

Zmluva č. 43NDOS000126

Čl. 1 Zmluvné strany

1. Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

sídlo: Panónska cesta 2, 851 04 Bratislava – mestská časť Petržalka
zastúpená: Ing. Matúš Jurových, PhD., predseda predstavenstva
Ing. Viktor Očkay, MPH, podpredseda predstavenstva
JUDr. Denisa Slivková, člen predstavenstva
IČO: 35937874
IČ DPH: SK2022027040
banka: Štátna pokladnica
číslo účtu: SK76 8180 0000 0070 0018 2387
zápis: Obchodný register Mestského súdu Bratislava III, odd.: Sa, vložka č. 3602/B

osoba oprávnená konať vo veci zmluvy: Ing. Ľuboslava Burdová
regionálna riaditeľka oddelenia nákupu
zdravotnej starostlivosti Košice
adresa: Senný trh 1, 040 01 Košice

(ďalej len „poisťovňa“)

2. Stredisko sociálnej pomoci mesta Košice

so sídlom: Garbiarska 1082/4, 040 01 Košice
Zastúpený: Ing. Anton Širgel' - riaditeľ
IČO: 00696871
Zápis: Zriaďovacia listina rozpočtovej organizácie č. MK/A/2021/14455
Bankové spojenie: Prima banka Slovensko, a.s.
Číslo účtu: SK36 5600 0000 0005 0235 4001
Identifikátor poskytovateľa: U46154

(ďalej len „poskytovateľ“)

uzatvárajú

v súlade s § 7a 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, 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.“), 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, zákonom č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve v znení neskorších predpisov, zákonom č. 579/2004 Z. z. o záchrannej zdravotnej službe v znení neskorších predpisov, zákonom č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení v znení neskorších predpisov, zákonom č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov, zákonom č. 363/2011 Z.z. o rozsahu

a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov, zákonom č. 513/1991 Zb. Obchodný zákonník v znení neskorších predpisov (ďalej len „Obchodný zákonník“), 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

túto zmluvu o poskytovaní a úhrade ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení sociálnej pomoci (ďalej len „Zmluva“).

Čl. 2

Predmet zmluvy

1. Predmetom tejto Zmluvy je zabezpečovanie poskytovania a úhrada zdravotnej starostlivosti, ktorou je ošetrovateľská starostlivosť v zariadeniach poskytovateľa (ďalej len „zdravotná starostlivosť“), v cenách, rozsahu a za podmienok stanovených v tejto Zmluve a Všeobecných zmluvných podmienkach (ďalej len „VZP“).
2. Poskytovateľ na základe platného rozhodnutia príslušného orgánu 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 a špecializačnom odbore a na mieste prevádzkovania zariadenia poskytovateľa uvedených v Prílohe č. 2o Zmluvy.
3. Predmetom tejto Zmluvy je aj dohoda o úhrade liekov a zdravotných výkonov poskytnutých zariadením spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, ktoré lekár poskytovateľa predpísal alebo indikoval pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti počas doplnkových ordinačných hodín alebo počas poskytovania domácej starostlivosti v znení súvisiacich predpisov.

Čl. 3

Základné práva a povinnosti zmluvných strán

1. **Poisťovňa sa zaväzuje** v súlade s touto Zmluvou, VZP a príslušnými právnymi predpismi uhradiť poskytovateľovi zdravotnú starostlivosť uhrádzanú na základe verejného zdravotného poistenia v cene a 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.
2. **Poskytovateľ sa zaväzuje najmä:**
 - a) poskytovať poistencom poisťovne a ostatným osobám podľa Čl. 3 bod 1 zdravotnú starostlivosť v súlade s touto Zmluvou a VZP,
 - b) spĺňať kritériá na uzatvorenie zmluvy počas celej doby trvania zmluvy, pokiaľ sa tieto na poskytovateľa vzťahujú; kritériá na uzatvorenie zmluvy tvoria Prílohu č. 3o Zmluvy.
 - c) dodržiavať ordinačné hodiny schválené príslušným samosprávnym krajom,
 - d) poskytovať poistencom poisťovne a ostatným osobám podľa Čl. 3 bod 1 zdravotnú starostlivosť lekárom alebo iným kompetentným zdravotníckym pracovníkom minimálne počas ordinačného času určeného na poskytovanie zdravotnej starostlivosti.

- e) oznámiť poisťovni zmenu ordinačných hodín poskytovateľa v lehote 7 dní odo dňa schválenia zmeny ordinačných hodín príslušným samosprávnym krajom,
- f) zodpovedá za dodržanie účelnosti, efektívnosti a odbornej správnosti diagnostických a terapeutických postupov, g) v prípade, že poistenec predpísaný humánny liek alebo zdravotnícku pomôcku dlhodobo užíva a nie je potrebná zmena dávkovania a/alebo liekovej formy lieku, predpisujúci lekár v rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti preferuje predpísanie humánneho lieku spôsobom uvedeným v § 119 odseku 5 zákona č. 362/2011 Z. z. alebo zdravotnícku pomôcku elektronicky, vytvorením preskripčného záznamu s poznámkou „REPETATUR“ podpísaný elektronickým podpisom v elektronickej zdravotnej knižke poistenca.

Čl. 4

Cena a podmienky úhrady

Zmluvné strany sa dohodli na úhrade za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v cenách a za podmienok, ktoré sú uvedené v Prílohe č. 1o tejto Zmluvy.

Čl. 5

Rozsah zdravotnej starostlivosti

1. Zmluvné strany sa dohodli na rozsahu zdravotnej starostlivosti, ktorý je uvedený v Prílohe č. 2o tejto Zmluvy.
2. Rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti sa dohoduje v členení a štruktúre uvedenej v Prílohe č. 2o tejto Zmluvy.

Čl. 6

Osobitné ustanovenia

1. Zmluvné strany sú povinné zachovávať mlčanlivosť o skutočnostiach týkajúcich sa poskytovania zdravotnej starostlivosti na základe tejto Zmluvy. Táto povinnosť trvá aj po ukončení platnosti Zmluvy.
2. Zmluvné strany sú povinné navzájom sa písomne informovať o každej zmene súvisiacej so zmluvným vzťahom do 7 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 strane týmto nie je dotknutý.
3. Poisťovňa vykoná doúčtovanie výkonov zdravotnej starostlivosti za kalendárny štvrťrok do výšky súčtu mesačných zmluvných rozsahov samostatne podľa jednotlivých typov zdravotnej starostlivosti spolu so zúčtovaním poskytnutej zdravotnej starostlivosti za posledný mesiac príslušného štvrťroka. Poisťovňa vykoná doúčtovanie výkonov zdravotnej starostlivosti za celý kalendárny rok do výšky súčtu mesačných zmluvných rozsahov samostatne podľa jednotlivých typov zdravotnej starostlivosti do 31.3. nasledujúceho kalendárneho roka.
4. Zmluvné strany sa zaviazali riešiť rozpory, ktoré sa týkajú plnenia záväzkov a povinností vyplývajúcich zo Zmluvy dohodou. Výzva na dohodovacie konanie musí byť písomná. Pokiaľ nedôjde k takejto dohode, môže sa ktorákoľvek zo zmluvných strán domáhať svojich práv súdnou cestou.
5. Osobitné protikorupčné ustanovenia:
 - 5.1. 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.

- 5.2. 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.
- 5.3. 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.
- 5.4. V prípade, že akýkoľvek neprimeraný 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.
6. Poskytovateľ nie je oprávnený postúpiť akékoľvek práva a pohľadávky vyplývajúce z tejto zmluvy na tretie osoby bez predchádzajúceho písomného súhlasu poisťovne. Právny úkon, ktorým budú práva a pohľadávky postúpené v rozpore s týmto bodom, bude neplatný.

Čl. 7

Záverečné ustanovenia

1. Zmluva sa uzatvára na dobu určitú do 31.03.2027, prílohy k zmluve sú uzatvorené tak, ako je uvedené v bode 8 tohto článku.
2. Zmluva zaniká:
 - 2.1. uplynutím výpovednej lehoty,
 - 2.2. okamžitým skončením zmluvného vzťahu v zmysle bodu 4 tohto článku,
 - 2.3. písomnou dohodou zmluvných strán,
3. Každá zmluvná strana je oprávnená vypovedať Zmluvu iba z dôvodov uvedených v zákone č. 581/2004 Z. z., pokiaľ nie je dohodnuté inak. Výpovedná lehota je dvojmesačná a začína plynúť prvým dňom mesiaca nasledujúceho po mesiaci, v ktorom bola výpoveď doručená.
4. 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. V prípade ak bude rozhodnutie zrušené iba z dôvodu zmeny miesta prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia a nové miesto prevádzkovania bude v tom istom okrese, ako miesto prevádzkovania uvedené v zrušenom rozhodnutí, poisťovňa predloží poskytovateľovi dodatok k zmluve alebo zmluvu v nezmenenom rozsahu. Mesto Bratislava a mesto Košice sa na účely predchádzajúcej vety považujú za okres. V prípade, že povolenie na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia bude zrušené z dôvodu jeho odborného zamerania alebo zmeny odborného zástupcu, môžu sa zmluvné strany dohodnúť na zmene zmluvy podľa bodu 6 tohto článku. Ak nový odborný zástupca spĺňa všetky náležitosti v rovnakom rozsahu ako pôvodný odborný zástupca, poisťovňa predloží poskytovateľovi dodatok k zmluve alebo zmluvu v nezmenenom rozsahu. Ak k dohode medzi zmluvnými stranami podľa dvoch predchádzajúcich viet nedôjde, zmluvný vzťah medzi poskytovateľom a poisťovňou končí dňom nadobudnutia právoplatnosti rozhodnutia o zrušení povolenia poskytovateľa. Povinnosť poisťovne uzatvoriť s poskytovateľom Zmluvu po vydaní nového povolenia, je v rozsahu podľa § 7 zákona č. 581/2004 Z. z.
5. V prípade, že do skončenia dohodovacieho konania nedôjde medzi zmluvnými stranami k dohode o predĺžení platnosti ktorejkoľvek z príloh týkajúcich sa ceny a podmienok úhrady zdravotnej starostlivosti pre daný typ zdravotnej starostlivosti (ďalej ako „typ ZS“), dochádza k zániku iba tých častí zmluvy, ktoré sa týkajú predmetného typu ZS. V prípade, že poskytovateľ poskytuje zdravotnú starostlivosť iba v jednom type ZS, a do skončenia dohodovacieho konania nedôjde medzi zmluvnými stranami k dohode o predĺžení platnosti

príloh týkajúcich sa ceny a podmienok úhrady zdravotnej starostlivosti, dochádza k zániku zmluvy v celom rozsahu.

6. Akékoľvek zmeny a doplnky k tejto Zmluve a VZP možno vykonať iba po vzájomnej dohode zmluvných strán, a to formou písomných číslovaných dodatkov.
7. Neoddeliteľnou súčasťou tejto Zmluvy sú:
 - Príloha č. 1o – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti v type ZS 603
 - Príloha č. 2o – Rozsah zdravotnej starostlivosti v type ZS 603
 - Príloha č. 3o – Kritériá na uzatváranie zmlúv
 - Príloha č. 4 – Nakladanie s liekmi, zdravotnými pomôckami a špeciálnym zdravotníckym materiálom
8. Platnosť príloh k zmluve je dohodnutá a uvedená v nasledovnej tabuľke:

Príloha k zmluve	Číslo prílohy	Typ ZS	Platnosť prílohy
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1o	603	31.03.2027
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2o	603	31.03.2027
Kritériá na uzatváranie zmlúv	3o	603	neurčito
Nakladanie s liekmi, zdravotnými pomôckami a špeciálnym zdravotníckym materiálom	4	603	neurčito

9. Súčasťou tejto Zmluvy sú VZP účinné od 1.1.2021, ktoré upravujú niektoré práva a povinnosti zmluvných strán.
10. Odchýlne dojednania Zmluvy majú prednosť pred znením VZP.
11. Táto Zmluva je vyhotovená v dvoch rovnopisoch, z ktorých každý sa považuje za originál. Každá zo zmluvných strán obdrží jeden rovnopis Zmluvy.
12. Vzťahy neupravené touto Zmluvou sa riadia všeobecne záväznými právnymi predpismi.
13. Zmluvné strany prehlasujú, že si Zmluvu a VZP prečítali, ich obsahu porozumeli. Zmluvné strany uzatvárajú Zmluvu slobodne, vážne a bez nátlaku a na znak súhlasu s jej obsahom ju podpisujú.
14. Táto zmluva vzniká dňom jej podpisu obidvoma zmluvnými stranami a účinnosť nadobúda dňom **1.3.2026** po jej predchádzajúcom zverejnení v zmysle § 47a zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov.

V Košiciach dňa 27.2.2026

Za poskytovateľa:

Za poisťovňu:

.....
Ing. Anton Širgel
riaditeľ
Stredisko sociálnej pomoci mesta Košice

.....
Ing. Ľuboslava Burdová
regionálna riaditeľka nákupu zdravotnej
starostlivosti Košice
Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

Príloha č. 1o
k Zmluve č. 43NDOS000126

Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti

Časť A. Ústavná zdravotná starostlivosť

Cena za ošetrovací deň (OD)		
Odbornosť	Názov oddelenia	Cena za OD v €
620	Hospic – ošetrovacie dni – poskytovanie zdravotnej starostlivosti do 183 dní Podmienky akceptácie a úhrady ústavnej hospicovej starostlivosti: A. INDIKÁCIE Osoba na prijatie do ústavnej hospicovej starostlivosti súčasne spĺňa uvedené podmienky v bodoch a) až d): a) osoba v terminálnej fáze nezvratne progresívneho somatického ochorenia (prognóza života pacienta niekoľko týždňov až mesiacov) po vyčerpaní všetkých terapeutických možností, ktoré by mohli chorobu vyliečiť alebo zastaviť jej progresiu, pričom platí, že takéto liečebné postupy ani nebudú poistencovi poskytované; b) zdravotný stav poistenca vyžaduje dennú lekársku starostlivosť dokumentovanú v dekurze, zameranú na riešenie akútnych zmien zdravotného stavu vyžadujúcich lekárske zásahy a potvrdzujúcich progresiu ochorenia vedúcu k smrti (napr. úprava analgosedácie, psychofarmakologickej liečby, parenterálnej výživy, antiemetikovej liečby, nastavenie antibiotickej liečby, evakuácia ascitu, pneumothoraxu, úprava liečby kardiovaskulárneho systému a respiračných komplikácií); c) potreba nepretržitého poskytovania výlučne paliatívnej starostlivosti na udržanie kvality života a dôstojnosti pacienta a d) zdravotnú starostlivosť nie je možné realizovať v domácom prostredí prostredníctvom mobilného hospicu alebo agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti, ani v dome ošetrovateľskej starostlivosti alebo v zariadení sociálnych služieb. e) osoba vo vegetatívnom stave s dg. R40.2 bez známkov reverzibility, sprevádzanom v domácom prostredí nevládnuteľnými symptómami. B. PODMIENKY SCHVAĽOVANIA Prijatie do ústavnej hospicovej starostlivosti zdravotná poisťovňa vopred neschvaľuje, je však oprávnená preskúmať opodstatnenosť indikácie poistenca. V prípade, že je poistenec v hospici hospitalizovaný viac ako 60 dní, do 68. dňa poskytovateľ ústavnej hospicovej starostlivosti dokladuje zdravotnej poisťovni skutočnosť podľa písm. A. a B. tejto časti prílohy a zasiela objektívne zhodnotenie aktuálneho zdravotného stavu poistenca v rozsahu tlačiva Žiadosti o predĺženie úhrady na základe verejného zdravotného poistenia uverejnenej na webovom sídle zdravotnej poisťovne. V prípade zasielania prvej žiadosti je žiadosť adresovaná na oddelenie revízných činností príslušnej pobočky VŠZP, pri opakovanej žiadosti je žiadosť smerovaná oddelenie metodiky revízných činností generálneho riaditeľstva VŠZP. V prípade apalického pacienta je potrebné k žiadosti priložiť kópiu aktuálneho neurologického nálezu. Žiadosť je v tomto prípade schvaľovaná na príslušnej krajskej pobočke poisťovne - poskytnutá zdravotná starostlivosť hradená cenou za ošetrovací deň v starostlivosti o apalických pacientov (perzistentný vegetatívny stav, ktorý trvá bez známkov reverzibility minimálne 6 mesiacov od vzniku traumatického alebo netraumatického poškodenia mozgu, sprevádzaný v domácom prostredí nevládnuteľnými symptómami) je vykazovaná s diagnózou R40.2. Súhlas poisťovne je platný maximálne 6 mesiacov, po uplynutí tejto doby je potrebná nová žiadosť poskytovateľa, pričom poskytovateľ uvedie do žiadosti aktuálne údaje o zdravotnom stave poistenca s kópiou aktuálneho neurologického nálezu.	243,00

	Zdravotná poisťovňa poskytne poskytovateľovi vyjadrenie najneskôr do 15 dní od doručenia kompletnej žiadosti. Rovnako poskytovateľ a poisťovňa postupujú aj v prípade, ak zdravotný stav poistenca vyžaduje poskytovanie ústavnej hospicovej starostlivosti dlhšie ako šesť kalendárnych mesiacov (resp. 183 dní). V prípade, že poskytovateľ nedoručí Žiadosť o predĺženie úhrady na základe verejného zdravotného poistenia, VŠZP vykázanú zdravotnú starostlivosť po uplynutí zmluvne dohodnutého obdobia neuhradí. V prípade doručenia Žiadosti o predĺženie úhrady na základe verejného zdravotného poistenia po stanovenom termíne (po uplynutí stanoveného počtu dní) VŠZP žiadosť posúdi a vyhotoví stanovisko platné odo dňa doručenia žiadosti. C. PODMIENKY ÚHRADY Špecializovaná paliatívna zdravotná starostlivosť o osobu v terminálnej fáze nezvratne progresívneho somatického ochorenia sa v hospici uhrádza najviac šesť kalendárnych mesiacov (resp. 183 dní) odo dňa prvého prijatia osoby (URČ) do ústavnej starostlivosti. Do tohto limitu sa ku dňu 1.2.2026 započíta počet dní hospitalizácie z predchádzajúceho obdobia. Rovnaká pevná cena sa uplatní na predĺženú dobu poskytovania paliatívnej starostlivosti od 184. dňa pre osobu, ktorej bola paliatívna zdravotná starostlivosť indikovaná pred dosiahnutím 19 roku veku života, po odsúhlasení predĺženia paliatívnej zdravotnej starostlivosti zdravotnou poisťovňou.	
620	Hospic – ošetrovacie dni – poskytovanie zdravotnej starostlivosti od 184. dňa Podmienky akceptácie a úhrady ústavnej hospicovej starostlivosti: Predĺženie paliatívnej zdravotnej starostlivosti odsúhlasené zdravotnou poisťovňou od 184. dňa pre osobu, ktorej bola paliatívna zdravotná starostlivosť indikovaná po dosiahnutí 19 roku veku života.	121,50

Cena za ukončenú hospitalizáciu, ošetrovací deň v ústavnej zdravotnej starostlivosti

I. Podmienky akceptácie a úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti.

1. UZS je poskytovaná poistencovi, ktorého zdravotný stav vyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín. Neodkladná UZS je poskytovaná aj bez odporúčania iného ošetrojúceho lekára. Odkladná (plánovaná) UZS je poskytovaná na základe odporúčania ošetrojúceho lekára poistenca a odôvodnenia prijatia do UZS.
2. Poisťovňa uhradí za hospitalizáciu dlhšiu ako 24 hodín cenu za ukončenú hospitalizáciu alebo cenu za ošetrovaní deň, to neplatí v prípade výkonov hrazených osobitným spôsobom. Cena za ukončenú hospitalizáciu sa uhrádza za oddelenie, na ktorom bola poistencovi poskytovaná zdravotná starostlivosť dlhšie ako 24 hodín.
3. Cena za ukončenú hospitalizáciu a cena za ošetrovací deň zahŕňa všetky náklady a úhradu za komplexnú poskytnutú starostlivosť, pokiaľ ďalej nie je uvedené inak.
4. Ak bol poistenec prijatý na lôžkové oddelenie na poskytovanie UZS, hospitalizácia však nebola dlhšia ako 24 hodín, je poskytovateľ oprávnený vykázať poisťovní všetky výkony, ktoré boli poskytnuté poistencovi formou ambulantných výkonov.
5. Ak bol poistenec prijatý na lôžkové oddelenie na poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti, hospitalizácia však nebola dlhšia ako 24 hodín v dôsledku úmrtia poistenca, je poskytovateľ oprávnený vykázať poisťovní hospitalizáciu a pripočítateľné položky, ktoré boli poskytnuté poistencovi počas poskytovania ústavnej zdravotnej starostlivosti v dávke ústavnej starostlivosti vo výške 50% ceny za ukončenú hospitalizáciu.
6. Ak bol poistenec prijatý na lôžkové oddelenie na poskytovanie UZS, hospitalizácia však nebola dlhšia ako 1 hodinu v dôsledku úmrtia poistenca, je poskytovateľ oprávnený vykázať výkony poskytnuté počas resuscitácie spolu s pripočítateľnými položkami, ktoré sú vykazované v dávkach ambulantnej starostlivosti.
7. Hospitalizácie na oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny budú posudzované vždy individuálne, na základe dokumentovaného zdravotného stavu poistenca a poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Hospitalizácia bude považovaná za odôvodnenú, ak zdravotný stav poistenca vyžadoval nepretržitú intenzívnu starostlivosť najvyššieho alebo vyššieho stupňa pri zlyhaní alebo zlyhávaní jednej alebo viacerých životných funkcií a orgánových systémov, podporu jednej alebo viacerých základných životných funkcií počas najmenej 24 hodín hospitalizácie na oddelení, nepretržité neinvazívne, ev. invazívne monitorovanie všetkých životných funkcií, vrátane záznamu, opakované sledovanie rozšírených hematologických a biochemických parametrov, opakované intervencie pre poruchu funkcie orgánových systémov alebo vnútorného prostredia. Za prístrojové udržiavanie životných funkcií sa nepovažuje krátkodobá umelá pľúcna ventilácia po anestézii.

- Pri posudzovaní odôvodnenosti hospitalizácie poistenca bude poisťovňa ako pomocné kritérium uplatňovať TISS skórovací systém (Therapeutic Intervention Scoring System).
- Hospitalizácia na oddelení pediatrickej intenzívnej starostlivosti bude považovaná za odôvodnenú, ak zdravotný stav poistenca vyžadoval nepretržitú intenzívnu starostlivosť stredného alebo vyššieho stupňa pri hroziacej poruche jednej alebo viacerých životných funkcií a orgánových systémov počas najmenej 24 hodín hospitalizácie na oddelení, nepretržité monitorovanie najmenej dvoch životných funkcií, vnútro žilovú infúziu liečbu, nepretržité sledovanie zdravotného stavu poistenca, bilanciú príjmu a výdaja tekutín, vrátane hodinovej diurézy, indikované laboratórne sledovanie základných hematologických a biochemických parametrov najmenej 1x denne a vedenie osobitnej dokumentácie (dokumentácia musí obsahovať písomné zdôvodnenie indikácie intenzívnej starostlivosti lekárom, ktorý žiada prijatie na oddelenie pediatrickej intenzívnej starostlivosti). Pri posudzovaní odôvodnenosti hospitalizácie poistenca bude poisťovňa ako pomocné kritérium uplatňovať TISS skórovací systém (Therapeutic Intervention Scoring System).
8. Ak je poistenec hospitalizovaný za účelom plánovaného poskytnutia operačného výkonu a tento nie je z akýchkoľvek dôvodov vykonaný, poisťovňa neuhradí cenu ukončenej hospitalizácie. Poskytovateľ je oprávnený vykázať v dávke ambulantnej starostlivosti rovnakej odbornosti poskytnutie výkonu s kódom 60a.
 9. Poskytovateľ môže prijať na geriatrické oddelenie poistenca, ktorý v čase začatia hospitalizácie dovŕšil 65-ty rok života. Na oddelenie dlhodobo chorých alebo do liečebne dlhodobo chorých možno prijať poistenca, ktorého zdravotný stav predpokladá trvanie hospitalizácie dlhšie ako 21 kalendárnych dní.
 10. Hospitalizácia na oddeleniach cievnej chirurgie bude poisťovňou posudzovaná ako odôvodnená a bude uhrádzaná vtedy, ak u poistenca bude vykonaný operačný výkon na magistralných cievach: operačné výkony na karotických artériách, hrudnej a brušnej aorte, hornej a dolnej dutej žile, by-passové operácie na periférnych vetvách artériového cievneho riečiska, trombektómie a embolektómie.
 11. Podmienkou akceptovania hospitalizácie na oddeleniach, kde je poskytovaná liečba cytostatickými a imunomodulačnými liekmi (napr. onkológia, hematológia, urológia, pneumológia, atď.) a jej úhrady je, že lieky podávané počas hospitalizácie neboli predpísané na lekárske predpis.
 12. Na oddeleniach paliatívnej starostlivosti, jednotkách paliatívnej medicíny a hospicoch je poskytovaná paliatívna starostlivosť poistencom s chronickou nevyliciteľnou, pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou s časovo obmedzeným prežívaním a terminálna starostlivosť zomierajúcim poistencom.
 13. Vysokošpecializované ústavy môžu prijímať poistencov len s ochoreniami, na ktoré je ústav špecializovaný.
 14. Poskytovateľ môže poistenca, ktorému poskytuje UZS, preložiť na iné oddelenie toho istého zdravotníckeho zariadenia len v prípade, ak zdravotný stav poistenca nevyhnutne vyžaduje hospitalizáciu na inom oddelení.
 15. Opakovaná hospitalizácia na rovnakom oddelení počas jedného súvislého poskytovania UZS sa považuje za jednu pokračujúcu hospitalizáciu na príslušnom oddelení. Preklad z oddelenia na oddelenia z dôvodu poskytnutia výkonu, vyšetrenia, ošetrovania, ktoré hospitalizáciu na ďalšom oddelení nevyžaduje, nebude poisťovňou akceptovaný a uhradený.
 16. Poskytovateľ môže odoslať poistenca na poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti k inému poskytovateľovi po vzájomnej dohode len v prípade, ak to nevyhnutne vyžaduje zdravotný stav poistenca. Odoslanie poistenca na ďalšie poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa predchádzajúcej vety musí byť podrobne odôvodnené v zdravotnej dokumentácii a v prepúšťacej správe a musí byť podpísané primárom oddelenia, resp. primárom alebo prednostom kliniky, v ktorej bol poistenec hospitalizovaný.
 17. Hospitalizácia poistenca, ktorá nadväzuje na hospitalizáciu na oddelení iného zdravotníckeho zariadenia, a ktorá nespĺňa podmienky odôvodnenia pokračovania poskytovania UZS podľa predchádzajúceho bodu, nebude poisťovňou akceptovaná a uhradená.
 18. Poisťovňa neuhradí v priebehu hospitalizácie ambulantné výkony poskytnuté v špecializovanej ambulantnej starostlivosti okrem prvého a posledného dňa hospitalizácie a výkonov špecializovanej ambulantnej starostlivosti, ktoré nesúvisia s ochorením resp. Dg. hospitalizovaného pacienta.
 19. Poisťovňa počas hospitalizácie poistenca neuhradí osobitne SVLZ výkony rovnakej odbornosti ako je odbornosť oddelenia, na ktorom je poistenec hospitalizovaný (napr. radiačná onkológia, fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia, výkony funkčnej diagnostiky prislúchajúce odbornosti lôžkového oddelenia).
 20. 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.
 21. Poskytovateľ pri vykonávaní výkonov plánovanej zdravotnej starostlivosti dodržiava poradie poistencov v zozname, ktorý je oznamovaný poskytovateľovi poisťovňou.
 22. 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 prípadne z maximálnej úhrady výkonov uhrádzaných v ústavnej zdravotnej starostlivosti („balíčkové ceny TEP“).
 23. Ustanovenie bodu 22 tohto článku sa neuplatní ak sa jedná o neodkladnú zdravotnú starostlivosť podľa § 2 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. alebo ak bolo uprednostnenie v zozname vopred odsúhlasené poisťovňou.
 24. Pokiaľ poskytovateľ použije pri poskytovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti ŠZM uvedený v Zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov (ďalej len „Zoznam kategorizovaných ŠZM“) alebo nekategorizovaný ŠZM, poisťovňa uhradí poskytovateľovi cenu vo výške skutočných nadobúdacích nákladov ŠZM, maximálne však vo výške úhrady kategorizovaného a nekategorizovaného ŠZM so stanovenou maximálnou tzv. pripočítateľnou položkou (ďalej len „pripočítateľná položka“) osobitne uhrádzanou v ústavnej starostlivosti, ktorý je zverejnený na webovej stránke poisťovne, v súlade s indikačnými kritériami. Pokiaľ

- maximálna cena ŠZM nie je uvedená v zmluve, uhradí poisťovňa maximálnu cenu uvedenú v Zozname kategorizovaných ŠZM. Rozdiel medzi cenou, za ktorú poskytovateľ ŠZM obstaral a cenou, ktorú poisťovňa uhradila, je v cene výkonu alebo v cene ukončenej hospitalizácie.
25. Poskytovateľ vykazuje kategorizovaný ŠZM s kódom uvedeným v Zozname kategorizovaných ŠZM pod názvom „kód MZ SR“ a nekategorizovaný ŠZM s kódom uvedeným v zmluve. Ak je v zmluve uvedená skratka R alebo RR alebo v Zozname kategorizovaného ŠZM uvedená podmienka súhlasu poisťovne, poskytovateľ vyplní a zašle poisťovní na schválenie žiadosť uverejnenú na webovej stránke poisťovne pod názvom „Žiadosť o úhradu špeciálneho zdravotníckeho materiálu.
26. Pripustky počas hospitalizácie sú akceptované výlučne na psychiatrickom oddelení psychiatrickej nemocnice, psychiatrickej liečebne alebo centra pre liečbu drogovo závislých, v ktorých je poskytovanie zdravotnej starostlivosti uhrádzané formou dohodnutej ceny za ošetrovací deň. Dni, počas ktorých je poistenec na pripustke, sú zdravotníckemu zariadeniu uhrádzané v dĺžke najviac 3 dni vo výške 30% ceny ošetrovacieho dňa, pričom celkový stanovený zmluvný rozsah výkonov sa musí dodržať.
27. Po ukončení hospitalizácie je poskytovateľ povinný vyhotoviť prepúšťaciu správu (táto zásada platí aj pri preklade pacienta na iné oddelenie), ktorá okrem komplexného zhodnotenia zdravotného stavu poistenca a súhrnu výkonov poskytnutej zdravotnej starostlivosti musí obsahovať aj:
- a) zoznam liekov, ktoré poskytovateľ podal poistencovi počas hospitalizácie,
 - b) zoznam liekov a zdravotníckych pomôcok, ktoré poskytovateľ odporúča predpisovať poistencovi po ukončení hospitalizácie,
 - c) mená a kódy lekárov - špecialistov, ktorí odporúčali predpísanie liekov za podmienky dodržania preskripčných a indikačných obmedzení,
 - d) medicínske zdôvodnenie prekladu na iné oddelenie, resp. do iného zdravotníckeho zariadenia.
 - e) dátum a čas začiatku a ukončenia hospitalizácie
28. Poskytovateľ je povinný na žiadosť poisťovne umožniť nahliadnutie do evidencie nozokomiálnych nákaz na jednotlivých oddeleniach v zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, prehľadov sledovania rezistencie jednotlivých mikrobiálnych kmeňov, ústavných liekových formulárov, spotreby antibiotík resp. iných liekov, zaradenia poistencov do klinického výskumu.
29. Zabezpečovanie, schvaľovanie a vykazovanie osobitne uhrádzaných ŠZM:
- a. Zdravotnícke zariadenie je povinné použiť ekonomicky a kvalitatívne najvýhodnejší druh ŠZM a na požiadanie poisťovne dokladovať účelnosť a efektívnosť vynaloženia prostriedkov verejného zdravotného poistenia pri nákupe ŠZM.
 - b. Zmluvné zdravotnícke zariadenie pri plánovanom poskytnutí ŠZM, ktorej úhrada vyžaduje schválenie poskytnutia vopred, podá Žiadosť o schválenie poskytnutia a úhrady ŠZM (ďalej len „žiadosť“) v dvoch vyhotoveniach zmluvnej pobočky (schvaľovanie označené symbolom „R“) resp. Odboru zdravotnému a revíznemu generálneho riaditeľstva poisťovne (schvaľovanie ŠZM označené symbolom „RR“). Vzor žiadosti je uverejnený na internetovej stránke poisťovne
30. Postup pri schvaľovaní a uhrádzaní mimoriadne finančne náročnej zdravotnej starostlivosti (ďalej aj len „MFNZS“) – finančne nákladných liekov v ÚZZ:
- a. Poisťovňa považuje za MFNZS podanie lieku ako jedinej terapeutickkej alternatívy, ktorá bola použitá v súlade so súhrnom charakteristických vlastností lieku (SPC) a súčasne s indikačnými a preskripčnými obmedzeniami podľa aktuálneho Zoznamu kategorizovaných liekov. Poskytovateľ môže požiadať o úhradu MFNZS, ak náklady na podanie jedného lieku alebo skupiny liekov prevýšia cenu ukončenej hospitalizácie. Ak je pri poskytovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti pacient hospitalizovaný na viacerých oddeleniach, uvedený postup sa vzťahuje na oddelenie, ktoré liečbu indikovalo. Požiadavku na úhradu si môže uplatniť poskytovateľ až po ukončení hospitalizácie.
 - b. Poskytovateľ zasiela žiadosť o úhradu MFNZS Generálnemu riaditeľstvu poisťovne - Sekcii nákupu zdravotnej starostlivosti na osobitnom tlačive uverejnenom na internetovej stránke poisťovne, ktorá je potvrdená podpisom a odtlačkom pečiatky vedúceho lekára lôžkového zariadenia a odtlačkom pečiatky a podpisom riaditeľa ÚZZ. Neoddeliteľnou súčasťou žiadosti sú:
 - prepúšťacia lekárska správa,
 - medicínske zdôvodnenie MFNZS, t.j. podania finančne náročných liekov,
 - vyčíslenie nákladov podľa jednotlivých položiek,
 - povolenie na použitie lieku vydané MZ SR, ak ide o liek, u ktorého sa vyžaduje povolenie MZ SR na použitie podľa zákona č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
 - kópia dokladu o nadobudnutí lieku (faktúra od dodávateľa),
 - kópie žiadaniek z ústavnej lekárne s vyznačením mena a rodného čísla poistenca.“
31. Výkony MFNZS sú hradené ako pripočítateľná položka k cene za ukončenú hospitalizáciu ak nie je v Zmluve uvedené inak

Príloha č. 2o
k Zmluve č. 43NDOS000126

Rozsah zdravotnej starostlivosti

Rozsah zdravotnej starostlivosti – je vecný rozsah a rozsah úhrady poskytovanej zdravotnej starostlivosti, plne alebo čiastočne hradenej na základe verejného zdravotného poistenia.

I. VECNÝ ROZSAH PREDMETU ZMLUVY

Vecný rozsah predmetu zmluvy je určený druhom poskytovanej zdravotnej starostlivosti v tom špecializačnom odbore, v ktorom je poskytovateľ oprávnený poskytovať zdravotnú starostlivosť na základe platného rozhodnutia príslušného orgánu, a na ktorom sa zmluvné strany dohodli nasledovne:

Druh zdravotníckeho zariadenia:		Hospic		
Miesto prevádzky: Garbiarska 1082/4, 040 01 Košice				
Druh a forma zdravotnej starostlivost' podľa Čl. 2 Zmluvy "Predmet zmluvy"				
1.	Ústavná zdravotná starostlivost'			
	hospic	druh	odbornost' ambulancií / (časť kódov poskytovateľa "yzz")*	typ ZS
		hospic	620/(101)	603

* uvádza sa časť kódu poskytovateľa „yzz“ (tvar kódu poskytovateľa p99999sppyz), kde „y“ je subkód označujúci druh odborného útvaru a „zz“ označuje poradové číslo rovnakého druhu odborného útvaru rovnakého odborného zamerania v zmysle platného Metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

II. MAXIMÁLNY ROZSAH ÚHRADY ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Maximálny rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti pre vybrané typy zdravotnej starostlivosti je uvedený v tejto časti prílohy.

1. Ústavná zdravotná starostlivosť

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	Mesačný zmluvný rozsah v €
603	Hospic – ošetrovacie dni	54 695€

III. ÚHRADA NAD MAXIMÁLNY ROZSAH ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

- Lieky, okrem liekov pri mimotelovej eliminačnej liečbe a liekov podávaných v stacionároch s výnimkou psychiatrického stacionára, so symbolom úhrady „A“ zaradené do zoznamu liekov podľa osobitného predpisu, pokiaľ tieto budú preukázateľne nadobudnuté v súlade so všeobecne záväznými predpismi, v súlade so zákonom č. 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, v súlade so zákonom č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach v znení neskorších predpisov, zákonom č. 147/2001 Z. z. o reklame v znení neskorších predpisov, zákonom č. 18/1996 Z. z. o cenách v znení neskorších predpisov, zákonom č. 431/2002 Z. z. o účtovníctve v znení neskorších predpisov a súvisiacich predpisoch a vykázané v súlade s platným Metodickým usmernením Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou lieky so symbolom úhrady „A“ zaradené do zoznamu liekov podľa osobitného predpisu. Tento bod sa neuplatňuje pre typ zdravotnej starostlivosti 420 – počítačová tomografia a typ zdravotnej starostlivosti 421 – magnetická rezonancia. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností platí, že úhrada podľa prvej vety tohto bodu je pre typ 420 – počítačová tomografia a 421 – magnetická rezonancia zahrnutá do výpočtu úhrady za zdravotnú starostlivosť poskytnutú v zúčtovacom období podľa Prílohy č. 2 zmluvy - Maximálny rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti.
- Výkony zdravotnej starostlivosti poskytované poistencom členských štátov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska cudzincom zo štátov, s ktorými má SR uzavreté medzištátne dohody, bezdomovcom a poistencom podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov, uhrádzané formou platby za výkon.

Príloha č. 3o
k Zmluve č. 43NDOS000126

Kritéria na uzatváranie zmlúv
(ZS 603)

Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s., v súlade s § 7 ods. 4 písm. a) zákona NR SR č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov stanovuje nasledovné kritériá na uzatváranie zmlúv:

Poradové číslo	Názov kritéria	Váha kritéria v %
1	Dostupnosť zdravotnej starostlivosti najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti podľa platného Nariadenia vlády SR č. 640/2008 Z. z.	20
2	Personálne zabezpečenie Poskytovanie zdravotnej starostlivosti osobami, ktoré spĺňajú podmienky na výkon zdravotníckeho povolania alebo samostatnej zdravotníckej praxe v príslušnom odbore v počte najmenej na úrovni predpísaného minimálneho personálneho vybavenia zdravotníckeho zariadenia podľa výnosu MZ SR z 10. septembra 2008 č. 09812/2008-OL o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení.	20
3	Materiálno – technické vybavenie Materiálno-technické vybavenie pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti najmenej na úrovni predpísaného minimálneho materiálno-technického vybavenia zdravotníckeho zariadenia podľa výnosu MZ SR z 10. septembra 2008 č. 09812/2008-OL o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení, a len takými zdravotníckymi pomôckami a prístrojmi, ktoré spĺňajú technické požiadavky ustanovené zákonom č. 264/1999 o technických požiadavkách na výrobky a o posudzovaní zhody v znení neskorších predpisov.	20
4	Indikátory kvality Indikátory kvality podľa ustanovenia § 7 ods. 4 písm. a), bod 2 a nasl. zákona NR SR č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v platnom znení, ich spracovanie a doručenie poisťovní	20
5	Cena za poskytovanú zdravotnú starostlivosť V súlade s ustanoveniami § 7 zákona č. 581/2004 Z. z. je každý zmluvný partner VŠZP oprávnený do 30 dní odo dňa uverejnenia nižšej ceny podať návrh zdravotnej poisťovní na novú výšku úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorá je nižšia ako nižšia cena. Zmluvní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti môžu podať návrh na príslušnej krajskej pobočke VŠZP, a to podľa miesta výkonu poskytovania zdravotnej starostlivosti	15
6	Prevoz materiálu BIO Zabezpečenie prevozu biologického materiálu určeného na diagnostiku (pre pracoviská SVLZ)	5

**Príloha č. 4
k Zmluve č. 43NDOS000126**

**Nakladanie s liekmi zdravotníckymi pomôckami a špeciálnym zdravotníckym materiálom
obstaranými poisťovňou.**

**Článok I
Všeobecné ustanovenia**

1. Predmetom tejto prílohy zmluvy je stanovenie pravidiel nakladania s liekmi, zdravotníckymi pomôckami a špeciálnym zdravotníckym materiálom (ďalej len „lieky, ZP a ŠZM“), ktoré v súlade s § 6 ods. 13 písm. b) zákona č. 581/2004 Z. z. obstarala pre poskytovateľa poisťovňa, a to z vlastného podnetu alebo na základe žiadosti poskytovateľa a určenie práv a povinností zmluvných strán pri nakladaní s uvedenými liekmi, ZP a ŠZM (ďalej len „Pravidlá“).
2. Poskytovateľ plní všetky povinnosti vyplývajúce mu z Pravidiel bezodplatne.
3. Práva a povinnosti medzi poskytovateľom a poisťovňou, ktoré nie sú priamo upravené v týchto Pravidlách upravuje aj naďalej zmluva, ktorej súčasťou sú Všeobecné zmluvné podmienky.

**Článok II
Obstaranie liekov, ZP a ŠZM**

1. Poisťovňa obstaráva pre poskytovateľa lieky, ZP a ŠZM z vlastného podnetu alebo na základe žiadosti poskytovateľa.
2. Žiadosť poskytovateľa o obstaranie lieku, ZP a ŠZM musí obsahovať:
 - a. názov lieku, ZP, alebo ŠZM, kód pridelený Štátnym ústavom pre kontrolu liečiv (ďalej len „ŠUKL“), príp. u lieku názov účinnej látky
 - b. požadovaný počet balení lieku, resp. počet kusov ZP alebo ŠZM
 - c. dĺžka obdobia, na ktoré liek, ZP a ŠZM poskytovateľ žiada obstarat
 - d. bližšiu identifikáciu ZP a ŠZM
 - e. podpis štatutárneho zástupcu poskytovateľa.
3. Poisťovňa na základe farmako – ekonomického zhodnotenia daného lieku, ZP alebo ŠZM rozhodne, či daný liek, ZP alebo ŠZM uvedený v žiadosti poskytovateľa obstará centrálnym nákupom, pričom oznámenie o schválení, resp. neschválení žiadosti o obstaraní lieku, ZP alebo ŠZM zašle písomne poskytovateľovi v lehote 30 dní odo dňa doručenia žiadosti poskytovateľa.
4. V prípade, že lieky, ZP alebo ŠZM obstaráva poisťovňa z vlastného podnetu, poskytovateľ požiada poisťovňu o schválenie liekov, ZP alebo ŠZM, ktoré vyžadujú predchádzajúce schválenie zdravotnou poisťovňou [prostredníctvom eŽiadosti \(Portál pre PZS\)](#).
5. Lieky, ZP a ŠZM, obstarané poisťovňou, objednáva poisťovňa podľa aktuálnych potrieb poskytovateľa a zabezpečuje dodanie liekov do nemocničnej alebo verejnej lekárne do 3 pracovných dní od prijatia objednávky distribútorom. Poskytovateľ nahlási poisťovní elektronicky predpokladaný počet balení maximálne na 30 kalendárnych dní, resp. podľa dohody s poisťovňou. Na vybrané lieky, ktoré vyžadujú predchádzajúce schválenie poisťovňou, vystaví objednávku poisťovňa a zabezpečí dodanie lieku v dohodnutom objeme. Požiadavky na dodávanie koagulačných faktorov sú riešené osobitne.
6. Konkrétne podmienky obstarania liekov, ZP a ŠZM podľa bodu 5 a 6 sú určené v jednotlivých oznámeniach o centrálnej nákupe lieku, ktoré sú zverejnené na webovom sídle poisťovne www.vszp.sk

**Článok III
Práva a povinnosti zmluvných strán v súvislosti s nakladaním s liekmi, ZP a ŠZM, ktoré obstarala poisťovňa**

1. Poisťovňa je povinná najmä:
 - a. zverejniť a pravidelne aktualizovať na webovom sídle poisťovne www.vszp.sk, ktoré lieky obstaráva;
 - b. vopred písomne informovať poskytovateľa, ktoré lieky, ZP a ŠZM poisťovňa bude centrálné obstarávať, resp. písomne vopred informovať poskytovateľa o ukončení obstarávania liekov, ZP a ŠZM a pravidelne aktualizovať na webovom sídle poisťovne www.vszp.sk;
 - c. zabezpečiť distribúciu obstaraného lieku, ZP a ŠZM do lekárne, alebo výdajne, ktorú poskytovateľ vopred nahlásil poisťovní
 - d. na žiadosť poskytovateľa zabezpečiť presun nespotrebovaných liekov, ZP a ŠZM inému poskytovateľovi prostredníctvom zmluvného dodávateľa

- e. vykonávať u poskytovateľa v priebehu roka kontroly stavu liekov, ZP a ŠZM, ktoré obstarala poisťovňa.
2. Poskytovateľ, okrem povinností stanovených vo Všeobecných zmluvných podmienkach, je povinný najmä:
- používať prednostne lieky, ZP a ŠZM, ktoré poisťovňa obstarala
 - pri indikovaní liekov, ZP a ŠZM postupovať účelne a hospodárne podľa súčasných poznatkov farmakoterapie
 - dodržiavať preskripčné a indikačné obmedzenia pri predpisovaní liekov, ZP a ŠZM obstaraných poisťovňou
 - písomne nahlásiť a vopred dohodnúť s poisťovňou lekára, ktorá prevezme obstaraný liek, ZP a ŠZM
 - zabezpečiť uchovávanie liekov, ZP a ŠZM v súlade s požiadavkami správnej lekárenskej praxe a zabezpečiť, aby nedošlo k ich poškodeniu alebo zneužitiu; uchovávať ich v lekárni až do doby, keď bude na základe žiadanky vydaný na podanie poistencovi v príslušnej ambulancii poskytovateľa
 - skladovať lieky, ZP a ŠZM oddelene od liekov, ZP a ŠZM obstaraných poskytovateľom resp. inou zdravotnou poisťovňou
 - viesť riadne a v súlade so skutočným stavom evidenciu liekov v baleniach, ZP a ŠZM a všetky doklady k liekom, ZP a ŠZM obstaraných poisťovňou a umožniť poisťovní fyzickú kontrolu a nepriamu kontrolu na diaľku stavu liekov
 - prevziať z lekárne liek, ZP a ŠZM len na žiadanku príslušnej ambulancie poskytovateľa
 - minimálne tri mesiace pred uplynutím expiračnej doby lieku, ZP alebo ŠZM písomne alebo elektronicky požiadať poisťovňu o ich nahradenie liekom, ZP alebo ŠZM s expiračnou dobou minimálne 12 mesiacov odo dňa dodania poskytovateľovi
 - nahradiť lieky nákupom z vlastných finančných zdrojov v prípade, že zavinením poskytovateľa došlo k ich znehodnoteniu (napr. porucha na chladiacom zariadení, nesprávne skladovanie liekov, preexspirované lieky) a zaslať poisťovní nadobúdacie doklady o ich nákupe a znehodnotiť ich na vlastné náklady. Uvedené písomne oznámiť poisťovní.
 - zasielať priebežne mailom na adresu: cnp.cnp@vszp.sk informáciu o stavoch liekov, ZP a ŠZM a presunoch liekov, ZP a ŠZM pri každej zmene v liečbe poistenca, ktorá má vplyv na plnenie predmetu týchto Pravidiel (napr. ukončenie liečby z dôvodu úmrtia poistenca, prerušenie liečby zo zdravotných dôvodov, gravidita, ukončenie poistného vzťahu s poisťovňou, zmeny poskytovateľa, ktorý liek alebo ZP podáva)
 - zaslať poisťovní podľa potreby zhodnotenie priebehu liečby u poistenca s imuno-tolerančnou liečbou
 - vydať poistencovi lieky na domácu liečbu len na nevyhnutnú dobu, v opodstatnených prípadoch maximálne na tri mesiace (napr. v čase pandémie, vplyvom sociálnych aspektov ...) počet balení prevzatých liekov a sumu celkom v eurách za celkový počet prevzatých liekov poistenc potvrdí svojím podpisom v zdravotnej dokumentácii; poskytovateľ vypočíta cenu ako násobok ceny - maximálna úhrada zdravotnou poisťovňou - za jedno balenie lieku podľa platného Zoznamu kategorizovaných liekov
 - viesť zdravotnú dokumentáciu v súlade s platnou legislatívou
 - zabezpečiť aby pri vydaní liekov poistencovi na domácu liečbu jeho zdravotná dokumentácia obsahovala informovaný písomný súhlas poistenca o správnom nakladaní s týmito liekmi, poskytovateľ je povinný upozorniť poistenca na povinnosť vedenia evidencie o podanej liečbe
 - zasielať poisťovní mailom na adresu cnp.cnp@vszp.sk presun liekov a ZP – príjem od iného poskytovateľa a výdaj inému poskytovateľovi – na tlačive „Protokol na presun lieku“, ktorý je zverejnený na webovom sídle poisťovne www.vszp.sk,
 - zasielať poisťovní cez ePobočku stav nespotrebovaných liekov v baleniach (aj nulový stav liekov), stav nespotrebovaných ZP a ŠZM v ambulancii vždy za kalendárny štvrtrok najneskôr do 15. dňa mesiaca, ktorý nasleduje po skončení kalendárneho štvrtroka. Tieto stavy budú považované za východiskové stavy pri kontrole stavu liekov, ZP a ŠZM obstaraných poisťovňou
 - hlásiť poisťovní dodané lieky, ktoré nie sú označené logom „VŠZP“
 - dočerpať nespotrebované centrálné nakúpené lieky najneskôr do 6 mesiacov od dátumu ukončenia centrálneho nákupu príslušného lieku
 - dodržiavať poisťovňou zaslané a zverejnené informácie na webovom sídle poisťovne www.vszp.sk o začatí nákupu a ukončení centrálneho nákupu v plnom rozsahu.

Článok IV Vykazovanie

- Poskytovateľ je povinný vykazovať lieky, ZP a ŠZM obstarané poisťovňou ako pripočítateľnú položku s nulovou cenou v súlade s:
 - platným Metodickým usmernením Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti
 - Čl. 4 ods. 2 Všeobecných zmluvných podmienok (t. j. správne, úplne a bez formálnych nedostatkov).
- Aditívne a opravné dávky za lieky obstarané zdravotnou poisťovňou zasiela poskytovateľ mailom na adresu: cnp.cnp@vszp.sk len v prípade, že sa nejedná o opravu chybné zrevidovaných liekov na príslušnej pobočke zdravotnej poisťovne. Chybné zrevidované dávky zasiela poskytovateľ na opakovanú revíziu centru spracovania výkonov príslušnej krajskej pobočky cez ePobočku.

3. Poskytovateľ je povinný vykazovať lieky a ZP v deň, kedy boli skutočne podané alebo vydané poistencovi.
4. Poskytovateľ je povinný vykazovať iba tie lieky, ktoré skutočne poistencovi podal, resp. ktoré vydal poistencovi na domácu liečbu.
5. Ak poskytovateľ vydal poistencovi lieky obstarané poisťovňou na domácu liečbu, vykazuje ich zdravotnej poisťovni s dátumom vydania liekov poistencovi, ktorých prevzatie poistenec potvrdil svojím podpisom v zdravotnej dokumentácii.
6. Poskytovateľ je povinný vykazovať poisťovni lieky, ZP a ŠZM, ktoré mu boli presunuté od iného poskytovateľa.
7. Ak poskytovateľ opomenul vykázat poisťovni lieky, ktoré poistencovi podal v príslušnom zúčtovacom období, je povinný ich vykázat v tom kalendárnom mesiaci, v ktorom zistil, že ich opomenul, najneskôr však do 31.3. nasledujúceho kalendárneho roka po kalendárnom roku, v ktorom lieky poistencovi podal.
8. Ak poskytovateľ podá alebo vydá poistencovi porovnateľný liek s vyššou úhradou poisťovne, poisťovňa môže v odôvodnených prípadoch uhradiť poskytovateľovi aj porovnateľný liek, maximálne však do výšky ceny lieku centrálne obstaraného poisťovňou. Za porovnateľný liek sa považuje liek z referenčnej skupiny, v ktorej sú zaradené lieky s obsahom rovnakého liečiva a zároveň s rovnakou cestou podania, rovnakou liekovou formou, rovnakým množstvom liečiva v jednej dávke, rovnakou veľkosťou balenia, rovnakým dávkovaním.

Článok V Kontrola

1. Poisťovňa vykonáva u poskytovateľa kontrolu nakladania s liekmi, ZP a ŠZM a kontrolu plnenia povinností, ktoré sú definované v týchto Pravidlách a Všeobecných zmluvných podmienkach.
2. Na začiatku kontroly si poisťovňa a poskytovateľ definujú, merateľnú vykazovaciu jednotku (balenie lieku). Toto vymedzenie musí byť súčasťou protokolu.
3. Pri ukladaní zmluvných pokút za porušenie Pravidiel postupujú zmluvné strany podľa Čl. VI Pravidiel.
4. Pohľadávku poisťovne, ktorá vznikne nesprávnym vedením dokladov a je zistená pri dokladovej kontrole, alebo ktorá predstavuje rozdiel zistený pri kontrole stavu liekov, ZP a ŠZM, je možné jednostranne započítať s pohľadávkou poskytovateľa za neuhradené zmluvne dohodnuté výkony zdravotnej starostlivosti.

Článok VI Následky porušenia povinností

1. Za porušenie povinností týkajúcich sa obstarania a nakladania s liekmi, ZP a ŠZM a ich vykazovania v zmysle Pravidiel a Všeobecných zmluvných podmienok si poisťovňa môže u poskytovateľa uplatniť zmluvnú pokutu:
 - a) vo výške 25% z ceny lieku za každé balenie lieku v prípade, že poskytovateľ za príslušné zúčtovacie obdobie, kedy liek podal poistencovi, tento nevykázal v súlade s Pravidlami,
 - b) vo výške 50% z ceny za každý liek, ZP a ŠZM v prípade, ak sa pri vyhodnotení výsledkov vykonanej fyzickej (kusovej) kontroly stavu liekov, ZP a ŠZM dodaných poisťovňou u poskytovateľa zistí rozdiel voči evidenčnému stavu poisťovne, ktorý poskytovateľ nebude vedieť zdôvodniť a zdokladovať.
2. Za preukázané porušenie ostatných podmienok týkajúcich sa nakladania s liekmi, ZP a ŠZM majú zmluvné strany právo uplatniť si u druhej zmluvnej strany zmluvnú pokutu vo výške 100 eur za každú porušenú povinnosť v Pravidlách.
3. V prípade opakovaného porušenia tej istej povinnosti, je poisťovňa oprávnená uplatniť si voči poskytovateľovi zmluvnú pokutu až do výšky dvojnásobku výšky zmluvnej pokuty uplatnenej podľa tohto článku Pravidiel.
4. Uplatnením zmluvnej pokuty nie je dotknuté právo poškodenej strany na náhradu škody.
5. Zmluvná strana je povinná zaplatiť zmluvnú pokutu, aj keď porušením povinnosti nevznikne žiadna škoda.
6. Zmluvnú pokutu uplatnenú poisťovňou, je možné jednostranne započítať s pohľadávkou poskytovateľa za neuhradené zmluvne dohodnuté výkony zdravotnej starostlivosti, to neplatí na pohľadávku štátu v správe poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.
7. Ak v súvislosti s porušením povinností poskytovateľa podľa Čl. III bod 2 liek obstaraný poisťovňou expiruje, je zdravotná poisťovňa oprávnená si hodnotu tohto lieku započítať voči pohľadávkam poskytovateľa vyplývajúcim z tejto Zmluvy.