

Zmluva č. 62NFAS000121

o poskytovaní a úhrade zdravotnej starostlivosti, lekárenskej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti

(ďalej len „zmluva“)

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, podpredsedníčka predstavenstva
Ing. Ľubomír Kováčik, člen 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

(ďalej len „poisťovňa“)

1.2. Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok – fakultná nemocnica

sídlo: ul. gen. Miloša Vesela 21, 034 26 Ružomberok
zastúpená: brig. gen. MUDr. Vladimír Lengvarský, MPH, riaditeľ
IČO: 31 936 415
banka: Štátna pokladnica
číslo účtu: SK84 8180 0000 0070 0017 7393
SK78 8180 0000 0070 0037 2762 – verejná lekáreň
identifikátor poskytovateľa: P91151

(ďalej len „poskytovateľ“)

uzatvárajú túto zmluvu

v súlade s § 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 (ďalej len „zákon č. 581/2004 Z. z.“), na základe splnenia kritérií týkajúcich sa personálneho a materiálno-technického vybavenia a indikátorov kvality, v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 576/2004 Z. z.“), v súlade so zákonom č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov, v súlade so zákonom č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve v znení neskorších predpisov (ďalej len zákon č. 578/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov), v súlade so zákonom č. 579/2004 Z. z. o záchrannej zdravotnej službe v znení neskorších predpisov, v súlade so zákonom č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 580/2004 Z. z.“), v súlade so zákonom č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, v súlade so zákonom č. 513/1991 Zb. Obchodný zákonník v znení neskorších predpisov (ďalej len „Obchodný zákonník“), v súlade so zákonom č. 18/1996 Z. z. o cenách v znení neskorších predpisov, v súlade s nariadením Európskeho parlamentu a Rady č. 883/2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia a v súlade s nariadením Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 987/2009, ktorým sa stanovuje postup vykonávania nariadenia (ES) č. 883/2004 o

koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia, nariadeniami vlády, vyhláškami a ostatnými vykonávacími a súvisiacimi predpismi, ktoré sú vydávané na základe všeobecne záväzných právnych predpisov SR a ktoré sa vzťahujú na poskytovanie zdravotnej starostlivosti vždy v platnom znení, opatrením Ministerstva zdravotníctva SR č. 07045/2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v platnom znení, výnosom Ministerstva zdravotníctva SR o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v platnom znení, odbornými usmerneniami, smernicami, metodikami, koncepciami a inými obdobnými predpismi, ktoré na základe všeobecne záväzných právnych predpisov SR v medziach svojich právomocí vydáva Ministerstvo zdravotníctva SR, Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a/alebo iné ústredné orgány štátnej správy, ktoré sa obvykle zverejňujú vo vestníkoch a ktoré sa vzťahujú na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, vždy v platnom znení.

Čl. 2 Predmet zmluvy

- 2.1. Predmetom tejto zmluvy je zabezpečovanie poskytovania a úhrada zdravotnej starostlivosti, lekárenskej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti (ďalej len „zdravotná starostlivosť“), v cenách, rozsahu a za podmienok stanovených v tejto zmluve, jej prílohách a Všeobecných zmluvných podmienkach, ktoré sú zverejnené na webovom sídle poisťovne www.vszp.sk pod názvom „Všeobecné zmluvné podmienky účinné od 1.1.2021“ (ďalej aj len „VZP“) a tvoria Prílohu č. 6 tejto zmluvy. Odchylné dojednania zmluvy majú prednosť pred znením VZP.
- 2.2. Poskytovateľ poskytuje poistencom poisťovne, poistencom členských štátov Európskej únie, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska, cudzincom zo štátov, s ktorými má Slovenská republika uzatvorené dohody o poskytnutí zdravotnej starostlivosti a bezdomovcom, zdravotnú starostlivosť vo forme, druhu, špecializačnom odbore a na mieste prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia uvedených v Prílohe č. 2 tejto zmluvy.

Čl. 3 Základné práva a povinnosti zmluvných strán

- 3.1. Poisťovňa sa zaväzuje v súlade s touto zmluvou, VZP a príslušnými všeobecne záväznými právnymi predpismi SR uhradiť poskytovateľovi zdravotnú starostlivosť uhrádzanú na základe verejného zdravotného poistenia v cene a v rozsahu dohodnutom v tejto zmluve, poskytnutú jej poistencom a poistencom členských štátov Európskej únie, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska, cudzincom zo štátov, s ktorými má Slovenská republika uzatvorené dohody o poskytnutí zdravotnej starostlivosti a bezdomovcom.
- 3.2. Poskytovateľ sa zaväzuje najmä:
 - 3.2.1. poskytovať poistencom poisťovne a ostatným osobám podľa bodu 3.1. zdravotnú starostlivosť v súlade s touto zmluvou, jej prílohami a VZP;
 - 3.2.2. poskytovať poistencom poisťovne a ostatným osobám podľa bodu 3.1. zdravotnú starostlivosť aj v prípade, že tieto osoby nie sú dispenzarizované poskytovateľom;
 - 3.2.3. zabezpečiť poskytovanie zdravotnej starostlivosti definovanej v Čl. 2 zmluvy;
 - 3.2.4. splňať kritériá na uzatvorenie zmluvy počas celej doby trvania zmluvy, pokiaľ sa tieto na poskytovateľa vzťahujú; kritériá na uzatvorenie zmluvy tvoria Prílohu č. 3 tejto zmluvy; kritériá na uzatváranie zmlúv pre odbor klinická biochémia, laboratórna medicína, klinická imunológia a alergológia a lekárska genetika tvoria Prílohu č. 5 tejto zmluvy.

Čl. 4 Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti

- 4.1. Zmluvné strany sa dohodli na úhrade za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v cenách a za podmienok, ktoré sú uvedené v čl. 6 a v prílohách tejto zmluvy.

Čl. 5 Rozsah zdravotnej starostlivosti

- 5.1. Zmluvné strany sa dohodli na rozsahu zdravotnej starostlivosti poskytovanej poskytovateľom, ktorý je uvedený v Prílohe č. 2 tejto zmluvy.
- 5.2. Rozsah zdravotnej starostlivosti poskytovanej poskytovateľom sa dohoduje v členení a štruktúre uvedenej v Prílohe č. 2 tejto zmluvy.

Čl. 6 Úhrada zdravotnej starostlivosti

- 6.1. S cieľom stabilizácie vynakladania finančných prostriedkov zo zdrojov verejného zdravotného poistenia na úhradu zdravotnej starostlivosti sa zmluvné strany vo vzťahu k poskytnutej a uznanej zdravotnej starostlivosti špecifikovanej v Prílohe č. 2 tejto zmluvy, časť B. Metodika úhrady zdravotnej starostlivosti, bod I. Štruktúra úhrady zdravotnej starostlivosti, dohodli na úhrade poskytnutej a uznanej zdravotnej starostlivosti aj prostredníctvom rozpočtu hospitalizačných prípadov (ďalej len „rozpočet hospitalizačných prípadov“).
- 6.2. Zdravotná starostlivosť, ktorá nie je zahrnutá do úhrady zdravotnej starostlivosti prostredníctvom rozpočtu hospitalizačných prípadov je uhrádzaná spôsobom v zmysle Prílohy č. 1 a Prílohy č. 2 tejto zmluvy.
- 6.3. Výška rozpočtu hospitalizačných prípadov sa stanovuje na jeden kalendárny mesiac s platnosťou viazanou na obdobie účinnosti Prílohy č. 2 tejto zmluvy. Stanovenie rozpočtu hospitalizačných prípadov je viazané na Tolerančné pásma vyhodnocovania rozpočtu hospitalizačných prípadov podľa Prílohy č. 2 tejto zmluvy, časti B. Metodika úhrady zdravotnej starostlivosti, pričom poisťovňa v každom kalendárnom štvrťroku vyhodnotí plnenie rozpočtu hospitalizačných prípadov za bezprostredne predchádzajúci kalendárny štvrťrok (ďalej len „hodnotené obdobie“). Prehodnotenie sa vykoná v priebehu štvrťroka bezprostredne nasledujúcom po hodnotenom období a jeho výsledok sa aplikuje na obdobie bezprostredne nasledujúceho štvrťroka po období hodnotenia.
- 6.4. Výška rozpočtu hospitalizačných prípadov na jeden kalendárny mesiac je uvedená v Prílohe č. 2 tejto zmluvy, časť B. Metodika úhrady zdravotnej starostlivosti, bod II. Výška rozpočtu hospitalizačných prípadov.
- 6.5. V prípade, že v danom kalendárnom mesiaci poskytovateľ poskytne poistencom poisťovne riadne vykázanú a uznanú zdravotnú starostlivosť v takom rozsahu, že celková suma úhrady týkajúca sa rozpočtu hospitalizačných prípadov by bola nižšia ako je výška rozpočtu hospitalizačných prípadov na jeden kalendárny mesiac, poisťovňa uhradí poskytovateľovi výšku rozpočtu hospitalizačných prípadov na jeden kalendárny mesiac v plnom rozsahu, ak táto zmluva neustanovuje inak. Týmto nie je dotknuté právo poisťovne vykonať započítanie vzájomných peňažných pohľadávok podľa bodu 7.8.3., 7.8.5. zmluvy.
- 6.6. V prípade, že v danom kalendárnom mesiaci poskytovateľ poskytne poistencom poisťovne riadne vykázanú a uznanú zdravotnú starostlivosť v takom rozsahu, že celková suma úhrady týkajúca sa rozpočtu hospitalizačných prípadov by bola vyššia ako je výška rozpočtu hospitalizačných prípadov na jeden kalendárny mesiac, poisťovňa uhradí poskytovateľovi len výšku rozpočtu hospitalizačných prípadov na jeden kalendárny mesiac, ak táto zmluva neustanovuje inak. Týmto nie je dotknuté právo poisťovne vykonať započítanie vzájomných peňažných pohľadávok podľa bodu 7.8.3., 7.8.5. zmluvy.

- 6.7. V prípade, ak poskytovateľ počas hodnoteného obdobia poskytne poistencom poisťovne riadne vykázanú a uznanú zdravotnú starostlivosť v takom rozsahu, že jej priemerná suma prepočítaná na jeden kalendárny mesiac by bola v porovnaní s výškou rozpočtu hospitalizačných prípadov na jeden mesiac najmenej o 1 % nižšia ako je výška rozpočtu hospitalizačných prípadov na jeden kalendárny mesiac, za každé celé 1 % rozdielu sa výška úhrady rozpočtu hospitalizačných prípadov automaticky zníži o 0,1 % na obdobie štvrťroka, ktorý bezprostredne nasleduje po štvrťroku, v ktorom sa hodnotenie vykonáva. Uvedený princíp sa uplatňuje len do dosiahnutia rozdielu hodnôt vybočenia z Tolerančného pásma v zmysle časti B čl. III. (+/- 20% vo vzťahu k výške rozpočtu hospitalizačných prípadov na jeden kalendárny mesiac za hodnotené obdobie) Prílohy č. 2 tejto zmluvy.
- 6.8. V prípade, ak poskytovateľ počas hodnoteného obdobia poskytne poistencom poisťovne riadne vykázanú a uznanú zdravotnú starostlivosť, ktorá je hrazená rozpočtom hospitalizačných prípadov v takom rozsahu, že jej priemerná suma prepočítaná na jeden kalendárny mesiac by bola v porovnaní s výškou rozpočtu hospitalizačných prípadov na jeden kalendárny mesiac najmenej o 1 % vyššia ako je výška rozpočtu hospitalizačných prípadov na jeden kalendárny mesiac, za každé celé 1 % rozdielu sa výška úhrady rozpočtu hospitalizačných prípadov automaticky zvýši o 0,1 % na obdobie štvrťroka, ktorý bezprostredne nasleduje po štvrťroku, v ktorom sa hodnotenie vykonáva. Uvedený princíp sa uplatňuje až do dosiahnutia rozdielu hodnôt vybočenia z Tolerančného pásma v zmysle časti B čl. III. (+/- 20% vo vzťahu k výške rozpočtu hospitalizačných prípadov na jeden kalendárny mesiac za hodnotené obdobie) Prílohy č. 2 tejto zmluvy.
- 6.9. Spôsob vyhodnocovania plnenia rozpočtu hospitalizačných prípadov s ohľadom na jeho prípadné zmeny je uvedený v Prílohe č. 2 tejto zmluvy.
- 6.10. Zmluvné strany sa dohodli v lehote do 30 dní odo dňa doručenia písomnej požiadavky ktorejkoľvek zmluvnej strany pristúpiť k rokovaniu o uzatvorení dodatku k tejto zmluve, ktorým sa upraví výška rozpočtu hospitalizačných prípadov na jeden kalendárny mesiac, ak:
- 6.10.1. nastane vybočenie z Tolerančného pásma podľa Prílohy č. 2, časť B. Metodika úhrady zdravotnej starostlivosti, bod III. Vyhodnocovanie rozpočtu hospitalizačných prípadov zakladajúce potrebu zmeny výšky rozpočtu hospitalizačných prípadov na jeden kalendárny mesiac,
 - 6.10.2. poskytovateľ plánuje pristúpiť k zmene alebo dôjde k zmene rozsahu alebo druhu zdravotnej starostlivosti podľa Prílohy č. 2 tejto zmluvy, ktorú poskytovateľ poskytuje,
 - 6.10.3. tak bude vyžadovať neskôr prijatá legislatívna úprava,
 - 6.10.4. poisťovňa zistí nedostatky v účelnosti, efektívnosti a hospodárnosti vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia, rozsahu a kvalite poskytovanej zdravotnej starostlivosti, dodržiavaní všeobecne záväzných právnych predpisov SR a zmluvných podmienok v dôsledku konania poskytovateľa.

V prípade, že rokovanie o zmene zmluvných podmienok na základe niektorého z bodov 6.10.1. až 6.10.4., nebude skončené najneskôr v posledný deň kalendárneho štvrťroka, v ktorom rokovanie začalo, resp. začať malo, a to uzatvorením dodatku k tejto zmluve, prvým dňom nasledujúceho kalendárneho štvrťroka začína plynúť postrokovacie obdobie. Postrokovacie obdobie plynie až do skončenia účinnosti Prílohy č. 2 tejto zmluvy alebo do času uzatvorenia dodatku k tejto zmluve. Zmluvné strany sa dohodli, že počas plynutia postrokovacieho konania platia/platí vo vzťahu k zdravotnej starostlivosti uhrádzanej:

- 6.10.5. mimo rozpočtu hospitalizačných prípadov ceny a rozsah výkonov zdravotnej starostlivosti naposledy dohodnuté zmluvnými stranami,
- 6.10.6. prostredníctvom rozpočtu hospitalizačných prípadov naposledy dohodnutá výška rozpočtu hospitalizačných prípadov na jeden kalendárny mesiac na úrovni:
 - 6.10.6.1 80 % jeho výšky, ak budú dané dôvody na jeho zníženie,
 - 6.10.6.2 100 % jeho výšky, ak budú dané dôvody na jeho zvýšenie, resp. nebudú dané dôvody na jeho zmenu.

- 6.11 V prípade vzniku dôvodov na zmenu výšky rozpočtu hospitalizačných prípadov na jeden kalendárny mesiac v zmysle bodu 6.10.1. zmluvné strany uzatvoria dodatok k tejto zmluve, pričom upravená výška rozpočtu hospitalizačných prípadov na jeden kalendárny mesiac sa uplatní od začiatku najbližšieho kalendárneho mesiaca, ak sa zmluvné strany nedohodnú inak.

Čl. 7 Osobitné ustanovenia

- 7.1. Zmluvné strany sú povinné zachovávať mlčanlivosť o skutočnostiach týkajúcich sa poskytovania zdravotnej starostlivosti na základe tejto zmluvy, okrem zákonom stanovenej oznamovacej povinnosti. Táto povinnosť trvá aj po ukončení platnosti zmluvy.
- 7.2. Zmluvné strany sú povinné navzájom sa písomne informovať o každej zmene súvisiacej so zmluvným vzťahom (vrátane zmien vo vozovom parku poskytovateľa) do 7 kalendárnych dní odo dňa, kedy nastala zmena súvisiaca so zmluvným vzťahom a zmenu doložiť príslušnými dokladmi. Nárok na náhradu škody, ktorá vznikla neplnením uvedenej povinnosti druhej zmluvnej strane týmto nie je dotknutý.
- 7.3. Zmluvné strany berú na vedomie, že postúpenie pohľadávok podľa § 524 a nasl. zákona č. 40/1964 Zb. Občianskeho zákonníka v znení neskorších predpisov (ďalej len „OZ“) je bez predchádzajúceho súhlasu druhej zmluvnej strany, ktorá je dlžníkom, zakázané. Právny úkon, ktorým budú postúpené pohľadávky druhej zmluvnej strany v rozpore s predchádzajúcou vetou je podľa § 39 OZ neplatné. Súhlas zmluvnej strany, ktorá je dlžníkom, k postúpeniu pohľadávky je zároveň platný len za podmienky, že na takýto úkon bol udelený predchádzajúci písomný súhlas Ministerstva zdravotníctva SR.
- 7.4. Zmluvné strany sa zaviazali riešiť rozpory, ktoré sa týkajú plnenia záväzkov a povinností vyplývajúcich z tejto zmluvy prednostne dohodou. Výzva na riešenie rozporov musí byť písomná a doručená druhej zmluvnej strane. Pokiaľ nedôjde k vzájomnej dohode, môže sa ktorákoľvek zo zmluvných strán domáhať svojich práv súdnou cestou.
- 7.5. Poskytovateľ v zmysle § 30 ods. 1 zákona č. 540/2001 Z. z. o štátnej štatistike v znení neskorších predpisov súhlasí, aby boli poisťovni poskytované dôverné informácie zo strany Národného centra zdravotníckych informácií (ďalej len „NCZI“), a to v rozsahu a štruktúre, ako ich poskytovateľ predložil NCZI. Uvedené informácie budú zo strany poisťovne využité v súlade s § 15 ods. 1 písm. e) zákona č. 581/2004 Z. z. pri uzatváraní zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti tak, aby boli účelne, efektívne a hospodárne vynakladané finančné prostriedky z verejného zdravotného poistenia.
- 7.6. Zmluvné strany sa dohodli, že špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť (ďalej len „ŠAS“) môže byť zazmluvnená, len ak budú splnené podmienky uvedené v bode 7.7.
- 7.7. Poskytovateľ sa zaväzuje, že
- 7.7.1. ambulancia ŠAS spĺňa materiálno-technické vybavenie a personálne zabezpečenie podľa všeobecne záväzných právnych predpisov,
 - 7.7.2. ambulancia ŠAS je verejne dostupná,
 - 7.7.3. ambulancia ŠAS poskytuje zdravotnú starostlivosť minimálne v čase zverejnených ordinačných hodín a minimálne 20 ordinačných hodín týždenne,
 - 7.7.4. poskytnutá zdravotná starostlivosť sa vykazuje na platný kód ambulancie ŠAS a kód lekára, ktorý zdravotnú starostlivosť poskytol,
 - 7.7.5. súčet všetkých pracovných úväzkov lekára poskytujúceho zdravotnú starostlivosť na kód ambulancie ŠAS a súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti je maximálne vo výške 1,2 lekárskeho miesta,
 - 7.7.6. lekár poskytujúci zdravotnú starostlivosť na kód ambulancie ŠAS môže predpisovať lieky a zdravotnícke pomôcky len pacientom, ktorým bola poskytnutá zdravotná starostlivosť na tejto ambulancii ŠAS,

- 7.7.7. pri odbornostiach ŠAS, ktoré sú špecifické (odbornosti pri ochoreniach s nízkym výskytom alebo vysokošpecializované odbory) sa bude splnenie podmienok podľa bodu 7.7.3., 7.7.5, 7.7.6. posudzovať samostatne, pričom môžu byť zazmluvnené aj keď nebudú spĺňať podmienky.
- 7.8. Zmluvné strany sa dohodli na odchylných podmienkach od VZP nasledovne:
- 7.8.1. Zmluvné strany sa dohodli, že poskytovateľ je oprávnený vykázať poskytnutú zdravotnú starostlivosť a fakturovať ju najskôr po uplynutí príslušného zúčtovacieho obdobia. Poskytovateľ doručí poisťovni faktúru s prílohami najneskôr do 10 dní po uplynutí zúčtovacieho obdobia, v ktorej uvedená celková fakturovaná suma bude predstavovať súčet úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť uhrádzanú rozpočtom hospitalizačných prípadov ako aj úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť uhrádzanú podľa Prílohy č. 1 a 2 tejto zmluvy, s výnimkou faktúr za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v type zdravotnej starostlivosti 101 (Všeobecný lekár pre dospelých), 102 (Všeobecný lekár pre deti a dorast), 103 (Gynekológia a pôrodníctvo), opravných faktúr za pôvodne nesprávne vykázanú zdravotnú starostlivosť na základe protokolu o kontrole a faktúr s opravnými a aditívnymi dávkami za predchádzajúci kalendárny rok. Celková fakturovaná suma musí byť zaokrúhlená na dve desatinné miesta nahor. V prípade doručenia faktúry pred uplynutím príslušného zúčtovacieho obdobia sa za deň doručenia faktúry považuje prvý kalendárny deň nasledujúceho mesiaca.
- 7.8.2. Zmluvné strany sa dohodli, že ak je vykonanou kontrolnou činnosťou podľa Čl. 6 VZP zistená nesprávne alebo nepravdivo vykázaná zdravotná starostlivosť, ktorá nie je hrazená prostredníctvom rozpočtu hospitalizačných prípadov a ktorá bola poisťovňou uhradená, poskytovateľ je povinný vrátiť takto uhradenú sumu poisťovni.
- 7.8.3. Ak je vykonanou kontrolnou činnosťou podľa Čl. 6 VZP zistená nesprávne alebo nepravdivo vykázaná zdravotná starostlivosť, ktorá je hrazená prostredníctvom rozpočtu hospitalizačných prípadov, bola poisťovňou uhradená a kontrolná činnosť poisťovne bola ukončená v zmysle Čl. 6 VZP, suma nesprávne alebo nepravdivo vykázananej zdravotnej starostlivosti uvedená v takomto protokole o kontrole predstavuje splatnú pohľadávku poisťovne, ktorú je poskytovateľ povinný poisťovni bezodkladne vrátiť. Poisťovňa je oprávnená pohľadávku podľa tohto bodu započítať voči pohľadávke poskytovateľa podľa tejto zmluvy.
- 7.8.4. Ustanovenia Čl. 7 VZP nie sú bodmi 7.8.2. a 7.8.3. dotknuté.
- 7.8.5. Ak je vykonanou kontrolnou činnosťou podľa Čl. 6 VZP zistená nesprávne alebo nepravdivo vykázaná zdravotná starostlivosť, pri revidovaní faktúry pred úhradou, je poisťovňa oprávnená znížiť sumu úhrady o čiastku rovnajúcu sa sume kontrolných zistení, ktoré predstavujú pohľadávku poisťovne, ktorú je poisťovňa oprávnená započítať voči pohľadávke poskytovateľa podľa tejto zmluvy. Uvedený postup sa uplatňuje po predchádzajúcom zohľadnení celkovej sumy poskytovateľom vykázananej zdravotnej starostlivosti, vo vzťahu ku ktorej sa revízne zistenia prednostne započítavajú. Pri postupe podľa tohto bodu sa ustanovenia Čl. 6 body 3 až 9 VZP neuplatňujú. Podmienkou postupu podľa tohto bodu je písomné oznámenie poisťovne, voči ktorému môže poskytovateľ podať písomné výhrady v lehote do 30 dní. Podanie výhrad voči oznámeniu poisťovne nemá odkladný účinok.
- 7.9. Poskytovateľ berie na vedomie, že poisťovňa je povinná podľa § 15 ods. 1 písm. e) zákona č. 581/2004 Z. z. pri uzatváraní zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a v priebehu platnosti zmluvného vzťahu s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti účelne, efektívne a hospodárne vynakladať finančné prostriedky z verejného zdravotného poistenia. Poskytovateľ berie na vedomie, že poisťovňa uzatvára zmluvy o podmienkach úhrady lieku podľa § 7a zákona č. 363/2011 Z. z., na základe ktorých sa poisťovňa s držiteľom registrácie liekov dohodne na hospodárnych podmienkach úhrady niektorých liekov podľa § 88 ods. 7, 8 a 9 zákona č. 363/2011 Z. z. Zoznam liekov, na ktoré má poisťovňa s držiteľom registrácie uzavretú zmluvu o podmienkach úhrady lieku podľa ustanovenia § 7a zákona č. 363/2011 Z. z., poisťovňa zverejní na svojom webovom sídle. Poskytovateľ sa zaväzuje postupovať pri

preskripcii liekov uhrádzaných zdravotnou poisťovňou podľa § 88 ods. 7, 8 a 9 zákona č. 363/2011 Z. z. hospodárne a efektívne tak, aby úhrada poisťovne za lieky podľa § 88 ods. 7, 8 a 9 zákona č. 363/2011 Z. z. bola v súlade s § 15 ods. 1 písm. e) zákona č. 580/2004 Z. z. efektívna a hospodárna, pričom jeho povinnosť podľa § 79 ods. 1 písm. r) zákona č. 578/2004 Z. z. tým nie je žiadnym spôsobom dotknutá.

7.10. Poskytovateľ môže poistencovi predpísať individuálne zhotovovanú ortopedicko-protetickú zdravotnícku pomôcku podskupín I1 až I5 len vtedy, pokiaľ použitie sériovo vyrábanej zdravotníckej pomôcky je pre poistenca preukázateľne nevhodné. Poskytovateľ je povinný v preskripčnom zázname/lekárskom poukaze na zdravotnícku pomôcku uviesť všetky údaje vyplývajúce zo všeobecne záväzných právnych predpisov a ako kód zdravotníckej pomôcky uvedie číselný kód uvedený v Zozname zdravotníckych pomôcok plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia. Poskytovateľ je povinný uviesť v preskripčnom zázname/lekárskom poukaze podrobnejší opis a špecifikáciu zdravotníckej pomôcky na mieru, ktorá má byť zhotovená. Poskytovateľ pripojí k preskripčnému záznamu/lekárskemu poukazu podľa tohto bodu aj odborný nález, v ktorom z medicínskeho hľadiska odôvodní nevhodnosť použitia sériovo vyrábanej zdravotníckej pomôcky a nevyhnutnosť predpisania individuálne zhotovovanej ortopedicko-protetickej zdravotníckej pomôcky. Poskytovateľ berie na vedomie, že v prípade, ak poskytovateľ predpíše individuálne zhotovovanú ortopedicko-protetickú zdravotnícku pomôcku v rozpore s týmto bodom zmluvy alebo v rozpore s indikačnými alebo preskripčnými obmedzeniami, poisťovňa bude postupovať v súlade s ust. § 121 ods. 6 zákona č. 362/2011 Z.z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

7.11. Poskytovateľ je povinný najneskôr pri uzatvorení zmluvy predložiť poisťovni:

7.11.1. zoznam lekárov, ktorí budú v mene poskytovateľa poskytovať zdravotnú starostlivosť, s uvedením ich špecializačného odboru a rozsahu lekárskeho miesta /lekárskym miestom sa rozumie výkon činnosti lekára s príslušnou odbornou spôsobilosťou v rozsahu 40 hodín fondu pracovného času týždenne, ak ide o rizikové činnosti, v rozsahu 38 hodín fondu pracovného času/. Zmeny v zozname lekárov poskytovateľ oznamuje poisťovni vždy k poslednému dňu kalendárneho mesiaca daného zúčtovacieho obdobia.

7.11.2. zoznam ambulancií poskytovateľa s uvedením kódu, odbornosti, úväzku, zoznamu lekárov danej ambulancie a typu ambulancie, pričom pod typom ambulancie sa rozumie:

Poliklinická ambulancia - je verejne dostupná ambulancia poliklinického typu, na ktorej je poskytovaná špecializovaná ambulantná starostlivosť bez obmedzení. Počas ordinačných hodín prijíma na vyšetrenie aj nových pacientov na základe odporúčania (výmenného lístka).

Špecifická ambulancia - iné špecifiká v charaktere ambulancie (napr. vykonáva iba kontrolné vyšetrenia pacientov po hospitalizácii)

- **Príjmová ambulancia** - slúži primárne na vyšetrenia pacientov pred prijatím na hospitalizáciu. Nie je plne dostupná pre všetkých pacientov prichádzajúcich na základe odporúčania (výmenného lístka).
- **Konziliárna ambulancia** - slúži primárne na vyšetrenia práve hospitalizovaných pacientov. Nie je dostupná pre všetkých pacientov prichádzajúcich na základe odporúčania (výmenného lístka).
- **Odberová ambulancia** - slúži na vykonávanie odberov.
- **Iná špecifická ambulancia** - ambulancie, ktoré v rámci príslušnej odbornosti plnia špecifickú úlohu alebo vykonávajú iba vybrané špecifické vyšetrenia sa posudzujú individuálne.

Aktualizáciu zoznamu ambulancií poskytovateľ zasiela poisťovni v intervale raz za 6 mesiacov.

- 7.12. Poskytovateľ preferuje preskripciu kategorizovaných a biosimilárnych liekov. Poskytovateľ využíva pri preskripcii liekov formu preskripčného záznamu s poznámkou „REPETATUR“.
- 7.13. Ak poskytovateľ preukáže, že v priamej príčinnej súvislosti s pandémiou (napr. COVID-19 spôsobenou koronavírusom SARS-CoV-2 a pod.) na základe rozhodnutia príslušného štátneho orgánu dôjde k obmedzeniu rozsahu poskytovanom poskytovanej zdravotnej starostlivosti minimálne za jeden kalendárny mesiac, ktoré bude mať za následok pokles rozsahu poskytovanvej zdravotnej starostlivosti pod úroveň 75% priemernej mesačnej výšky sumy poskytovanom vykázanvej a poisťovňou uznanej zdravotnej starostlivosti evidovanej v predchádzajúcom kalendárnom roku, poisťovňa sa zaväzuje uhradiť poskytovateľovi na obdobie tohto obmedzenia sumu rovnajúcu sa sume 75% priemernej mesačnej výšky poisťovňou uznanej zdravotnej starostlivosti evidovanej v predchádzajúcom kalendárnom roku spoločne za všetky typy zdravotnej starostlivosti v zmysle zmluvy. Do sumy pre výpočet garantovanej úhrady podľa predchádzajúcej vety sa nezapočítavajú poskytovanom vykázané a poisťovňou uhradené sumy za A-lieky, AS-lieky, transfúzne lieky a tkanivá, stomatoprotetiku, špeciálny zdravotnícky materiál a iný materiál a zdravotnícke pomôcky, náklady za RD kódy, náklady za bezsnímkovú archiváciu.
- 7.14. 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.
- 7.15. Poskytovateľ pri vykonávaní výkonov plánovanej zdravotnej starostlivosti dodržiava poradie poistencov v zozname, ktorý je oznamovaný poskytovateľovi poisťovňou.
- 7.16. Ak poskytovateľ pri vykonávaní výkonov plánovanej zdravotnej starostlivosti poskytol výkon poistencovi nezaraďenému do zoznamu alebo nedodržiaval poradie poistencov v zozname, poisťovňa poskytovateľovi uhradí maximálne 25% z ceny ukončenej hospitalizácie na príslušnom oddelení. Ustanovenie tohto bodu 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.
- 7.17. Poskytovateľ sa zaväzuje zabezpečiť poskytovanie zdravotnej starostlivosti zo spádovej oblasti definovanej v Prílohe č. 2 tejto zmluvy, ako aj z mimo spádovej oblasti v súlade s podmienkami tejto zmluvy pre jednotlivé typy prepráv vykázaných na jedno unikátne rodné číslo poistenca v jeden deň.
- 7.18. Zmluvné strany sa dohodli, že výška ceny a rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti sa uvádza v Prílohe č. 1 a Prílohe č. 2 tejto zmluvy, pričom výška ceny za poskytovanie zdravotnej starostlivosti je stanovená súčtom základnej ceny a jej bonifikačného príplatku určeného s ohľadom na priemerný vek vozového parku poskytovateľa v zmysle zaradenia do konkrétneho bonifikačného pásma.

Čl. 8

Prechodné ustanovenia

8.1. Definícia pojmov

„**Mimoriadnou situáciou**“ sa na účely tejto zmluvy rozumejú predvídateľné aj nepredvídateľné okolnosti v rámci systému verejného zdravotného poistenia, ktoré svojim pôsobením mali, majú alebo budú mať vplyv na výšku úhrad za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a priamo súvisia s ochorením COVID-19.

- 8.2. Vzhľadom na mimoriadnu situáciu sa zmluvné strany dohodli na mesačnej paušálnej úhrade za zdravotnú starostlivosť v rámci dopravnej zdravotnej služby, typ ZS 800 poskytovanú v zmysle zmluvy vo výške **16 321,- EUR** mesačne a to na **obdobie od 1.2.2021 do 31.03.2022**. V prípade, ak rozsah uznanej zdravotnej starostlivosti v rámci dopravnej zdravotnej služby v danom mesiaci je nižší ako výška paušálnej úhrady podľa tohto bodu, poisťovňa uhradí poskytovateľovi výšku paušálnej úhrady.
V prípade, ak rozsah uznanej zdravotnej starostlivosti v rámci dopravnej zdravotnej služby v danom mesiaci je vyšší ako výška paušálnej úhrady podľa tohto bodu, poisťovňa uhradí poskytovateľovi rozsah uznanej zdravotnej starostlivosti podľa podmienok tejto zmluvy.
- 8.3. Poisťovňa uhradí paušálnu úhradu podľa bodu 8.2 tohto článku za zdravotnú starostlivosť v rámci dopravnej zdravotnej služby za obdobie mesiacov počas ktorých sa uplatňuje paušálna mesačná úhrada poskytovateľovi v termíne splatnosti faktúry za zdravotnú starostlivosť poskytnutú za dané zúčtovacie obdobie na účet poskytovateľa, ktorý je zároveň dňom splatnosti mesačnej paušálnej úhrady.
- 8.4. Poisťovňa si vyhradzuje právo neuhradiť mesačnú paušálnu úhradu v prípade, že dôvodom nedosiahnutia výšky vykázananej a poisťovňou uznanej zdravotnej starostlivosti aspoň na úroveň paušálnej mesačnej úhrady nie sú okolnosti objektívne zapríčinené Mimoriadnou situáciou.

Čl. 9 Záverečné ustanovenia

- 9.1. Zmluva sa uzatvára na dobu určitú do 30.4.2022.
- 9.2. Prílohy č. 1, č. 2 k tejto zmluve sa uzatvárajú na dobu určitú do 31.1.2022. Zmluvné strany sa dohodli, že ak pred dňom uplynutia účinnosti príloh k tejto zmluve nedôjde medzi zmluvnými stranami k dohode o ich úprave na ďalšie obdobie, prvým kalendárnym dňom nasledujúcim po dni uplynutia účinnosti príloh k tejto zmluve začína medzi zmluvnými stranami prebiehať trojmesačné dohodovacie konanie, ktoré sa skončí najneskôr v deň podľa bodu 9.1.
- 9.3. Zmluvné strany sa dohodli, že počas plynutia lehoty dohodovacieho konania platia/platí vo vzťahu k zdravotnej starostlivosti uhrádzanej:
- 9.3.1. mimo rozpočtu hospitalizačných prípadov ceny a rozsah výkonov zdravotnej starostlivosti naposledy dohodnuté zmluvnými stranami,
 - 9.3.2. prostredníctvom rozpočtu hospitalizačných prípadov naposledy dohodnutá výška rozpočtu hospitalizačných prípadov na jeden kalendárny mesiac na úrovni:
 - 8.3.2.1. 80 % jeho výšky, ak budú dané dôvody na jeho zníženie,
 - 8.3.2.2. 100 % jeho výšky, ak budú dané dôvody na jeho zvýšenie, resp. nebudú dané dôvody na jeho zmenu.
- 9.4. Zmluvu je možné ukončiť vzájomnou písomnou dohodou obidvoch zmluvných strán ku dňu, na ktorom sa vzájomne dohodnú.
- 9.5. Každá zmluvná strana je oprávnená vypovedať zmluvu iba z dôvodov uvedených v zákone č. 581/2004 Z. z. Výpovedná lehota je dvojmesačná a začína plynúť prvým dňom mesiaca nasledujúceho po mesiaci, v ktorom bola výpoveď doručená.
- 9.6. K okamžitému skončeniu zmluvného vzťahu dôjde v prípadoch zrušenia povolenia poisťovne na vykonávanie verejného zdravotného poistenia, zrušenia povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia alebo zánikom platnosti povolenia poskytovateľa.
- 9.7. Poisťovňa je oprávnená od tejto zmluvy písomne odstúpiť:

- 9.7.1. ak bol poskytovateľovi uložený jeden, alebo viacero trestov uvedených v § 10 zákona č. 91/2016 Z. z. o trestnej zodpovednosti právnických osôb a o zmene a doplnení niektorých zákonov v platnom znení; účinky odstúpenia nastanú dňom doručenia písomnosti druhej zmluvnej strane, alebo k inému termínu, ktorý poisťovňa v odstúpení uvedie; v prípade, ak odstúpenie nie je možné poskytovateľovi doručiť, považuje sa odstúpenie podľa tohto bodu za doručené 3. dňom uloženia zásielky na pošte;
- 9.7.2. v prípadoch podľa § 344 a nasl. Obchodného zákonníka.
- 9.8. Akékoľvek zmeny a dodatky k tejto zmluve a VZP možno vykonať iba po vzájomnej dohode zmluvných strán, a to formou písomných číslovaných dodatkov.
- 9.9. Neoddeliteľnou súčasťou tejto zmluvy sú:

Príloha č. 1	Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti
Príloha č. 2	Rozsah a metodika úhrady zdravotnej starostlivosti
Príloha č. 3	Kritériá na uzatváranie zmlúv
Príloha č. 4	Nakladanie s liekmi, zdravotníckymi pomôckami a špeciálnym zdravotníckym materiálom obstaranými poisťovňou
Príloha č. 5	Kritériá na uzatváranie zmlúv pre odbor klinická biochémia, laboratórna medicína, klinická imunológia a alergológia a lekárska genetika
Príloha č. 6	Všeobecné zmluvné podmienky účinné od 1.1.2021

- 9.10. Táto zmluva je vyhotovená v dvoch rovnopisoch, z ktorých každý sa považuje za originál. Každá zo zmluvných strán obdrží po podpise zmluvy jeden jej rovnopis.
- 9.11. Vzťahy neupravené touto zmluvou sa riadia všeobecne záväznými právnymi predpismi SR.
- 9.12. Zmluvné strany vyhlasujú, že si zmluvu a VZP prečítali a ich obsahu porozumeli. Zmluvné strany uzatvárajú zmluvu slobodne, vážne, bez nátlaku a na znak súhlasu s jej obsahom ju podpisujú.
- 9.13. V prípade, že je alebo ak sa stane niektoré ustanovenie tejto zmluvy neplatné, zostávajú ostatné ustanovenia tejto zmluvy platné a účinné. Namiesto neplatného ustanovenia sa použijú ustanovenia všeobecne záväzných právnych predpisov SR upravujúce otázku vzájomného vzťahu zmluvných strán. Zmluvné strany sa následne zaväzujú upraviť svoj zmluvný vzťah prijatím nového ustanovenia, ktoré svojim obsahom a povahou najlepšie zodpovedá zámeru neplatného ustanovenia.
- 9.14. Osobitné protikorupčné ustanovenia:
- 9.14.1. Zmluvné strany sa nesmú dopustiť, nesmú schváliť, ani povoliť žiadne konanie v súvislosti s dojednávaním, uzatváraním alebo plnením tejto zmluvy, ktoré by spôsobilo, že by zmluvné strany alebo osoby ovládané zmluvnými stranami porušili akékoľvek platné protikorupčné všeobecne záväzné právne predpisy. Táto povinnosť sa vzťahuje najmä na neoprávnené plnenia, vrátane urýchľovacích platieb (*facilitation payments*) verejným činiteľom, zástupcom alebo zamestnancom orgánov verejnej správy alebo blízkym osobám verejných činiteľov, zástupcov alebo zamestnancov orgánov verejnej správy.
- 9.14.2. Každá zmluvná strana sa zaväzuje, že neponúkne, neposkytne, ani sa nezaviaže poskytnúť žiadnemu zamestnancovi, zástupcovi alebo tretej strane konajúcej v mene druhej zmluvnej strany, a rovnako neprijme, ani sa nezaviaže prijať od žiadneho zamestnanca, zástupcu alebo tretej strany konajúcej v mene druhej zmluvnej strany žiadny neprimeraný dar, ani inú výhodu, či už peňažnú alebo inú, v súvislosti s dojednávaním, uzatváraním alebo plnením tejto zmluvy.
- 9.14.3. Každá zmluvná strana sa zaväzuje bezodkladne informovať druhú zmluvnú stranu, pokiaľ si bude vedomá alebo bude mať konkrétne podozrenie na korupciu pri dojednávaní, uzatváraní alebo pri plnení tejto zmluvy.

9.14.4. V prípade, že akýkoľvek neprímeraný dar alebo výhoda v súvislosti s dojednávaním, uzatváraním alebo plnením tejto zmluvy je preukázateľne poskytnutý ktorejkoľvek zmluvnej strane alebo zástupcovi ktorejkoľvek zmluvnej strany v rozpore s týmto článkom zmluvy, môže zmluvná strana od tejto zmluvy odstúpiť.

9.15. Táto zmluva vzniká dňom jej podpisu obidvoma zmluvnými stranami a účinnosť dňom nasledujúcim po dni jeho zverejnenia v zmysle § 47a zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov.

9.16. Z dôvodu zhoršujúcej sa epidemiologickej situácie a uznesenia vlády Slovenskej republiky č. 804 zo dňa 16. decembra 2020, čoho následkom môžu byť administratívne preťahy pri nadobudnutí platnosti a následnej účinnosti tohto dodatku, sa zmluvné strany dohodli a berú na vedomie, že v prípade potreby zachovania kontinuity poskytovania a úhrady zdravotnej starostlivosti bude zdravotná starostlivosť poskytnutá poskytovateľom v čase od **1.2.2021** do nadobudnutia účinnosti tohto dodatku uhradená v súlade s týmto dodatkom.

9.17. Zmluvné strany sa dohodli, že dňom nadobudnutia účinnosti tejto zmluvy v celom rozsahu zaniká Zmluva č. 62NFAS000318 v znení jej neskorších dodatkov, ktorá bola uzatvorená medzi zmluvnými stranami. Zmluvnými stranami dohodnuté ustanovenia odsekov 3.3., 3.4., 3.5. a 3.6. Článku 3 Dodatku č. 22 k Zmluve č. 62NFAS000318 sa nebudú uplatňovať.

V Bratislave dňa 29.1.2021

Za poskytovateľa:

Za poisťovňu:

.....
brig. gen. MUDr. Vladimír Langvarký, MPH
riaditeľ
Ústredná vojenská nemocnica
SNP Ružomberok – fakultná nemocnica

.....
Ing. Richard Strapko
predseda predstavenstva
Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s.

.....
MUDr. Beata Havelková, MPH
podpredsedníčka predstavenstva
Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s.