



ZMLUVA O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

č. 72PLDO001122

uzatvorená 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
(ďalej len „Zmluva“)
medzi zmluvnými stranami:

Zdravotná poisťovňa:

DÓVERA zdravotná poisťovňa, a. s.

so sídlom Einsteinova 25, 851 01 Bratislava

IČO: 35 942 436, DIČ: 2022051130, IČ DPH: SK2022051130

zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka číslo 3627/B
krajská pobočka **Trnava**, kód : 2400

korešpondenčná adresa: **Cintorínska 5, 949 01 Nitra 1**

(ďalej len „Poisťovňa“)

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti:

Obchodné meno / Priezvisko, meno a titul:	Zdravá župa, s. r. o.
IČO / registračné číslo:	53708997
DIČ, IČ DPH:	2121488468
Sídlo / Miesto trvalého pobytu:	STAROHÁJSKA 10, 917 01 TRNAVA
Miesto prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia:	STAROHÁJSKA ULICA 6755/2, 917 01 TRNAVA
Zápis v registri (iba v prípade takéhoto zápisu):	Obchodný register Okresného súdu Trnava, Oddiel: Sro, Vložka číslo: 48993/T
Označenie orgánu, ktorý vydal povolenie:	Trnavský samosprávny kraj
Bankové spojenie:	SK6309000000005178313314
Mená a funkcie konajúcich osôb:	PHDR. LUCIA ŠMIDOVIČOVÁ, MPH - konateľka
Kód poskytovateľa zdravotnej starostlivosti:	P49481

(ďalej len „Poskytovateľ“)

I. PREDMET ZMLUVY

- 1.1. Poskytovateľ sa za podmienok stanovených v Zmluve a vo Všeobecných zmluvných podmienkach pre zdravotnú starostlivosť (ďalej len „VZP“) zaväzuje poskytovať poisťencom Poisťovne a ďalším osobám uvedeným vo VZP (ďalej spolu ako „Poistenci“) zdravotnú starostlivosť plne alebo čiastočne uhrádzanú z verejného zdravotného poistenia.
- 1.2. Poskytovateľ sa zaväzuje poskytovať zdravotnú starostlivosť vo vecnom rozsahu vyplývajúcom z povolenia, ktoré orgán uvedený v záhlaví Zmluvy vydal Poskytovateľovi na poskytovanie zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore „**všeobecné lekárstvo**“.

- 1.3. Zoznam lekárov, ktorí budú v mene Poskytovateľa poskytovať zdravotnú starostlivosť v špecializačnom odbore „všeobecné lekárstvo“, s uvedením rozsahu lekárskeho miest je Poskytovateľ povinný doručiť Poistovní najneskôr pri uzavretí Zmluvy; lekárskeho miestom sa rozumie výkon činnosti lekára s príslušnou odbornou spôsobilosťou v rozsahu 40 hodín fondu pracovného času týždenne.

II. POVINNOSTI PRI POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

- 2.1. Poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti postupuje v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi, Zmluvou a VZP.
- 2.2. Poskytovateľ je oprávnený pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vykazovať zdravotné výkony vykonané s použitím zdravotníckej techniky, ktorá netvorí povinné materiálo-technické vybavenie Poskytovateľa podľa všeobecne záväzných právnych predpisov, ak je uvedená v prílohe č. 1 k Zmluve, alebo ak s jej použitím vyslovila Poistovní predchádzajúci písomný súhlas; Poskytovateľ môže vykázať Poistovní len vykonanie tých zdravotných výkonov, ktoré sú uvedené v prílohe č. 1 k Zmluve alebo v súhlase Poistovne s použitím zdravotníckej techniky.
- 2.3. Poskytovateľ, ktorý vykonáva preventívnu prehliadku Poistenca uhrádzanú z verejného zdravotného poistenia, je povinný dodržať tieto podmienky:
 - a. Poskytovateľ je povinný sám vykonať všetky vyšetrenia, ktoré vyplývajú z náplne preventívnej prehliadky vyplývajúcej zo všeobecne záväzných právnych predpisov. Poskytovateľ je oprávnený odoslať Poistenca na ďalšie poskytnutie zdravotnej starostlivosti vyplývajúcej z náplne preventívnej prehliadky k inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti len vtedy, pokiaľ Poskytovateľ nie je vybavený zdravotníckou technikou, ktorá je potrebná na vykonanie vyšetrenia; v tomto prípade Poskytovateľ požiada poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorému odošle Poistenca na ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti, aby vykonal len požadované vyšetrenie pomocou zdravotníckej techniky a neposkytoval Poistencovi ďalšiu zdravotnú starostlivosť;
 - b. pokiaľ Poskytovateľ žiada poskytovateľa prevádzkujúceho zariadenie spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek o vykonanie laboratórnych alebo diagnostických vyšetrení nad rámec náplne preventívnej prehliadky, je povinný vyhotoviť samostatnú žiadamku na vyšetrenia podľa náplne preventívnej prehliadky a samostatnú žiadamku na vyšetrenia požadované nad rámec náplne preventívnej prehliadky;
 - c. vykonanie preventívnej prehliadky preukáže Poskytovateľ vyplnením formulára podľa vzoru uvedeného v prílohe č. 2 Zmluvy, alebo iného formulára obsahujúceho rovnakú sadu údajov; formulár podpíše Poskytovateľ aj Poistenec alebo zákonný zástupca Poistenca a Poskytovateľ ho po podpísaní založí do zdravotnej dokumentácie Poistenca.
- 2.4. Poskytovateľ je oprávnený odoslať Poistenca na ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti do špecializovanej nemocnice alebo liečebne len s predchádzajúcim súhlasom Poistovne. Zoznam špecializovaných nemocníc a liečební podľa predchádzajúcej vety a vzor žiadosti o udelenie predchádzajúceho súhlasu sú uvedené v prílohe č. 3 Zmluvy.
- 2.5. Poskytovateľ zodpovedá za správnosť obsahu návrhu na kúpeľnú starostlivosť (ďalej len „Návrh“) doručeného Poistovní. Predovšetkým Poskytovateľ zodpovedá za to, že Poistenec spĺňa indikáciu pre navrhovanú kúpeľnú starostlivosť a Návrh obsahuje všetky relevantné údaje potrebné pre poskytnutie kúpeľnej starostlivosti. Poskytovateľ berie na vedomie, že Poistovní neposkytuje poskytovateľovi kúpeľnej starostlivosti informácie zo zdravotnej dokumentácie Poistenca.

III. VÝŠKA ÚHRADY ZA ZDRAVOTNÚ STAROSTLIVOSŤ

- 3.1. Poistovní a Poskytovateľ sa v súlade so zákonom č. 18/1996 Z.ú. o cenách v znení neskorších predpisov dohodli, že Poistovní uhradí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti úhradu podľa pravidiel uvedených v článku III., IV. a V. Zmluvy. Poskytovateľ berie na vedomie, že Zdravotná poisťovňa bude pri úhrade zdravotnej starostlivosti postupovať v súlade s ustanovením § 9 ods. 2 zákona č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (v znení zákona č. 718/2004 Z.z.). Zdravotná poisťovňa v spolupráci s Poskytovateľom a dodávateľom informačného systému Poskytovateľa za týmto účelom vyvinie maximálne úsilie vedúce k tomu, aby bola informácia o tom, či je poistenec uvedený v zozname dlžníkov sprístupnená priamo v informačnom systéme Poskytovateľa. Týmto však nie je dotknutá povinnosť Poskytovateľa uvedená v bode 4.1. VZP.

- 3.2. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za každého Poistenca vo veku najmenej 18 rokov, s ktorým mal Poskytovateľ k poslednému dňu kalendárneho mesiaca, za ktorý vykazuje poskytnutú zdravotnú starostlivosť, uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „Kapitovaný poistenec“), paušálnu mesačnú úhradu (ďalej len „Kapitácia“). Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli na výške Kapitácie tak, ako je uvedené v prílohe č. 4 Zmluvy (ďalej len „Cenník“). Poistovňa hradí Poskytovateľovi iba pomernú časť Kapitácie s presnosťou na počet dní trvania dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v príslušnom mesiaci, za ktorý Poskytovateľ vykazuje poskytnutú zdravotnú starostlivosť za Poistencov:
- a.) s ktorými Poskytovateľ uzatvoril dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v priebehu príslušného mesiaca, ak Kapitovaný poistenec nemal v tom čase uzatvorenú žiadnu dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v rovnakom špecializačnom odbore,
 - b.) s ktorými zanikla v priebehu príslušného mesiaca dohoda o poskytovaní zdravotnej starostlivosti inak ako písomným odstúpením,
 - c.) ktorým vzniklo alebo zaniklo verejné zdravotné poistenie v priebehu príslušného mesiaca.
- 3.3. Pokiaľ Kapitovaný poistenec uzatvoril skôr dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti okrem Poskytovateľa aj s iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v rovnakom špecializačnom odbore ako Poskytovateľ, Poistovňa uhradí Poskytovateľovi Kapitáciu len v prípade zániku pôvodnej dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej medzi iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a Kapitovaným poistencom, a to od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po mesiaci, v ktorom došlo k odstúpeniu od dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej medzi iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a Kapitovaným poistencom. Poskytovatelia sú povinní na základe informácie Poistovne prostredníctvom kapitačného protokolu riešiť konfliktné prípady vzájomnou dohodou.
- 3.4. Pokiaľ má Poskytovateľ dočasne pozastavené povolenie alebo dočasne neobsadenú ambulanciu, Poistovňa Kapitáciu počas tohto obdobia Poskytovateľovi nehradí. Poistovňa neuhradí Kapitáciu za dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti aj v prípade, ak Poskytovateľ oznámil ukončenie kódu lekára alebo kódu Poskytovateľa, na ktoré sú evidované dotknuté dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Poskytovateľ je povinný nahlasovať Poistovni mesačný výkaz prírastku a úbytku Poistencov aj podľa platných kódov lekárov a Poskytovateľov a nielen podľa platnosti dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Neobsadenou ambulanciou sa na účely tejto Zmluvy rozumie ambulancia, na ktorú Poskytovateľ ukončil kód lekára a nenahlásil nový kód iného lekára.
- 3.5. Kapitácia zahŕňa úhradu za zdravotnú starostlivosť, ktorú Poskytovateľ poskytol Kapitovanému poistencovi a náklady, ktoré Poskytovateľ vynaložil pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti Kapitovanému poistencovi. Kapitácia nezahŕňa:
- a. náklady na lieky, ktoré sú v Zozname kategorizovaných liekov (ďalej len „Zoznam liekov“) označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“, „AS“; v tomto prípade patrí Poskytovateľovi cena lieku, ktorý podal Poistencovi, vo výške ceny nadobudnutia tohto lieku, ktorá však nesmie byť vyššia ako cena lieku uvedená v Zozname liekov ako „úhrada zdravotnou poisťovňou“. Ak Poskytovateľ podá Poistencovi len časť balenia lieku, cena lieku podľa predchádzajúcej vety sa určí ako súčin ceny celého balenia lieku a podielu podaných kusov lieku a celkového počtu kusov lieku v balení;
 - b. úhradu za tie zdravotné výkony, ktoré Poskytovateľ vykonal pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia, ak sú tieto zdravotné výkony uvedené v Cenníku;
 - c. úhradu za zdravotné výkony, ktoré Poskytovateľ vykonal pomocou zdravotníckej techniky, ktorá netvorí povinné materiálno-technické vybavenie Poskytovateľa podľa všeobecne záväzných právnych predpisov;
 - d. iné náklady a zdravotné výkony, pokiaľ to vyplýva zo všeobecne záväzných právnych predpisov alebo z Cenníka.
- 3.6. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi úhradu za zdravotnú starostlivosť, ktorú poskytol:
- a. Kapitovanému poistencovi ako zdravotný výkon, ktorý nie je podľa bodu 3.5. Zmluvy zahrnutý v Kapitácii;
 - b. Poistencovi, ktorý nie je Kapitovaným poistencom, ako neodkladnú zdravotnú starostlivosť;
 - c. za podmienok uvedených v článku IX. VZP poistencovi Európskej únie;
 - d. za podmienok uvedených v článku X. VZP poistencovi poisťovne Highmark.

Úhrada podľa predchádzajúcej vety sa vypočíta ako násobok príslušnej jednotkovej ceny bodu uvedenej v Cenníku a bodového vyjadrenia hodnoty zdravotného výkonu uvedeného v rozhodnutí Ministerstva zdravotníctva SR o regulácii ceny v oblasti cien výrobkov, služieb a výkonov v zdravotníctve účinného vždy v čase, keď bol vykonaný zdravotný výkon.

- 3.7. Poskytovateľ je po overení totožnosti a poistného vzťahu poistenca s Poisťovňou oprávnený poskytovať poistencom Poisťovne zdravotnú starostlivosť pozostávajúcu z výkonov telemedicíny, ktoré sú uvedené v Prílohe č. 4 (Cenník). Poskytovateľ je pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti pozostávajúcej z výkonov telemedicíny povinný overiť totožnosť poistenca a jeho poistný vzťah s Poisťovňou predovšetkým na základe rodného čísla a/alebo identifikačného čísla poistenca, prostredníctvom informačného systému Poskytovateľa, elektronickej pobočky Poisťovne, na webovom sídle Poisťovne, alebo telefonicky na zákazníkovej linke Poisťovne.
- 3.8. Poskytovateľ berie na vedomie, že Poisťovňa bude pri úhrade zdravotnej starostlivosti pozostávajúcej z výkonov telemedicíny v zmysle bodu 3.7. tohto článku Zmluvy poskytnutej poistencovi uvedenému v zozname dlžníkov, postupovať v súlade so zákonom č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Informáciu o tom, či je poistenec uvedený v zozname dlžníkov a či má poistenec právo na úhradu aj inej ako neodkladnej zdravotnej starostlivosti si Poskytovateľ overí prostredníctvom informačného systému Poskytovateľa, elektronickej pobočky Poisťovne, alebo na webovom sídle Poisťovne.
- 3.9. Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že v prípade ak nastane niektorá z nasledovných podmienok:
 - a. v priebehu roku 2022 v dôsledku opatrenia Ministerstva financií SR, alebo v dôsledku akéhokoľvek iného relevantného právneho aktu dôjde k zníženiu sadzby poistného za poistencov štátu, alebo k inej skutočnosti, ktorá bude znamenať zníženie disponibilných zdrojov pre zdravotníctvo (ďalej len „Opatrenie“), alebo
 - b. nedôjde k dofinancovaniu zdravotného sektora rozpustením rezervy štátneho rozpočtu pre rok 2022 v celej výške 220 000 000 Eur uvedenej v prílohe č. 6 zákona 534/2021 Z. z. ako „rezerva na výdavky v zdravotníctve“ najneskôr **do 30.09.2022**, a to formou zvýšenia platby za poistencov štátu pomerne medzi všetky zdravotné poisťovne na základe ich aktuálneho počtu poistencov,

uplatní sa pre účely určenia výšky úhrady za zdravotnú starostlivosť podľa tejto Zmluvy od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po kalendárnom mesiaci, v ktorom niektorá z uvedených podmienok nastala cenník, ktorý je v prílohe č. 4i Zmluvy (ďalej len „Cenník 2“). Pre vylúčenie pochybností, zmluvné strany sa dohodli, že ak nastane niektorá z vyššie uvedených podmienok, príloha č. 4 Zmluvy - Cenník sa neuplatňuje a každý odkaz v Zmluve na Cenník sa v takom prípade nahrádza odkazom na Cenník 2 a Poskytovateľ nemá nárok na Doplnkovú kapitáciu podľa čl. V.

IV. DODATKOVÁ KAPITÁCIA

- 4.1. Poisťovňa sa za podmienok dohodnutých v tomto bode zaväzuje spolu s Kapitáciou uhradiť Poskytovateľovi za každého Kapitovaného poistenca dodatkovú paušálnu mesačnú úhradu (ďalej len „Dodatková kapitácia“), ktorej hodnota je závislá od plnenia parametrov Kvality, Efektívnosti a Inovácií.
- 4.2. Poisťovňa z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v tabuľkách označených ako „Parametre Kvality a Inovácií“ a „Parametre Efektívnosti“, ktoré sú súčasťou Cenníka.
- 4.3. Poisťovňa použije pre zistenie a výpočet hodnoty každého parametra uvedeného v tabuľke „Parametre Kvality a Inovácií“ údaje za dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky, z ktorých posledný kalendárny štvrťrok bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva výpočet (ďalej len „Sledované obdobie“).
- 4.4. Poisťovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov, ktorý je uvedený v tabuľke podľa bodu 4.3 Zmluvy tak, že zistí či Poskytovateľ v Sledovanom období dosiahol príslušnú hranicu stanovenú pre splnenie daného parametra.
- 4.5. Poisťovňa vypočíta výsledné plnenie parametrov a určí Koeficient Kvality a Inovácií Poskytovateľa (ďalej aj „KKI“) podľa vzorca:
$$KKI = h_1 \times v_1 + h_2 \times v_2 + h_3 \times v_3 + h_4 \times v_4 + h_5 \times v_5 + h_6 \times v_6 + h_7 \times v_7,$$
kde h_1 až h_7 sú hodnoty parametra zistené z tabuľky podľa bodu 4.3 Zmluvy, a v_1 až v_7 sú váhy príslušného parametra zistené z tabuľky podľa bodu 4.3 Zmluvy.

- 4.6. Výška základu pre výpočet Dodatkovej kapitácie (ďalej len „ZDK“) sa vypočíta podľa vzorca:

$ZDK = (ZvHDK - ZHDK) * KKI + ZHDK$, kde

ZvHDK znamená zvýhodnená hodnota Dodatkovvej kapitácie uvedená v Cenníku

ZHDK znamená základná hodnota Dodatkovvej kapitácie uvedená v Cenníku

- 4.7. Poisťovňa z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v tabuľke označenej ako „Parametre Efektívnosti“, ktorá je súčasťou Cenníka.
- 4.8. Poisťovňa použije pre zistenie a výpočet hodnoty každého parametra uvedeného v tabuľke podľa bodu 4.7. Zmluvy údaje za dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky, z ktorých posledný kalendárny štvrťrok bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva výpočet.
- 4.9. Poisťovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov uvedený v tabuľke podľa bodu 4.7. Zmluvy týmto spôsobom:
 - a. Poisťovňa zistí každý z parametrov za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí poskytujú ambulatnú zdravotnú starostlivosť v rovnakom špecializačnom odbore ako Poskytovateľ;
 - b. Poisťovňa zoradí hodnoty parametrov zistené za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti vzostupne;
 - c. Poisťovňa neprihliada na hodnoty parametrov tých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí v poradí podľa písm. b. dosiahli 20 % najnižších hodnôt a 20 % najvyšších hodnôt;
 - d. Poisťovňa z hodnôt parametrov zistených u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti s výnimkou tých, na ktorých hodnoty parametrov neprihliada podľa písm. c., vypočíta strednú hodnotu (priemer) a hodnotu štandardnej odchýlky
- 4.10. Poisťovňa z hodnôt parametrov zistených u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti s výnimkou tých, na ktorých hodnoty parametrov neprihliada podľa písm. c., vypočíta strednú hodnotu (priemer) a hodnotu štandardnej odchýlky.
- 4.11. Poisťovňa vypočíta Koefficient Efektívnosti Poskytovateľa (ďalej aj „KE“) podľa vzorca:

$$KE = h_1 \times v_1 + h_2 \times v_2 + h_3 \times v_3,$$

kde h_1 až h_3 je hodnota príslušného parametra zistená z tabuľky podľa bodu 4.7. Zmluvy, pričom sa použije hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „*pod pásmom*“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je nižšia ako jeho stredná hodnota znížená o hodnotu štandardnej odchýlky (bod 4.9. písm. d. Zmluvy), alebo hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „*v pásme*“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je vyššia alebo rovná jeho strednej hodnote zníženej o hodnotu štandardnej odchýlky, avšak zároveň nižšia alebo rovná jeho strednej hodnote zvýšenej o hodnotu štandardnej odchýlky, alebo hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „*nad pásmom*“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je vyššia ako jeho stredná hodnota zvýšená o hodnotu štandardnej odchýlky, a

v_1 až v_3 je váha príslušného parametra zistená z tabuľky podľa bodu 4.7. Zmluvy.

- 4.12. Výška Dodatkovvej kapitácie sa vypočíta ako násobok základu pre výpočet Dodatkovvej kapitácie podľa bodu 4.7. Zmluvy a Koefficientu Efektívnosti. Dodatková kapitácia sa zaokrúhli matematicky na šesť desatinných miest. Takto zistená Dodatková kapitácia patrí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti počas dvoch kalendárnych štvrťrokov nasledujúcich po výpočte podľa tohto článku Zmluvy. Poisťovňa je povinná vypočítať a oznámiť Poskytovateľovi výšku Dodatkovvej kapitácie vždy najneskôr pred začiatkom toho kalendárneho štvrťroka, za ktorý bude Poskytovateľovi Dodatková kapitácia patriť.
- 4.13. Do skončenia toho kalendárneho polroka, v ktorom Zmluva nadobudla účinnosť v prvý deň kalendárneho polroka, sa uplatní ako Koefficient Kvality a Inovácií (KKI) a Koefficient Efektívnosti (KE) číslo podľa bodu 4.14. Zmluvy. V prípade, ak Zmluva nadobudne účinnosť neskôr ako prvým dňom daného kalendárneho polroka, uplatní sa výška Dodatkovvej kapitácie podľa predchádzajúcej vety aj počas kalendárneho polroka bezprostredne nasledujúcom po kalendárnom polroku, v ktorom Zmluva nadobudla účinnosť, ak Poskytovateľ nemal pred účinnosťou Zmluvy uzatvorenú s Poisťovňou zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s obdobným vecným rozsahom zdravotnej starostlivosti, aký sa dohodol v Zmluve.
- 4.14. Zmluvné strany sa dohodli, že v prechodnom období podľa bodu 4.13. Zmluvy sa uplatní Koefficient Kvality a Inovácií (KKI) vo výške **55%** a Koefficient Efektívnosti (KE) vo výške **68%**. Výsledná výška Dodatkovvej kapitácie vypočítaná podľa tohto článku je **DK=0,650881€**.

V. DOPLNKOVÁ KAPITÁCIA

- 5.1. Poistovňa vzhľadom na potrebu posilnenia dostupnosti primárnej starostlivosti ambulancií všeobecného lekárstva sa za podmienok dohodnutých v tomto článku zaväzuje spolu s Kapitáciou uhradiť Poskytovateľovi za každého Kapitovaného poistenca doplnkovú paušálnu mesačnú úhradu (ďalej len „Doplnková kapitácia“), ktorej hodnota je závislá od počtu všetkých osôb, s ktorými má Poskytovateľ uzavretú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a bude vyplácaná tzv. veľkokapacitnej ambulancii.
- 5.2. Za veľkokapacitnú ambulanciu sa považuje Poskytovateľ, ktorý má uzavretú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s 1800 a viac osobami na jedno lekárske miesto.
- 5.3. Výška Doplnkovej kapitácie podľa bodu 5.2. Zmluvy za každého Kapitovaného poistenca je uvedená v Cenníku.
- 5.4. Poistovňa údaje o celkovom počte kapitovaných osôb prehodnotí vždy k 30.6. a 31.12. príslušného kalendárneho roka na základe údajov z Národného centra zdravotníckych informácií (ďalej len „NCZI“).
- 5.5. Výšku Doplnkovej kapitácie, ktorá patrí Poskytovateľovi za každého kapitovaného Poistenca je Poistovňa povinná oznámiť Poskytovateľovi vždy najneskôr pred začiatkom toho kalendárneho polroka, za ktorý bude Poskytovateľovi Doplnková kapitácia patriť.
- 5.6. Poskytovateľ, ktorý má nárok na úhradu Doplnkovej kapitácie je povinný na základe výzvy Poistovne preukázať, že má uzatvorený pracovný pomer s viac, ako jednou zdravotnou sestrou. Zároveň je povinný preukázať, že priestorová dispozícia ambulancie umožňuje efektívne poskytovať zdravotnú starostlivosť viacerým zdravotným sestram (t.j. ďalšia zdravotná sestra môže pracovať

VI. ÚČINNOSŤ ZMLUVY

- 6.1. Zmluva nadobúda účinnosť prvým dňom kalendárneho mesiaca bezprostredne nasledujúceho po jej zverejnení na webovom sídle Poistovne. V prípade, že má zákonom uloženú povinnosť zverejniť Zmluvu aj Poskytovateľ, Zmluva nadobúda účinnosť nasledujúcim dňom po zverejnení Zmluvy oboma zmluvnými stranami; pre určenie účinnosti Zmluvy je rozhodujúci okamih, kedy si povinnosť zverejniť Zmluvu splní v poradí prvá zmluvná strana.

VII. ELEKTRONICKÁ KOMUNIKÁCIA

- 7.1. Poistovňa a Poskytovateľ sa v súlade s ust. § 7 ods. 20 Zákona o zdravotných poisťovniach dohodli, že Poskytovateľ prostredníctvom svojho softvéru poskytne Poistovní kompletne spracovaný elektronický záznam obsahujúci údaje uvedené na lekárskom predpise resp. poukaze čo najskôr po predpísaní Lieku Poistencovi. Elektronický záznam podľa predchádzajúcej vety Poskytovateľ poskytuje za účelom výkonu analytickej, poradenskej a kontrolnej činnosti Poistovne a vedenia účtu Poistenca.
- 7.2. Ak Poskytovateľ disponuje softvérovým vybavením, ktoré umožňuje zaslanie údajov uvedených na žiadosti o laboratórne a zobrazovacie vyšetrenia (ďalej len „žiadanka“) v elektronickej podobe aj Poistovní, zaväzuje sa Poskytovateľ zaslať Poistovní elektronický záznam obsahujúci údaje uvedené na žiadanke v rozsahu stanovenom Metodickým usmernením č. 5/2015 o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou čo najskôr po vyhotovení žiadanky. Poistovňa vyhlasuje, že bude v plnej miere akceptovať elektronickú formu zaslaných údajov a nevyhotovenie žiadanky v listinnej forme nie je možné považovať za porušenie článku IV. bod 4.2. VZP.
- 7.3. Ak Poskytovateľ disponuje softvérovým vybavením, ktoré umožňuje priamu elektronickú komunikáciu s elektronickou pobočkou a zároveň Poistovňa určí typy dokumentov, ktoré je možné doručovať prostredníctvom tohto prepojenia, zaväzujú sa zmluvné strany pre doručenie dokumentu využiť túto formu. Typy dokumentov, ktoré je možné zasielať Poistovní prostredníctvom priameho prepojenia softvérového vybavenia Poskytovateľa s elektronickou pobočkou určí Poistovňa v pravidlách elektronickej komunikácie. Zmluvné strany sa dohodli, že elektronická verzia doručeného dokumentu v plnej miere nahrádza jeho listinnú formu. Pre doručenie dokumentu prostredníctvom softvérového vybavenia Poskytovateľa platí obdobne bod 12.4. VZP.
- 7.4. Ak Poskytovateľ disponuje softvérovým vybavením, ktoré umožňuje priamu elektronickú komunikáciu s elektronickou pobočkou a zároveň Poistovňa určí typy zúčtovacích dokladov, ktoré je možné doručovať prostredníctvom tohto prepojenia, zaväzujú sa zmluvné strany pre doručenie zúčtovacieho dokladu využiť túto formu. Typy zúčtovacích dokladov, ktoré je možné zasielať Poistovní prostredníctvom priameho prepojenia softvérového vybavenia Poskytovateľa s elektronickou pobočkou určí Poistovňa v pravidlách elektronickej komunikácie. Poskytovateľ sa zaväzuje zasielať zúčtovacie

doklady podľa tohto bodu priebežne, bez zbytočného odkladu po poskytnutí zdravotnej starostlivosti. Povinnosť zaslať Poistovní zúčtovacie doklady podľa článku V. VZP tým nie je dotknutá. Pre doručenie zúčtovacieho dokladu prostredníctvom softvérového vybavenia Poskytovateľa platí obdobne bod 12.4. VZP.

- 7.5. Poskytovateľ a Poistovňa sa v súlade s § 7 ods. 20 Zákona o zdravotných poisťovniach dohodli, že Poskytovateľ je za účelom správneho poskytnutia zdravotnej starostlivosti oprávnený si od Poistovne vyžiadať v nevyhnutnom rozsahu údaje o poskytnutej zdravotnej starostlivosti poistencovi Poistovne, vrátane údajov uvedených v žiadankách na vyšetrenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, v elektronických žiadankách na vyšetrenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, v preskripčných záznamoch, v dispenzačných záznamoch, lekárske predpisoch, lekárske poukazoch v rozsahu ustanovenom osobitným predpisom, ktoré Poistovňa eviduje vo svojom informačnom systéme vo vzťahu ku konkrétnemu poistencovi Poistovne, alebo si tieto údaje overiť v Poistovni. Poskytovateľ a Poistovňa zároveň berú na vedomie, že vyžiadanie, ako aj vyžiadané údaje sa poskytujú elektronicky z informačného systému Poistovne a z informačného systému Poskytovateľa, v ktorých sú spracovávané.
- 7.6. V prípade, ak sa akýkoľvek údaj uvedený v elektronickom zázname podľa bodu 7.1. až 7.4. ukáže ako nepravdivý, neúplný, nepresný alebo nesprávny, Poskytovateľ sa zaväzuje bez zbytočného odkladu takýto údaj uviesť do súladu so skutočným stavom prostredníctvom svojho softvéru.
- 7.7. V záujme oboch zmluvných strán je zvyšovať kvalitu a efektívnosť poskytovanej zdravotnej starostlivosti za súčasného hospodárneho a efektívneho vynakladania zdrojov verejného zdravotného poistenia a to aj prostredníctvom komunikácie Poistovne s lekármi Poskytovateľa vo veciach týkajúcich sa poskytnutej a/alebo vykázanej zdravotnej starostlivosti, ktorú títo lekári poskytli v mene Poskytovateľa poistencom Poistovne (ďalej aj len „projekt“). Poskytovateľ vyhlasuje, že lekárov, ktorí poistencom Poistovne poskytujú v jeho mene zdravotnú starostlivosť poveril, aby v jeho mene v rámci projektu komunikovali s Poistovňou záležitosti týkajúce sa poskytnutej a/alebo vykázanej zdravotnej starostlivosti, ktorú títo lekári poskytli v mene Poskytovateľa poistencom Poistovne (ďalej len „poverení lekári“). Poskytovateľ súčasne udeľuje Poistovni súhlas, aby povereným lekárom v rámci projektu zasielala a/alebo sprístupňovala prehľady poskytnutej a/alebo vykázanej zdravotnej starostlivosti, ktorú títo poverení lekári poskytli poistencom Poistovne v mene Poskytovateľa. Kontaktné údaje poverených lekárov za účelom realizácie projektu doručí Poskytovateľ Poistovni najneskôr pri uzavretí Zmluvy, prípadne ich od poverených lekárov zozbiera Poistovňa, k čomu Poskytovateľ udeľuje Poistovni súhlas; o možnosti zozbierania kontaktných údajov poverených lekárov Poistovňou je Poskytovateľ povinný poverených lekárov informovať.

VIII. PRIJÍMANIE ÚHRADY DLŽNÉHO POISTNÉHO

- 8.1. Poskytovateľ a Poistovňa sa dohodli, že v prípade, ak Poistenec, ktorý je dlžníkom v zmysle ust. § 9 ods. 2 Zákona zdravotnom poistení prejaví záujem o úhradu dlžného poistného môže sa Poskytovateľ s Poistencom dohodnúť na prijatí úhrady od Poistenca a to za podmienok uvedených v tomto článku.
- 8.2. Dohoda Poskytovateľa a Poistenca podľa bodu 8.1. tohto článku je možná iba v prípade, ak i) Poistenec bude ochotný uhradiť dlžné poistné v celej výške, t.j. vo výške v akej bude ku dňu prijatia platby Poistovňou sprístupnená v informačnom systéme Poskytovateľa a zároveň ii) Poistenec udeľí Poskytovateľovi v súlade s NARIADENÍM EURÓPSKEHO PARLAMENTU A RADY (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) (ďalej len „GDPR“) písomný súhlas so spracúvaním osobných údajov, ktoré Poskytovateľ poskytne Poistovni a Poistovňa Poskytovateľovi za účelom spracovania úhrady Poistenca a odstránení Poistenca zo zoznamu dlžníkov.
- 8.3. Poistovňa za týmto účelom splnomocňuje Poskytovateľa v zmysle ust. § 31 a nasl. zákona č. 40/1964 Zb. Občianskeho zákonníka na prijatie úhrady dlžného poistného od Poistenca, ktorý je dlžníkom podľa ust. § 9 ods. 2 Zákona o zdravotnom poistení, v mene a na účet Poistovne. Poskytovateľ je oprávnený úhradu dlžného poistného zadržať u seba a to až do momentu najbližšieho zúčtovania poskytnutej zdravotnej starostlivosti a vykázať Poistovni celkovú sumu prijatých úhrad dlžného poistného za Zúčtovacie obdobie prostredníctvom svojho informačného systému.
- 8.4. Zmluvné strany sa dohodli, že pri úhrade poskytnutej zdravotnej starostlivosti sa započíta pohľadávka Poistovne za vykázané úhrady dlžného poistného prijaté Poskytovateľom s pohľadávkou Poskytovateľa za poskytnutú zdravotnú starostlivosť počas Zúčtovacieho obdobia. V prípade, ak bude voči Poskytovateľovi uplatnená zmluvná pokuta podľa článku VIII. VZP, vykoná sa započítanie tak, že

najskôr sa voči pohľadávke Poskytovateľa započíta pohľadávka Poistovne titulom uplatnenej zmluvnej pokuty.

- 8.5. Poistovňa sa zaväzuje nahradiť Poskytovateľovi náklady vynaložené v súvislosti s prijatím úhrady podľa tohto článku. Zmluvné strany sa dohodli na paušálnej náhrade, ktorá predstavuje 1% zo sumy každej úhrady, najmenej však 3,- €. Zmluvné strany sa dohodli, že paušálna náhrada bude započítaná s pohľadávkou Poistovne za vykázané úhrady dlžného poistného prijaté Poskytovateľom. Započítanie podľa tohto bodu sa vykoná pred započítaním podľa bodu 8.4. Zmluvy.

IX. ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA

- 9.1. Neoddeliteľnou súčasťou tejto Zmluvy je:

- a. príloha č. 1, ktorá obsahuje zoznam zdravotníckej techniky a zoznam zdravotných výkonov podľa bodu 2.2. Zmluvy;
- b. príloha č. 2, ktorá obsahuje vzor formulára preukazujúceho vykonanie preventívnej prehliadky podľa bodu 2.3. písm. c. Zmluvy;
- c. príloha č. 3, ktorá obsahuje zoznam špecializovaných nemocníc a liečební a vzor žiadosti o ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti podľa bodu 2.4. Zmluvy;
- d. príloha č. 4 (Cenník), ktorá obsahuje výšku Kapitácie podľa bodu 3.2. Zmluvy, zoznam zdravotných výkonov a iných nákladov, ktoré podľa bodu 3.5. Zmluvy nie sú zahrnuté v Kapitácii, výšku Dodatkovej kapitácie podľa bodu 4.2. Zmluvy a výšku Doplnkovej kapitácie podľa článku V. Zmluvy.
- e. príloha č. 4i (Cenník 2), ktorá obsahuje výšku Kapitácie podľa bodu 3.2. Zmluvy, zoznam zdravotných výkonov a iných nákladov, ktoré podľa bodu 3.5. Zmluvy nie sú zahrnuté v Kapitácii a výšku Dodatkovej kapitácie podľa bodu 4.2. Zmluvy.

- 9.2. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že v prípade zásadného poklesu disponibilných zdrojov v sektore verejného zdravotného poistenia pristúpia zmluvné strany bezodkladne k rokovaniu o úprave zmluvných a cenových podmienok.
- 9.3. Poistovňa aj Poskytovateľ sa zaväzujú v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti informovať poistencov Poistovne vždy korektne, pravdivo a neskreslene o skutočnostiach vyplývajúcich zo Zmluvy, VZP a platných právnych predpisov.
- 9.4. Neoddeliteľnou súčasťou rovnopisu tejto Zmluvy určeného pre Poskytovateľa sú VZP účinné od 1. apríla 2012. V prípade, ak Poskytovateľ s Poistovňou uzavrel pred účinnosťou Zmluvy zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, VZP sú mu známe a sú zverejnené na webovom sídle Poistovne www.dovera.sk/lekar/zmluvy.
- 9.5. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že prvá veta bodu 4.19. VZP sa použije len v prípade, ak by náklady na biomedicínsky výskum u Poskytovateľa mali byť čo i len čiastočne hrazené z verejného zdravotného poistenia.
- 9.6. Pre prípad, že Ministerstvo zdravotníctva SR rozhodne čo i len čiastočne o zrušení regulácie cien výrobkov, služieb a výkonov v oblasti zdravotníctva, Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že zdravotné výkony, ktorých bodová hodnota nevyplýva z rozhodnutia Ministerstva zdravotníctva SR, budú ocenené takou bodovou hodnotou, akú upravovalo posledné účinné rozhodnutie Ministerstva zdravotníctva SR.
- 9.7. Ak Poskytovateľ na základe zanikajúcej zmluvy doručil Poistovni zmeny v zozname lekárov podľa príslušných ustanovení VZP, považuje sa to za splnenie povinnosti podľa bodu 1.3. Zmluvy.
- 9.8. Poistovňa sa podľa zákona č. 315/2016 Z. z. o registri partnerov verejného sektora a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o RPVS“) zapisuje do registra partnerov verejného sektora (ďalej len „register“). Poskytovateľ, ktorý prijíma na základe Zmluvy finančné prostriedky alebo plnenie od Poistovne, ktoré jednorazovo presiahnu sumu 100 000,00 EUR alebo v kalendárnom roku v úhrne presiahnu sumu 250 000,00 EUR je povinný byť najmenej počas doby platnosti Zmluvy registrovaný v registri a plniť všetky povinnosti, ktoré Poskytovateľovi zo zákona o RPVS vyplývajú. Poskytovateľ berie na vedomie oprávnenia, ktoré Poistovni priznáva § 15 a 23 zákona o RPVS v prípade nesplnenia povinností Poskytovateľom, ktorými sú právo odstúpiť od Zmluvy a skutočnosť, že Poistovňa sa nedostane do omeškania splnením pri neuhradení úhrady Poskytovateľovi podľa VZP. Poistovňa o skutočnosti neuhradenia úhrady podľa predchádzajúcej vety Poskytovateľa informuje v lehote splatnosti faktúry dohodnutej vo VZP.
- 9.9. Poskytovateľ sa zaväzuje vyvinúť maximálne možné úsilie, ktoré od neho možno spravodlivo požadovať, za účelom zabezpečenia poskytovania zdravotnej starostlivosti pre poistencov Poistovne na čo najvyššej

úrovni čo do rozsahu, štruktúry a kvality zdravotnej starostlivosti. Poskytovateľ umožní Poistencovi objednanie sa na vyšetrenie na presný čas tak, aby nebolo obmedzené poskytovanie neodkladnej zdravotnej starostlivosti a zdravotnej starostlivosti pre poistencov Poistovne, ktorí objednávajú na presný čas nepožadujú.

9.10. Poistovňa aj Poskytovateľ vyhlasujú, že si Zmluvu aj VZP prečítali, ich obsahu porozumeli a na znak toho, že obsah Zmluvy aj VZP zodpovedá ich skutočnej a slobodnej vôli, túto Zmluvu podpísali.

V Trnave, dňa 29. júla 2022

DOVERA zdravotná poisťovňa, a. s.
Ing. Peter Sýkora, MPH
regionálny riaditeľ nákupu ZS

Zdravá župa, s. r. o.