

## Zmluva o poskytovaní ambulantnej pohotovostnej služby pre dospelých č. 10/2018

uzatvorená v zmysle ust. § 269 ods. 2 zákona č. 513/1991 Zb. Obchodný zákonník v platnom znení, ust. § 8a a nasl. zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v platnom znení (ďalej len „zákon č. 576/2004 Z.z.“) a zákona č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v platnom znení (ďalej len „zákon č. 578/2004 Z.z.“)

medzi týmito zmluvnými stranami:

**Poskytovateľ::** **Fakultná nemocnica Trnava**  
sídlo: Andreja Žarnova 11, 917 75 Trnava  
IČO: 00 610 381  
DIČ: 2021191084  
IČDPH: SK2021191084  
Zastúpený: MUDr. Daniel Žitňan, MPH, generálny riaditeľ  
MUDr. Mária Jarošová, MPH, medicínsky riaditeľ  
bankové spojenie: Štátna pokladnica  
IBAN: SK54 8180 0000 0070 0028 1238  
zriadený: Zriad'ovacou listinou MZ SR č. 1970/1991-A/IV-1 zo dňa 14.6.1991,  
v znení neskorších rozhodnutí

(ďalej len „Poskytovateľ“)

a

**Vykonávateľ:** **EVAMED s.r.o.**  
sídlo: Jahodnícka 556/8, 919 04 Smolenice  
IČO: 36 711 144  
DIČ: 2022292855  
IČDPH: nie je platcom DPH  
zastúpený: MUDr. Klaudia Smolková, konateľ  
bankové spojenie: VÚB, a.s.  
IBAN: SK44 0200 0000 0022 7407 0259  
zapísaný: Obchodný register OS Trnava, oddiel: Sro, vložka č.: 19340/T  
Slovenská lekárska komora, č. registrácie M.3.7.1., zo dňa 29.07.2011  
Povolenie podľa zákona č. 578/2004 Z.z., vydané Trnavským samosprávnym  
krajom dňa 16.02.2004....., pod číslom: TR/2004/1164  
mailová adresa: klaudia.s@zoznam.sk  
telefónny kontakt.: 033/533 14 50

(ďalej ako „Vykonávateľ“)

(Poskytovateľ a Vykonávateľ spoločne ďalej len „zmluvné strany“ jednotlivو aj „zmluvná strana“)

### Článok I.

#### Úvodné ustanovenia

1. Poskytovateľovi bolo vydané Rozhodnutie Ministerstva zdravotníctva SR č.: S08437-2018-ONAPP, zo dňa 25.6.2018, ktorým ho poveruje na dočasné prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia - ambulancie pevnej ambulantnej pohotovostnej služby pre dospelých (ďalej len „APSD“) pre pevný bod Trnava. Poskytovateľ sa prihlási do vyhláseného druhého kola výberového konania na prevádzkovanie ambulancie pevnej APSD – pevný bod Trnava. V prípade úspešnosti Poskytovateľa v druhom kole výberového konania, Ministerstvo zdravotníctva SR vydá Poskytovateľovi Povolenie na prevádzkovanie APSD – pevný bod Trnava.

2. Aby Poskytovateľ preukázal personálne zabezpečenie prevádzkovania APSD uvedené v predchádzajúcom bode a následne dokázal zabezpečiť poskytovanie zdravotnej starostlivosti v APSD, uzatvára s Vykonávateľom túto Zmluvu o poskytovaní ambulantnej pohotovostnej služby pre dospelých (ďalej len „Zmluva“).
3. Ambulantná pohotovostná služba (ďalej len „APS“) je zdravotná starostlivosť, ktorou sa zabezpečuje dostupnosť zdravotnej starostlivosti v rozsahu poskytovania všeobecnej ambulantnej starostlivosti pri náhlej zmene zdravotného stavu osoby, ktorá bezprostredne neohrozuje jej život alebo bezprostredne neohrozuje niektorú zo základných životných funkcií.
4. APSD sa poskytuje ako pevná ambulantná pohotovostná služba poskytovaná Poskytovateľom, ktorý je poverený na základe Rozhodnutia Ministerstva zdravotníctva SR č.: S08437-2018-ONAPP, zo dňa 25.6.2018 na dočasné prevádzkovanie APSD (ďalej len „Poverenie“) a následného Povolenia, ktoré na podklade výsledkov výberového konania vydá Ministerstvo zdravotníctva SR Poskytovateľovi (úspešnému uchádzačovi) prevádzkovať APSD a to v pracovných dňoch v čase od 16. do 22. hodiny a v dňoch pracovného pokoja v čase od 7. do 22. hodiny. Pevným bodom pre APSD je Trnava.
5. Dňom nadobudnutia platnosti Povolenia na prevádzkovanie APSD vstupuje Poskytovateľ do práv a povinností „Organizátora“ daných všeobecne záväznými právnymi predpismi.

## **Článok II.**

### **Predmet zmluvy**

1. Predmetom tejto zmluvy je úprava podmienok vzťahu medzi zmluvnými stranami pri prevádzkovaní APSD v mieste, ktorým je budova Internej kliniky Poskytovateľa.
2. Vykonávateľ sa na základe tejto Zmluvy zaväzuje poskytovať pacientom Poskytovateľa riadne a včas správnu zdravotnú starostlivosť v APSD v rozsahu určenom v rozpise o zabezpečení poskytovania zdravotnej starostlivosti v APSD (ďalej len „rozpis“), vyhotovenom na kalendárny mesiac, za čo mu bude Poskytovateľ poskytovať odmenu podľa Článku III. tejto Zmluvy.
3. Vykonávateľ sa zaväzuje personálne zabezpečiť výkon APSD lekárom so špecializáciou v odbore všeobecné lekárstvo, resp. vnútorné lekárstvo v pracovných dňoch v čase od 16. do 22. hodiny a v dňoch pracovného pokoja v čase od 7. do 22. hodiny. Zoznam lekárov, ktorými Vykonávateľ personálne zabezpečí výkon APSD tvorí Prílohu č. 1 tejto Zmluvy.

## **Článok III.**

### **Odmena a platobné podmienky**

1. Zmluvné strany sa dohodli na odmene za poskytnutie zdravotnej starostlivosti v príslušnom kalendárnom mesiaci **vo výške 17,3673 EUR/hod výkonu služby.**
2. Poskytovateľ sa zaväzuje mesačne zaplatiť Vykonávateľovi okrem odmeny aj mzdové zvýhodnenie:
  - a) vo výške 0,9312 EUR/hodina výkonu služby v sobotu
  - b) vo výške 1,8623 EUR/hodina výkonu služby v nedeľu
  - c) vo výške 3,7247 EUR/hodina výkonu služby vo sviatok (v prípade, ak sviatok prípadne na sobotu a nedeľu, má Vykonávateľ nárok aj na príplatok za sobotu a nedeľu).

3. Zmluvné strany sa dohodli na mimoriadnej odmene, ktorú Poskytovateľ uhradí Vykonávateľovi po uplynutí štvrtého roka na základe prehodnotenia výšky úhrad zdravotných poisťovní za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (bodové ohodnotenie zdravotného výkonu nad paušálnu úhradu), výšky úhrad (priamych platieb) za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v rámci APSD a ekonomicky oprávnených nákladov (len v prípade zvýšenia odmeny).
4. Pri zmene výšky paušálnej úhrady od zdravotnej poisťovne (pevná zložka) Poskytovateľ prehodnotí a upraví výšku odmeny Vykonávateľa za poskytovanie zdravotnej starostlivosti v APSD uvedenú v bode 1. tohto Článku a to na základe dodatku k Zmluve. Výšku odmeny Vykonávateľa za poskytnutie zdravotnej starostlivosti v APSD na základe rozpisu Poskytovateľ prehodnotí po uplynutí štvrtého roka a upraví (len v prípade zvýšenia odmeny), v závislosti od výšky platieb zo zdravotných poisťovní poskytnutých Poskytovateľovi, výberu priamych platieb a ekonomicky oprávnených nákladov a v prípade pokiaľ dôjde k zvýšeniu základného objemu finančných prostriedkov pre APSD oproti sume určenej pre prvé kolo výberového konania.
5. Vykonávateľ do 15 dňa nasledujúceho kalendárneho mesiaca vyhotoví faktúru za poskytovanie zdravotnej starostlivosti v APSD, ktorú doručí Poskytovateľovi. Prílohou faktúry bude mesačný rozpis vykonaných služieb, ktorý svojim podpisom odsúhlasí manažér APSD MUDr. Monika Medová (Príloha č. 2).
6. Faktúra musí obsahovať všetky náležitosti v zmysle zákona č. 222/2004 Z.z. o dani z pridanej hodnoty v platnom znení. V prípade, že faktúra nebude obsahovať všetky náležitosti Poskytovateľ je oprávnený vrátiť faktúru Vykonávateľovi pred dňom splatnosti na doplnenie. Nová lehota splatnosti faktúry začne plynúť až po doručení doplnenej faktúry Poskytovateľovi.
7. Faktúra je splatná v 30 – dňovej lehote splatnosti odo dňa jej doručenia Poskytovateľovi. Faktúra je zaplatená včas, ak je pripísaná príslušná suma na účet Vykonávateľa.
8. Poskytovateľ sa zaväzuje poskytovať Vykonávateľovi odmenu vo výške uvedenej v tomto Článku, v prípade krátenia paušálnej úhrady Poskytovateľovi zdravotnou poisťovňou bude Poskytovateľ postupovať v zmysle všeobecne záväzných právnych predpisov.
9. Zmluvné strany sa dohodli, že svoje vzájomné pohľadávky nepostúpia (ani s nimi nebudú inak obchodovať) tretej strane bez predchádzajúceho písomného súhlasu druhej zmluvnej strany. Písomný súhlas Poskytovateľa je podmienený predchádzajúcim písomným súhlasom Ministerstva zdravotníctva SR, inak je tento súhlas neplatný. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností postúpenie pohľadávky bez predchádzajúceho písomného súhlasu druhej strany spôsobuje neplatnosť takéhoto úkonu.

#### **Článok IV.**

##### **Práva a povinnosti zmluvných strán**

#### **1. Poskytovateľ sa zaväzuje:**

- a) zaslať Vykonávateľovi na mailovú adresu uvedenú v záhlaví Zmluvy rozpis s uvedením zoznamu lekárov, dátumu a času poskytovania APSD najneskôr do 1. kalendárneho dňa v mesiaci, ktorý predchádza mesiacu, na ktorý Poskytovateľ zabezpečuje poskytovanie APSD,
- b) plniť si svoje povinnosti, ktoré pre neho vyplývajú zo všeobecne záväzných právnych predpisov a to najmä v oblasti bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci,
- c) vytvárať podmienky zabezpečujúce riadny a bezpečný výkon APSD,
- d) k výkonu APSD zabezpečiť potrebné materiálne-technické vybavenie - zariadenie, počítačovú techniku, nástroje, prístroje, lieky a ŠZM podľa platných právnych predpisov,
- e) k výkonu APSD zabezpečiť zdravotníckeho pracovníka v povolani sestra,
- f) oboznámiť Vykonávateľa s prevádzkovým poriadkom APSD.

#### **2. Vykonávateľ sa zaväzuje:**

- a) do 6. kalendárneho dňa v mesiaci, ktorý predchádza mesiacu, na ktorý Poskytovateľ zabezpečuje

- poskytovanie APSD zaslať manažérovi APSD na mailovú adresu: [medova.monika@gmail.com](mailto:medova.monika@gmail.com) súhlas s rozpisom, v prípade nesúhlasu mu oznámiť svojho zástupcu,
- b) nahradiť Poskytovateľovi škodu, ktorá mu vznikla v dôsledku porušenia povinností uvedených v písm. a) tohto bodu,
  - c) poskytovať riadne a včas zdravotnú starostlivosť v súlade so zákonom č. 576/2004 Z.z.,
  - d) viesť zdravotnú dokumentáciu pacienta v rozsahu poskytnutej zdravotnej starostlivosti v súlade s Odborným usmernením MZ SR č. 07594/2009-OZS zo dňa 24. septembra 2009,
  - e) viesť zdravotnú dokumentáciu v NIS - MEDEA a zároveň v papierovej forme v dvoch vyhotoveniach, podpísať a potvrdiť odtlačkom pečiatky lekára. Jeden rovnopis lekárskej správy vydať pacientovi, ktorý ho doručí príslušnému ošetrojúcemu lekárovi, druhý rovnopis lekárskej správy zakladať v mieste výkonu APSD u Poskytovateľa,
  - f) zabezpečiť informovaný súhlas pacienta o poskytnutí zdravotnej starostlivosti v APSD v písomnej podobe (§ 6 zákona č. 576/2004 Z. z.),
  - g) uzatvoriť zmluvu o poistení zodpovednosti za škodu spôsobenú pri výkone povolania v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti,
  - h) hlásiť Poskytovateľovi úrazy a iné poškodenia zdravia pacientov, ktorým poskytol potrebnú zdravotnú starostlivosť, ak je dôvodné podozrenie, že k úrazu alebo inému poškodeniu zdravia došlo zavineným protiprávnym konaním tretej osoby, ako aj všetky smrteľné úrazy, ťažké úrazy, hromadné úrazy, choroby z povolania,
  - ch) dodržiavať disciplínu a počínať si tak, aby nedochádzalo ku škodám na zdraví a na majetku,
  - i) zdržať sa akéhokolvek konania poškodzujúceho dobré meno Poskytovateľa a to i po ukončení tejto Zmluvy,
  - j) nepostupovať pri výkone činnosti podľa tejto Zmluvy tak, aby získal na úkor Poskytovateľa pre seba alebo pre tretiu osobu prospech, ktorý by inak nedosiahol,
  - k) zachovávať mlčanlivosť o všetkých skutočnostiach, o ktorých sa dozvie alebo o ktorých sa dozvedel v príčinnej súvislosti so získaním údajov zo zdravotnej dokumentácie pacientov a ktoré skutočnosti a údaje sú predmetom ochrany podľa osobitných právnych predpisov, podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v platnom znení, zákona č. 578/2004 Z.z., zákona č. 576/2004 Z.z. a to aj po ukončení Zmluvy.
3. Vykonávateľ berie na vedomie, že úhrady (priame platby) za poskytovanie zdravotnej starostlivosti v rámci APSD sú príjmom Poskytovateľa.
4. Zmluvné strany sa zaväzujú oznámiť si navzájom každú zmenu svojich identifikačných údajov.

## **Článok V.**

### **Doba platnosti Zmluvy**

1. Zmluva sa uzatvára na dobu neurčitú.
2. Zmluva sa skončí v prípade, ak Vykonávateľovi zanikne Povolenie na poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Vykonávateľ sa zaväzuje túto skutočnosť bezodkladne písomne oznámiť Poskytovateľovi.
3. Zmluva sa skončí:
  - a) zánikom Poverenia Poskytovateľa na dočasné prevádzkovanie APSD,
  - b) ak Ministerstvo zdravotníctva nevydá Poskytovateľovi Povolenie na prevádzkovanie APSD,
  - c) zánikom Povolenia Poskytovateľa na poskytovanie zdravotnej starostlivosti v APSD. Poskytovateľ sa zaväzuje túto skutočnosť neodkladne písomne oznámiť Vykonávateľovi.
4. Túto zmluvu je možno ukončiť:
  - dohodou zmluvných strán, uzatvorenou písomne,
  - výpoveďou ktorejkoľvek zmluvnej strany aj bez uvedenia dôvodu s trojmesačnou výpovednou lehotou, ktorá začína plynúť od 1. dňa mesiaca nasledujúceho po doručení výpovede druhej zmluvnej strane,
  - výpoveďou ktorejkoľvek zmluvnej strany s výpovednou lehotou 1 mesiac, ktorá začína plynúť od prvého dňa mesiaca nasledujúceho po doručení výpovede, pokiaľ výpovedným dôvodom je nenavýšenie zmluvnej odmeny podľa Čl. III, ods. 3, 4 tejto zmluvy.

**Článok VI.**  
**Spoločné a záverečné ustanovenia**

1. Táto Zmluva nadobúda platnosť dňom jej podpísania oboma zmluvnými stranami a účinnosť dňom nasledujúcim po jej zverejnení v Centrálnom registri zmlúv, ktorému predchádza doručenie Poverenia a následne Povolenia na prevádzkovanie APSD Ministerstvom zdravotníctva SR.
2. Akékoľvek zmeny alebo doplnenia tejto Zmluvy je možné realizovať jedine prostredníctvom písomných a číslovaných dodatkov, podpísaných oboma zmluvnými stranami.
3. Vo veciach neupravených touto Zmluvou sa zmluvný vzťah spravuje príslušnými ustanoveniami všeobecne záväzných právnych predpisov, predovšetkým zákonom č. 513/1991 Zb. Obchodný zákonník, zákonom č. 576/2004 Z.z. a 578/2004 Z.z.
4. Táto zmluva je vyhotovená v troch rovnopisoch, z ktorých dva sú určené pre Poskytovateľa a jeden rovnopis pre Vykonávateľa.
5. Zmluvné strany vyhlasujú, že si túto Zmluvu prečítali, jej obsahu porozumeli. Zväzne vyhlasujú, že sa s obsahom Zmluvy oboznámili, jej podmienkam porozumeli. K uzatvoreniu Zmluvy pristupujú na základe slobodnej vôle prejavenej zrozumiteľne, určite a vážne, nie v tiesni alebo za nevýhodných podmienok, čo potvrdzujú svojimi podpismi.

Príloha č. 1: Zoznam lekárov Vykonávateľa

Príloha č. 2: Rozpis vykonaných služieb

V Trnave, dňa:

V Trnave, dňa:

Vykonávateľ:

Poskytovateľ :

MUDr. Klaudia Smolková  
konateľ

MUDr. Daniel Žitňan, MPH  
generálny riaditeľ FN Trnava

MUDr. Mária Jarošová, MPH  
medicínsky riaditeľ FN Trnava

**Príloha č. 1**

**Zoznam lekárov**

	Titul, meno a priezvisko	e-mail	mobil
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
20.			

za mesiac:

Príloha č. 2  
rok:**ROZPIS VYKONANÝCH SLUŽIEB**

Priezvisko, meno, titul:

Dátum	Príchod	Odchod	odpracovaný čas:						SPOLU
			pracovný deň	sobota	nedeľa	sviatok	sviatok v sobotu	sviatok v nedeľu	
			1	2	3	4	5	6	7
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									
15.									
16.									
17.									
18.									
19.									
20.									
21.									
22.									
23.									
24.									
25.									
26.									
27.									
28.									
29.									
30.									
31.									
<b>Celkom hodiny</b>									
<b>Suma za hodinu</b>			<b>17,3673</b>	<b>18,2985</b>	<b>19,2296</b>	<b>21,0920</b>	<b>22,0232</b>	<b>22,9543</b>	<b>x</b>
<b>SPOLU EUR</b>									

Podpis:

Vykonávateľ:

Manažér APSD:

Ref. PaM

Mzd. účtovník