



P20419 36084328 2002NSP1000214 30 0224

**Dodatok č. 30  
k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti  
č. 2002NSP1000214**

**Union zdravotná poisťovňa, a. s.**

zastúpená: Ing. Jozef Koma, PhD., riaditeľ sekcie poistenia  
so sídlom: Karadžičova 10, 814 53 Bratislava  
IČO: 36 284 831  
označenie registra: Mestský súd Bratislava III, 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, 93037 Lehnice  
IČO: 36084328  
identifikátor poskytovateľa (prvých šesť znakov kódu poskytovateľa): P20419  
(ďalej len "poskytovateľ")  
(spoločne aj „zmluvné strany“)

Zmluvné strany uzatvárajú tento dodatok č. 30 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti č. 2002NSP1000214 (ďalej len „zmluva“):

**Článok 1  
Predmet dodatku**

Na základe článku IX bodu 9.5. zmluvy sa zmluvné strany dohodli na tejto zmene zmluvy:

1. V texte bodu 9.3. článku IX zmluvy sa slová „30.09.2024“ nahrádzajú slovami „31.03.2025“.
2. Príloha č. 2b k zmluve sa nahrádza novým znením, ktoré tvorí prílohu tohto dodatku.
3. Ostatné ustanovenia zmluvy 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 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. Zmluvné strany vyhlasujú, že ich spoločným úmyslom a záujmom bolo uzavrieť tento dodatok s účinnosťou od 01.02.2024, preto sa zmluvné strany dohodli na úhrade zdravotnej starostlivosti podľa článku 1 tohto dodatku aj za obdobie od 01.02.2024 do dňa nadobudnutia účinnosti tohto dodatku.

4. Tento dodatok nadobúda platnosť a účinnosť dňom podpisu oboma zmluvnými stranami.

V Bratislave dňa 29.02.2024

Union zdravotná poisťovňa, a.s

VITALITA n.o. LEHNICE

.....  
Ing. Jozef Koma, PhD.  
riaditeľ sekcie poistenia  
na základe poverenia

**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 uhrádza nasledovne:

**cenou za ukončenú hospitalizáciu**

kód -	odbornosť	výška úhrady v €	Podmienky úhrady za hospitalizáciu poistenca
205	dĺhodobo chorých	2158,-	hospitalizácia trvá minimálne 21 dní

**cenou ošetrovacieho dňa**

kód -	odbornosť	výška úhrady v €	Podmienky úhrady za hospitalizáciu poistenca
027	Fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	141,50	<p>Podmienkou úhrady je predchádzajúci písomný súhlas revízneho lekára poisťovne s poskytnutím zdravotnej starostlivosti poistencovi na základe písomnej žiadosti poskytovateľa.</p> <p>Revízny lekár poisťovne udeľí súhlas s poskytnutím zdravotnej starostlivosti len tým poistencom, ktorí spĺňajú niektorú (najmenej jednu) z nasledovných zdravotných indikácií na hospitalizáciu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>stavy <b>po operácii na pohybovom aparáte</b> s výrazným obmedzením hybnosti ale s tendenciou k zlepšovaniu (najmä stavy po TEP s komplikáciami, stavy po operácii hernie disku s paretickými prejavmi na končatinách a periférne obrny); dĺžka hospitalizácie maximálne 35 dní; frekvencia jedenkrát do roka po operácii;</li> <li>a) <b>po akútnej cievnej mozgovej príhode</b> konzervatívne liečenej (aj po prípadnej mechanickej trombektómii), s reziduálnym neurologickým deficitom, s perspektívou zlepšovania neurologického deficitu najneskôr do 6 mesiacov od príhody a toleranciou záťaže kardiovaskulárneho systému v zmysle aktívnej rehabilitačnej liečby;</li> <li>b) osobitý písomný súhlas revízneho lekára poisťovne sa vyžaduje aj na žiadosť poskytovateľa o predĺženie pobytu, ak predpokladaná dĺžka pobytu poistenca v zdravotníckom zariadení presiahne: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 21 dní u poistenca s ľahkým reziduálnym neurologickým deficitom</li> <li>• 63 dní u poistenca so závažným reziduálnym neurologickým deficitom</li> </ul> </li> </ol> <p>Neurorehabilitáciu poskytujú fyzioterapeuti pod vedením lekára FBLR, logopéd, psychológ; denne sa poskytuje minimálne 6 rôznych druhov terapií vrátane intervencie psychológa a logopéda.</p>
193	ústavná ošetrovateľská starostlivosť	82	Nie je zahrnuté do finančného objemu.

2. Na účely tejto prílohy sa za ukončenú hospitalizáciu 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:
- anestéziológie a intenzívnej medicíny v trvaní kratšom ako 24 hodín (ak ďalej nie je uvedené inak)
  - gynekológie a pôrodnictva v trvaní kratšom ako 24 hodín, ak rodička svojvoľne opustila v deň pôrodu zdravotnícke zariadenie

- c) ktorejkoľvek 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 ukončeného kalendárneho mesiaca a zdravotná poisťovňa ho poskytovateľovi uhradí vo výške 50 % z ceny za ukončenú hospitalizáciu na príslušnom oddelení.
- Pobyt poistenca zdravotnej poisťovne na lôžku v trvaní kratšom ako 24 hodín, ktorý nespĺňa podmienky uvedené v písmenách a) až c) tohto bodu 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 hospitalizovanému poistencovi poisťovne u poskytovateľa 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 alebo ak ich použitie a suma boli oprávnené preukázané.
  5. Za ošetrovací deň sa považuje pobyt poistenca na lôžku presahujúci 24 hodín, pričom deň prijatia a deň prepustenia poistenca sa počítajú ako jeden ošetrovací deň, okrem prípadu, keď poistenec umrie. Ako jeden ošetrovací deň sa počíta aj deň odchodu poistenca na terapeutickú priepustku a deň príchodu z terapeutickú priepustky. Obdobie nasledujúce po dni prepustenia poistenca na terapeutickú priepustku až po deň predchádzajúci nástupu poistenca na hospitalizáciu sa nezapočítava do počtu ošetrovacích dní a nie je predmetom úhrady za zdravotnú starostlivosť.
  6. V cene ošetrovacieho dňa sú zahrnuté všetky náklady, ktoré súvisia s poskytnutím zdravotnej starostlivosti hospitalizovanému poistencovi poisťovne u poskytovateľa vrátane pobytu sprievodcu poistenca a nákladov za poskytovanie zdravotnej starostlivosti spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek v špecializačnom odbore fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia.
  7. Cenou mesačného paušálu sa uhrádza hospitalizácia dlhodobu hospitalizovaného poistenca. Dlhodobu hospitalizovaný poistenec je poistenec, ktorý je súvisle hospitalizovaný u poskytovateľa v minimálnom trvaní šesť týždňov (ďalej len „dlhodobá hospitalizácia“) a počas ktorých je poistencom zdravotnej poisťovne. Do trvania dlhodobej hospitalizácie sa nezapočítava deň prijatia poistenca do dlhodobej hospitalizácie.
  8. Cena mesačného paušálu zahŕňa všetky náklady, ktoré súvisia s poskytnutím zdravotnej starostlivosti dlhodobu hospitalizovanému poistencovi u poskytovateľa. Úhrada cenou mesačného paušálu za dlhodobú hospitalizáciu poistenca sa začína za kalendárny mesiac, v ktorom uplynulo prvých šesť týždňov dlhodobej hospitalizácie poistenca, poskytovateľ teda prvý raz fakturuje zdravotnú starostlivosť poskytnutú dlhodobu hospitalizovanému poistencovi po ukončení celého kalendárneho mesiaca, v ktorom uplynulo prvých šesť týždňov dlhodobej hospitalizácie. Ďalej sa dlhodobá hospitalizácia uhrádza cenou mesačného paušálu za každý kalendárny mesiac, v ktorom dlhodobá hospitalizácia pokračovala. Poskytovateľ zdravotnú starostlivosť poskytnutú dlhodobu hospitalizovanému poistencovi zdravotnej poisťovni vykazuje samostatnou dávkou a fakturuje samostatnou faktúrou.
  9. Poskytovateľ môže zdravotnej poisťovni samostatnou faktúrou vykázat 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 (uvedenej v bode 1 časti I tejto prílohy) a príplatku k ukončenej hospitalizácii (príplatok sa berie do úvahy vo výške uvedenej v tejto časti tejto prílohy), ak má poskytovateľ na tento príplatok nárok). Poskytovateľ po ukončení hospitalizácie predloží zdravotnej poisťovni na schválenie individuálnu kalkuláciu ekonomicky oprávnených a preukázateľných nákladov na lieky a zdravotnícke pomôcky spoločne s kópiami ich nadobúdacích dokladov od dodávateľa zdravotníckych pomôcok. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi mimoriadne finančne náročnú zdravotnú starostlivosť vo výške schválenej revíznym lekárom zdravotnej poisťovne ako pripočítateľnú položku k ukončenej hospitalizácii.
  10. 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.
  11. 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.
  12. Úhrada za výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti a výkony spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek poskytnuté počas hospitalizácie je zahrnutá v úhrade za hospitalizáciu.
  13. 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 vykázat dávku ambulantnej starostlivosti rovnakej odbornosti poskytnutie výkonu s kódom 60a.
  14. Ak hospitalizácia poistenca na oddelení dlhodobu chorých 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.
  15. 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.

16. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi hospitalizáciu na lôžku oddelenia anestéziológie a intenzívnej medicíny v prípade pobytu poistenca na lôžku supľujúceho starostlivosť jednotky intenzívnej starostlivosti vo výške 6% z ceny na oddelení anestéziológie 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“.
17. Zdravotná poisťovňa nehradí poskytovateľovi pobyt na lôžku oddelenia anestéziológie 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. Úhrada špeciálnych zdravotníckych materiálov v rámci ústavnej zdravotnej starostlivosti

1. V prípade, že poskytovateľ pri poskytovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti použije špeciálny zdravotnícky materiál (ďalej aj ako „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 dieteických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej aj ako „Zoznam ŠZM“), odôvodňuje použitie ŠZM písomne v zdravotnej dokumentácii poistenca a ŠZM, ktoré:
  - a) vyžadujú súhlas zdravotnej poisťovne, poskytovateľ vykazuje samostatnou faktúrou za všetkých jej poistencov, u ktorých boli ŠZM v príslušnom zúčtovacom období použité; povinnou prílohou faktúry sú kópie nadobúdacích dokladov schválených ŠZM a kópie lekárskej prepúšťacích správ poistencov,
  - b) nevyžadujú súhlas zdravotnej poisťovne, poskytovateľ dokladuje kópiami ich nadobúdacích dokladov, ak si ich zdravotná poisťovňa vyžiada.
2. V prípade, že poskytovateľ pri poskytovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti použije ŠZM uvedený v Zozname ŠZM, zdravotná poisťovňa uhradí tento ŠZM ako pripočítateľnú položku k úhrade hospitalizácie 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 hospitalizácie, v súvislosti s ktorou bol ŠZM použitý. Týmto bodom nie je dotknutá výška doplatku poistenca na úhradu ŠZM.
3. Ak je podľa platného Zoznamu ŠZM podmienkou úhrady zdravotníckej pomôcky aj predchádzajúci súhlas zdravotnej poisťovne, zdravotná poisťovňa o udelení tohto súhlasu rozhoduje na základe predchádzajúcej písomnej žiadosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o úhradu zdravotníckej pomôcky pre konkrétneho poistenca, pokiaľ ďalej nie je uvedené inak. V prípade, že ide o použitie zdravotníckej pomôcky v súvislosti s poskytnutím neodkladnej zdravotnej starostlivosti poistencovi, poskytovateľ môže požiadať o súhlas zdravotnej poisťovne dodatočne, najneskôr však do troch pracovných dní od poskytnutia zdravotníckej pomôcky poistencovi. Súhlas zdravotnej poisťovne s úhradou zdravotníckej pomôcky je platný jeden rok od jeho udelenia.

## III. Finančný rozsah

Ak nie je dojednané inak, zmluvné strany sa dohodli na finančnom objeme pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti uvedenej v časti I. prílohy č. 2b vo výške **151 124,- €** na obdobie jednotlivých kalendárnych polrokov plynúcich od 01.01.2024 po dobu účinnosti prílohy č. 2b k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa bodu 9.3. zmluvy.