosti sú:
      - prepúšťacia lekárska správa,
      - medicínske zdôvodnenie MFNZS, t.j. 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 v znení neskorších predpisov,
      - kópia dokladu o nadobudnutí lieku (faktúra od dodávateľa),
      - kópie žiadaniek z ústavnej lekárne s vyznačením mena a rodného čísla poistenca.
  35. Výkony MFNZS sú hradené ako pripočítateľná položka k cene za ukončenú hospitalizáciu ak nie je v Zmluve uvedená inak.“

**Čl. 3**  
**Závěrečné ustanovenia**

- 3.1. Tento dodatok, ktorý tvorí súčasť zmluvy, nadobúda platnosť dňom podpisu zmluvnými stranami a účinnosť dňom **1.9.2022** po jeho predchádzajúcom zverejnení v zmysle § 47a zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov..
- 3.2. Súhlas s obsahom dodatku vyjadria zástupcovia zmluvných strán svojím podpisom na dodatku.
- 3.3. Tento dodatok je vyhotovený v dvoch rovnopisoch, z ktorých každý sa považuje za originál. Každá zmluvná strana obdrží jeden rovnopis dodatku.

V Trnave dňa 10.8.2022


Za poskytovateľa:

TALITA n.o. LEHNICE  
930 37 Lehnice 113  
IČO: 36 084 328 DIČ: 2021764228  
-3-

.....  
Ing. Július Slovák, MBA,  
riaditeľ

VITALITA n.o. LEHNICE

Za poisťovňu:

  
Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.  
krajská pobočka Trnava  
Halenárska 22, 917 02 Trnava 2  
IČO: 35 937 874 DIČ: 2022077140

.....  
Ing. Mgr. Mária Hlbocká, PhD., MPH  
regionálna riaditeľka oddelenia nákupu  
ZS Trnava  
Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.