

2017 | 17/6-8

**Dodatok č. 7  
k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti  
č. 2002NSP1000214**

**Union zdravotná poisťovňa, a. s.**

zastúpená: Ing. Elena Májeková, riaditeľka sekcie zdravotného poistenia  
so sídlom: Bajkalská 29/A, 821 08 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, právna forma: akciová spoločnosť  
kód Union zdravotnej poisťovne, a. s.: 27  
(ďalej len „zdravotná poisťovňa“)

a

**VITALITA n. o. LEHNICE**

zastúpený: Ing. Július Slovák, riaditeľ  
so sídlom: Lehnice 113, 930 37 Lehnice  
IČO: 36084328  
identifikátor poskytovateľa (prvých šesť znakov kódu poskytovateľa): P20419  
(ďalej len "poskytovateľ")  
(spoločne aj ako „zmluvné strany“)

Zmluvné strany uzatvárajú tento dodatok č. 7 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti č. 2002NSP1000214 (ďalej len „zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti“):

**Článok 1  
Predmet dodatku**

Na základe článku IX bodu 9.5. zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa zmluvné strany dohodli na tejto zmene znenia zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti:

1. V texte bodu 9.3. článku IX zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa slová „30.9.2017“ nahrádzajú slovami „31.3.2018“.
2. Príloha č. 2b Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú ústavnú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah sa s účinnosťou od 1.4.2017 nahrádza novým znením, ktoré tvorí prílohu tohto dodatku.
3. Znenie ostatných ustanovení zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti ostáva týmto dodatkom nezmenené.

**Článok 2  
Spoločné a záverečné ustanovenia**

1. Tento dodatok je neoddeliteľnou súčasťou zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Tento dodatok je vyhotovený vo 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 svojím podpisom na poslednej strane tohto dodatku.
3. Tento dodatok nadobúda platnosť dňom podpisu oboma zmluvnými stranami a účinnosť dňom nasledujúcim po dni jeho uzavretia na webovom sídle zdravotnej poisťovne, ak nie je v tomto dodatku dojednané inak.

**Príloha č. 2b**  
**k Zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**

**Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú ústavnú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah**

**I. Ústavná zdravotná starostlivosť**

1. Zdravotná starostlivosť poskytnutá poistencovi v ústavnej zdravotnej starostlivosti, poskytovateľom správne vykázaná a zdravotnou poisťovňou uznaná sa, s výnimkou osobitne hrađených výkonov uvedených ďalej v tejto prílohe, uhrádza nasledovne:

**cenou za ukončenú hospitalizáciu**

kód -	odbornosť	výška úhrady v €	Podmienky úhrady za hospitalizáciu poistenca
205	dlhodobo chorých	1.025	hospitalizácia trvá minimálne 21 dní

2. Za ukončenú hospitalizáciu sa považuje pobyt poistenca na lôžku u poskytovateľa v trvaní dlhšom ako 24 hodín.
3. Za ukončenú hospitalizáciu sa považuje aj pobyt poistenca na lôžku oddelenia:
- a) anesteziológie a intenzívnej medicíny v trvaní kratšom ako 24 hodín (ak ďalej nie je uvedené inak)
  - b) gynekológie a pôrodnictva v trvaní kratšom ako 24 hodín, ak rodička svojvoľne opustila v deň pôrodu zdravotnícke zariadenie
  - c) ktorékoľvek odbornosti ak hospitalizácia nebola dlhšia ako 24 hodín v dôsledku úmrtia poistenca.
- Všetky takéto prípady poskytovateľ vykazuje samostatnou dávkou a fakturuje samostatnou faktúrou za obdobie ukončenej hospitalizácie mesačne a zdravotná poisťovňa ho poskytovateľovi uhradí vo výške 50 % z ceny za ukončenú hospitalizáciu na príslušnom období.
- Pobyt poistenca zdravotnej poisťovne na lôžku v trvaní kratšom ako 24 hodín, ktorý nespĺňa podmienky uvedené v b) smereňom a až o tomto období poskytovateľ zdravotnej poisťovni vykazuje a účtuje ako výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti.
4. Cena za ukončenú hospitalizáciu zahŕňa všetky náklady ktoré súvisia s poskytnutím zdravotnej starostlivosti poistencovi, vrátane pobytu sprievodcu poistenca, okrem nákladov na:
- a) špeciálne zdravotnícke materiály, používané v rámci ústavnej zdravotnej starostlivosti v rozsahu uvedenom v príslušnej časti tejto prílohy
  - b) výkony finančne náročnej zdravotnej starostlivosti uvedené ďalej v tejto prílohe
  - c) transfúzne lieky, tkanivá a bunky poskytované pri transplantáciách, materské mlieko a iné zdravotné výkony, lieky a zdravotnícke pomôcky, pokiaľ to vyplýva z rozhodnutia Ministerstva zdravotníctva SR o regulácii cien výrobkov, služieb a výkonov v oblasti zdravotníctva.
5. Poskytovateľ môže zdravotnej poisťovni samostatnou faktúrou vykázať mimoriadne finančne náročnú zdravotnú starostlivosť, ak liečba predstavuje jedinou terapeutickú alternatívu a náklady poskytovateľa na lieky a zdravotnícke pomôcky, ktoré sú zahrnuté do úhrady hospitalizácie, presiahnu dvojnásobok súčtu ceny ukončenej hospitalizácie a príplatku k ukončenej hospitalizácii (ak má poskytovateľ na tento príplatok nárok). Poskytovateľ po ukončení hospitalizácie predloží zdravotnej poisťovni na schválenie individuálnu kalkuláciu ekonomicky oprávnených a preukazateľných nákladov na lieky a zdravotnícke pomôcky spoločne s kópiami ich nadobúdacích dokladov. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi mimoriadne finančne náročnú zdravotnú starostlivosť vo výške schválenej revíznym lekárom zdravotnej poisťovne ako prípočítateľnú položku k ukončenej hospitalizácii.
6. Zdravotná poisťovňa pri preklade jej poistenca z jedného oddelenia na druhé oddelenie poskytovateľa uhradí zmluvne dohodnutú cenu za ukončenú hospitalizáciu na každom oddelení len v medicínsky odôvodnených prípadoch: pri preklade sa deň ukončenia hospitalizácie na jednom oddelení rovná dňu začiatku hospitalizácie poistenca na ďalšom oddelení poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. V prípade, že je poistenec počas jedného pobytu u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti viackrát hospitalizovaný na oddelení v tom istom špecializačnom odbore, zdravotná poisťovňa uhradí zmluvne dohodnutú cenu za ukončenú hospitalizáciu na oddelení v príslušnom špecializačnom odbore len raz.
7. Poskytovateľ môže odoslať poistenca na poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti k inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti len v prípade, ak materiálno-technické alebo personálne vybavenie poskytovateľa neumožňuje poskytnúť poistencovi potrebnú zdravotnú starostlivosť. Odoslanie poistenca na poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti u iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti podrobne odôvodní v zdravotnej dokumentácii a v lekárskej prepúšťacej správe, ktorá je podpísaná vedúcim lekárom oddelenia, na ktorom bol poistenec hospitalizovaný.
8. Poskytovateľ je oprávnený odmietnuť poistencovi zdravotnej poisťovne poskytnutie ústavnej zdravotnej starostlivosti iba v prípade, ak zdravotný stav poistenca nevyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín.
9. Úhrada za výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti poskytnuté počas hospitalizácie je zahrnutá v úhrade za hospitalizáciu. V úhrade za hospitalizáciu je zahrnutá aj úhrada za výkony spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek v tom istom špecializačnom odbore, ako je špecializačný odbor oddelenia, na ktorom je poistenec hospitalizovaný a výkony funkčnej diagnostiky príslušajúce odbornosti lôžkového oddelenia.
10. Ak je poistenec hospitalizovaný za účelom plánovaného poskytnutia operačného výkonu a tento nie je z akýchkoľvek dôvodov vykonaný, zdravotná poisťovňa neuhradí cenu ukončenej hospitalizácie. Poskytovateľ je oprávnený vykázať v dávke ambulantnej starostlivosti rovnakej odbornosti poskytnutie výkonu s kódom 60a.

11. Ak hospitalizácia poistenca na oddelení dlhodobochorých trvá kratšie ako 21 dní, takýto prípad poskytovateľ vykazuje samostatnou dávkou a fakturuje samostatnou faktúrou označenou textom „Osobitná úhrada 50“. Zdravotná poisťovňa túto poskytnutú zdravotnú starostlivosť uhradí vo výške 50 % z ceny za ukončenú hospitalizáciu na príslušnom oddelení.
12. V prípade hospitalizácie poistenca na jednotke intenzívnej starostlivosti, pokiaľ tejto zdravotnej starostlivosti predchádzala hospitalizácia na základnom oddelení poskytovateľa a/alebo po hospitalizácii na jednotke intenzívnej starostlivosti pokračuje hospitalizácia na základnom oddelení poskytovateľa, patrí poskytovateľovi úhrada za hospitalizáciu na základnom oddelení poskytovateľa uvedená v bode 1 tejto časti prílohy. Pokiaľ bol poistenec hospitalizovaný len na jednotke intenzívnej starostlivosti, patrí poskytovateľovi úhrada pre príslušnú jednotku intenzívnej starostlivosti vo výške uvedenej v bode 1 tejto časti prílohy.
13. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi hospitalizáciu na lôžku oddelenia anesteziológie a intenzívnej medicíny v prípade pobytu poistenca na lôžku supľujúceho starostlivosť jednotky intenzívnej starostlivosti vo výške 6% z ceny na oddelení anesteziológie a intenzívnej medicíny. Takéto prípady poskytovateľ vykazuje samostatnou dávkou, ku ktorej pripája zoznam poistencov, ktorým bola poskytnutá zdravotná starostlivosť vrátane ich rodných čísiel a fakturuje ich samostatnou faktúrou označenou textom „Osobitná úhrada OAIM“.
14. Zdravotná poisťovňa nehradí poskytovateľovi pobyt na lôžku oddelenia anesteziológie a intenzívnej medicíny v prípade prijatia kontinuálne kardiopulmonálne a cerebrálne resuscitovaného poistenca, ktorý do hodiny od momentu prijatia zomrie; poskytovateľ v takomto prípade vykáže výkony poskytnuté počas resuscitácie spolu s pripočítateľnými položkami v dávkach ambulantnej starostlivosti.

## II. Finančný rozsah

Zmluvné strany sa dohodli na finančnom objeme pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti uvedenej v časti I prílohy č. 2b vrátane zdravotnej starostlivosti dohodnutej podľa § 8 ods. 3 Vyhlášky MZ SR č. 412/2009 Z.z. v platnom znení, a to:

- a) vo výške **16.710,- €** na obdobie kalendárneho polroka od 1.1.2017 do 30.6.2017
- b) vo výške **16.920,- €** na obdobie jednotlivých kalendárnych polrokov plynúcich od 1.7.2017 po dobu účinnosti zmluvy, č. 2b zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa bodu 9.3. zmluvy.

## III. Príplatky

1. Zmluvné strany sa za podmienok uvedených v tejto časti prílohy a za ďalších príslušných zmluvných podmienok dohodli na dočasnom zvýšení úhrady za zdravotnú starostlivosť uznanú zdravotnou poisťovňou a vykázanú poskytovateľom v súlade so zmluvou o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.
2. Zdravotná poisťovňa zvýši úhradu za vybranú zdravotnú starostlivosť poskytnutú v období **od 01.04.2017 do 31.10.2017** formou jedného príplatku k cene
 

a) ukončenej hospitalizácie	vo výške	<b>75,00 €</b> (kód RZR00),
b) ošetrovacieho dňa	vo výške	<b>4,00 €</b> (kód RZR01),
c) osobitne hradeného výkonu	vo výške	<b>75,00 €</b> (kód RZR00),
d) výkonu jednodňovej zdravotnej starostlivosti	vo výške	<b>75,00 €</b> (kód RZR00);

 poskytovateľ vykazuje príplatok podľa tohto bodu na úhradu zdravotnej poisťovni pod vyššie uvedenými kódmi a v súlade s platným Metodickým usmernením o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou vydaným Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou výlučne ako pripočítateľnú položku - položka 11 vety tela príslušnej dávky ústavnej zdravotnej starostlivosti alebo položka 13 vety tela dávky ambulantnej zdravotnej starostlivosti, spoločne s hospitalizáciou, ošetrovacím dňom, osobitne hradeným výkonom alebo výkonom jednodňovej zdravotnej starostlivosti, k cene ktorého sa príplatok vykazuje; príplatok nie je možné samostatne vykázat' na úhradu zdravotnej poisťovni a to ani v rámci doúčtovania zdravotnej starostlivosti; poskytovanie príplatkov sa nevzťahuje na stacionár.

## IV. Osobitné ustanovenia o príplatkoch

1. Zmluvné strany berú na vedomie, že
  - a) sa dohodli na dočasnom navýšení úhrad za zdravotnú starostlivosť za obdobie od 01.04.2017 do 31.10.2017 formou príplatkov podľa časti III. prílohy č. 2b ku zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „príplatková časť prílohy č. 2b“) za účelom krytia minimálnych mzdových nárokov zdravotníckych pracovníkov v zmysle všeobecne záväzných právnych predpisov bez toho, aby za týmto účelom boli na rok 2017 zo štátneho rozpočtu Slovenskej republiky vyčlenené finančné prostriedky do verejného zdravotného poistenia vo forme zvýšenia sadzby poistného na verejné zdravotné poistenie pre štát (ďalej len „sadzba“) v potrebnom rozsahu,
  - b) zdravotná poisťovňa je podľa § 15 ods. 1 písm. e) zákona č. 581/2004 Z. z. povinná pri uzatváraní zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti účelne, efektívne a hospodárne vynakladať finančné prostriedky z verejného zdravotného poistenia,
  - c) zdravotná poisťovňa môže poskytovateľovi natrvalo ponechať všetky finančné prostriedky vyplatené vo forme príplatkov len za podmienky, že v potrebnom rozsahu dôjde k zvýšeniu sadzby za účelom krytia minimálnych mzdových nárokov zdravotníckych pracovníkov v zmysle všeobecne záväzných právnych predpisov, inak poskytovateľovi spätne od 01.04.2017 zanikne právo na časť finančných prostriedkov vyplatených vo forme príplatkov.

Vychádzajúc najmä (nie však výlučne) z okolností uvedených v tomto bode sa zmluvné strany dohodli, že za podmienok uvedených v tejto časti prílohy a za ďalších príslušných podmienok, poskytovateľ vráti zdravotnej poisťovni časť finančných prostriedkov poskytnutých poskytovateľovi vo forme príplatkov.

2. Ak najneskôr do 31.10.2017 nenadobudne účinnosť zákon, ktorým sa sadzba upraví tak, že sadzba bude najmenej v priemere 4,01 % mesačne za celý kalendárny rok 2017, zdravotná poisťovňa má právo na vrátenie najviac 20 % z každého alebo len z niektorého/niektorých príplatkov uhradených poskytovateľovi za obdobie od 01.04.2017 do 31.10.2017 podľa príplatkovej časti prílohy č. 2b v znení účinnom od 01.04.2017; právo zdravotnej poisťovne uvedené v tomto bode, t.j. právo zdravotnej poisťovne na vrátenie určenej percentuálnej časti príplatkov alebo len z niektorého/niektorých príplatkov vznikne aj v prípade, že sa upraví sadzba tak, ako je uvedené v tomto bode, avšak zdravotná poisťovňa bude zaviazaná zdroje získané upravením sadzby alebo ich časť použiť na úhradu inej zdravotnej starostlivosti ako je zdravotná starostlivosť poskytovaná poskytovateľmi ústavnej zdravotnej starostlivosti, a/alebo zdroje, ktoré zdravotná poisťovňa získa takýmto upravením sadzby po zohľadnení mesačného a ročného prerozdelenia poisťného a po splnení povinností vyplývajúcich z § 8a, § 8b a § 30 zákona č. 581/2004 Z. z. nebudú postačovať na pokrytie nákladov zdravotnej poisťovne na úhradu príplatkov a iné navýšenia úhrad pre poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté za obdobie od 01.01.2017.
3. Právo zdravotnej poisťovne na vrátenie určenej percentuálnej časti príplatkov alebo len z niektorého/niektorých príplatkov, ktoré vzniknú na základe tejto časti prílohy predstavujú dve ucelené pohľadávky zdravotnej poisťovne voči poskytovateľovi (ďalej len „pohľadávka na vrátenie príplatkov“ alebo „pohľadávky na vrátenie príplatkov“) nasledovne:
  - a) pohľadávka na vrátenie príplatkov uhradených poskytovateľovi za obdobie od 01.04.2017 do 31.07.2017 so splatnosťou dňa 02.11.2017;
  - b) pohľadávka na vrátenie príplatkov uhradených poskytovateľovi za obdobie od 01.08.2017 do 31.10.2017 so splatnosťou dňa 02.12.2017;prípom presnú výšku pohľadávok na vrátenie príplatkov zdravotná poisťovňa písomne oznámi a doručí poskytovateľovi formou dokladu – „Oznámenie o výške pohľadávok na vrátenie príplatkov“, ktoré bude spíňať náležitosť účtovného a daňového dokladu.
4. Zmluvné strany sa dohodli, že zdravotná poisťovňa je oprávnená uspokojiť svoje pohľadávky na vrátenie príplatkov predovšetkým aj jednostranným započítaním proti splatným pohľadávkam poskytovateľa voči zdravotnej poisťovni na úhradu zdravotnej starostlivosti nasledovne:
  - a) pohľadávku na vrátenie príplatkov uhradených poskytovateľovi za obdobie od 01.04.2017 do 31.07.2017 voči pohľadávke poskytovateľa za obdobie novembra 2017;
  - b) pohľadávku na vrátenie príplatkov uhradených poskytovateľovi za obdobie od 01.08.2017 do 31.10.2017 voči pohľadávke poskytovateľa za obdobie decembra 2017;týmto bodom nie je dotknuté právo zdravotnej poisťovne domáhať sa a/alebo požadovať zaplatenie pohľadávky na vrátenie príplatkov aj iným spôsobom, ako je uvedený v tomto bode a ktorý nie je zakázaný zákonom.
5. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností sa zmluvné strany dohodli, že v prípade zvýšenia sadzby (v porovnaní so sadzbou účinnou k 01.01.2017) sa príplatky poskytnuté poskytovateľovi za obdobie od 01.01.2017 do dňa nadobudnutia účinnosti zákona, ktorým sa zvýši sadzba, považujú za financované zo zdrojov, ktoré zdravotná poisťovňa získa zvýšením sadzby.