



ZK388



Smlouva č. 37357/21
o poskytování a úhradě zdravotních služeb
(pro poskytovatele lůžkové péče)

kteřou uzavřely níže uvedeného dne, měsíce a roku podle ustanovení § 1746 občanského zákoníku, ve smyslu § 17 zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění ve znění pozdějších předpisů a podle vyhlášky č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy a v souladu s dalšími právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění tyto

Smluvní strany

RBP, zdravotní pojišťovna, se sídlem Michálkovičká 967/108, Slezská Ostrava, 710 00 Ostrava, IČ: 47673036, email: rbp@rbp-zp.cz, kód ZP: 213 zastoupena Ing. Antonínem Klimšou, MBA, výkonným ředitelem číslo účtu: 2130406761/0710, Česká národní banka (dále jen „**Pojišťovna**“ nebo „**RBP**“)

a

Název, příp. jméno a příjmení: **Psychiatrická léčebna Červený Dvůr**
Se sídlem: **38101 Český Krumlov, Červený Dvůr 1**
Zastoupen: **MUDr. Jiří Dvořáček, ředitel**
IČ: **00583600**
IČZ: **33200000**

Bankovní spojení: **Česká národní banka**
Číslo účtu: **133241/0710**
Telefon: **380 309 136, 725 870 110**
Email: **ekonom@cervenydvur.cz**
(dále jen „**Poskytovatel**“)

I.
Předmět smlouvy

Předmětem této Smlouvy je stanovení podmínek a úprava vztahů vznikajících mezi Poskytovatelem a Pojišťovnou při poskytování zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění (dále jen „**hrazené služby**“) pojištěncům Pojišťovny (dále jen „**pojištěnci**“) a při jejich úhradě. To platí i v případě, kdy Pojišťovna plní roli výpomocné instituce při provádění práva Evropské unie, nebo na základě mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení, uzavíraných Českou republikou.

II.
Práva a povinnosti smluvních stran

1. Smluvní strany
 - a) dodržují při vykazování a úhradě hrazených služeb dohodnutou metodiku, pravidla a datové rozhraní.
 - b) zavázají své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců k zachování povinné mlčenlivosti o osobních údajích a skutečnostech, o nichž se dozvěděli při výkonu své funkce nebo zaměstnání anebo při zpracování údajů z informačního systému na základě smlouvy, popřípadě v souvislosti s nimi.
2. Poskytovatel
 - a) poskytuje hrazené služby v souladu s právními předpisy v odbornostech a rozsahu dohodnutých a vymezených v této Smlouvě, pro které je věcně a technicky vybaven a personálně zajištěn.
 - b) poskytuje hrazené služby pojištěncům z členských států EU, EHP a Švýcarska a dalších států, podle příslušných předpisů Evropské unie¹ a pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny smlouvy o sociálním zabezpečení, (dále jen „**pojištěnci z EU**“), za stejných podmínek jako pojištěncům Pojišťovny, v rozsahu dle jimi předložených dokladů, tak aby nedocházelo k jejich diskriminaci ani upřednostňování, a to ani v případě, že by pojištěnec z EU hradil hrazené služby v hotovosti,

¹ Nařízení Evropského parlamentu a Rady č. 883/2004, č. 987/2009 a č. 1231/2010

- c) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci, kteří budou pojištěncům poskytovat ve Smlouvě sjednané hrazené služby, splňují požadavky stanovené právními předpisy pro výkon této činnosti²,
- d) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytované hrazené služby podle zvláštního právního předpisu³,
- e) poskytuje hrazené služby na náležitě odborné úrovni, tj. podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů při respektování individuality pacienta s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti (dále jen „lege artis“), bez nadbytečných nákladů, vždy však se zřetelem k tomu, aby potřebného diagnostického nebo léčebného efektu bylo dosaženo s ohledem na individuální zdravotní stav pojištěnce,
- f) přijme pojištěnce Pojišťovny k hospitalizaci, jen vyžaduje-li to jeho zdravotní stav, zpravidla na doporučení ošetřujícího lékaře,
- g) povede pro posouzení oprávněnosti vyúčtovaných hrazených služeb v průkazné formě zdravotní dokumentaci o léčení pojištěnců, ve které budou zaznamenávány provedené zdravotní výkony, vyžádané zdravotní služby včetně zdravotnické dopravní služby, předepisované léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a uchovány v ní i doručené výsledky vyžádaných a provedených vyšetření a ošetření, v souladu se zvláštním předpisem⁴,
- h) zajistí v případě nepřítomnosti ve smlouvě dohodnutého nositele výkonu, zástup jiným kvalifikovaným nositelem výkonu a ve smluvně dohodnutých případech tuto skutečnost vhodným způsobem oznámí pojištěncům a Pojišťovně. Nepřítomnost je možno hlásit Pojišťovně elektronickou cestou na adresu: rbp@rbp-zp.cz. V e-mailové zprávě nutno uvést: IČZ, IČP, titul, jméno a příjmení zastupujícího a dobu, po kterou k zastupování dojde. Nedojde-li k zastupování na pracovišti zastupovaného, nutno uvést i aktuální pracoviště, kde budou zdravotní služby po dobu nepřítomnosti poskytnuty,
- i) poskytne v souladu s právními předpisy poskytovatelům, kterým pojištěnce předá do péče nebo které si pojištěnec zvolí, informace potřebné pro zajištění návaznosti hrazených služeb a k zamezení duplicitního provádění diagnostických a léčebných výkonů a při převzetí pojištěnce do péče bude takové informace od příslušných poskytovatelů vyžadovat,
- j) neodmítne přijetí pojištěnce Pojišťovny do své péče, s výjimkou případů stanovených právním předpisem nebo uvedených ve Smlouvě, příp. v jejich dodatcích,
- k) nepodmíní právo pojištěnce na svobodnou volbu lékaře, poskytovatele nebo na poskytnutí hrazených služeb žádnými registračními poplatky nebo sponzorskými dary a za poskytnutí hrazených služeb hrazených Pojišťovnou nebude od pojištěnce, pokud to nevyplývá z právních předpisů, vybrat žádnou finanční úhradu,
- l) nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí hrazených služeb změnou pojišťovny nebo jiným způsobem,
- m) nebude zvyhodňovat pojištěnce jedné nebo více pojišťoven v neprospěch pojištěnců pojišťoven ostatních a zhoršovat dostupnost Pojišťovnou hrazených zdravotních služeb přednostním poskytováním zdravotních služeb hrazených jiným způsobem,
- n) oznámí Pojišťovně, v souladu s § 55 zákona č.48/1997 Sb., úrazy nebo jiná poškození zdraví osob, kterým poskytnul hrazené služby, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby,
- o) odpovídá podle zvláštního právního předpisu⁵ za správné a úplné vyplnění tiskopisu receptu; dále odpovídá za správné a úplné vyplnění poukazu na zdravotnické prostředky nebo poukazu na vyšetření/ošetření nebo příkazu ke zdravotní dopravě. Pokud při preskripci nebylo respektováno preskripční omezení vyplývající z právních předpisů a Pojišťovna tento léčivý přípravek nebo zdravotnický prostředek zařízení lékárenské péče uhradila, má Pojišťovna právo požadovat od Poskytovatele úhradu zaplacené částky,
- p) doloží při uzavírání Smlouvy s Pojišťovnou doklad o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou občanům v souvislosti s poskytováním hrazených služeb a bude pojištěn po celou dobu trvání smluvního vztahu s Pojišťovnou,
- q) je povinen za uplynulé čtvrtletí sdělovat Pojišťovně změny seznamu jednotlivých nositelů výkonů k poslednímu dni daného čtvrtletí, a to v souladu se zvláštním právním předpisem⁶, a to v elektronické podobě,

3. Pojišťovna

- a) uhradí Poskytovateli poskytnuté hrazené služby, průkazně zdokumentované a odůvodněně poskytnuté jejím pojištěncům i pojištěncům z EU, pro které je výpomocnou institucí při provádění práva Evropské unie v souladu s právními předpisy a Smlouvou,
- b) dohledá na žádost Poskytovatele bez zbytečného prodlení příslušnost pojištěnce k Pojišťovně v případech, kdy není dostupný průkaz pojištěnce a jsou dostupné jeho osobní údaje,
- c) nebude vyžadovat zvyhodňování svých pojištěnců na úkor pojištěnců ostatních pojišťoven,
- d) je oprávněna provádět kontrolu plnění smluvně dohodnutých věcných a technických podmínek a personálního zajištění hrazených služeb poskytovaných Poskytovatelem podle Smlouvy,
- e) poskytuje (prostřednictvím dálkového přístupu) Poskytovateli k zajištění jednotných podmínek dohodnutou metodiku, pravidla, datové rozhraní a příslušné číselníky vydávané Svazem zdravotních pojišťoven ČR, popř. Všeobecnou zdravotní

² Zákon č. 95/2004 Sb., zákon č. 96/2004 Sb.

³ Např. vyhlášky MZ č. 92/2012 Sb., 99/2012 Sb.

⁴ Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů

⁵ Vyhláška č. 54/2008 Sb., o způsobu předepisování léčivých přípravků, údajích uváděných na lékařském předpisu a o pravidlech používání lékařských předpisů ve znění pozdějších předpisů

⁶ § 40 odst. 10 b) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

pojišťovnou, nejsou-li vydávané Svazem zdravotních pojišťoven ČR, k vykazování a výpočtu úhrady hrazených služeb, seznámí Poskytovatele s dohodnutými změnami metodiky, pravidel a se změnami číselníků alespoň jeden měsíc a se změnou datového rozhraní alespoň dva měsíce před stanoveným termínem jejich platnosti. V případě změny právních předpisů, která neumožní tuto lhůtu dodržet, může být uvedená lhůta přiměřeně zkrácena.

III. Úhrada poskytovaných hrazených služeb

1. Hodnoty bodu pro zdravotní služby hrazené podle seznamu výkonů, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení objemu poskytnutých zdravotních služeb podle §17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., se uvedou v dodatku ke Smlouvě.
2. Za způsoby úhrady se považují:
 - a) úhrada za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami,
 - b) paušální úhrada za poskytnuté zdravotní služby
 - c) platba za diagnózu
 - d) paušální úhrada za poskytnutou péči v dětských ozdravovnách nebo
 - e) jiný dohodnutý způsob úhrady.
3. Mezi smluvními stranami musí být vždy předem dohodnuta změna struktury, rozsahu a objemu poskytovaných hrazených služeb, zejména z důvodu změny kapacity, struktury Poskytovatele, změny či obnovy přístrojového vybavení specifikovaného ve Smlouvě.
4. Poskytovatel pro uplatnění nároků na úhradu poskytnutých hrazených služeb předává Pojišťovně jednou měsíčně vyúčtování, doložené dávkami dokladů o poskytnutých hrazených službách s přílohami. Faktura obsahuje náležitosti účetního dokladu⁷. Náležitosti faktury a přílohy jsou stanoveny v metodice nebo se v souladu s metodikou upřesní ve Smlouvě. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu a příloha neobsahuje náležitosti podle dohodnuté metodiky nebo Smlouvy, má Pojišťovna právo ji odmítnout a vrátit bez zbytečného odkladu Poskytovateli k doplnění, případně k opravě; v takovém případě běží lhůta splatnosti až od termínu jejího opětovného převzetí Pojišťovnou.
5. Poskytovatel odpovídá za úplnost, formální i věcnou správnost dokladů a za jejich předávání způsobem dohodnutým v metodice a datovém rozhraní. Doklady za hrazené služby poskytnuté pojištěncům Pojišťovny a pojištěncům z EU, pro které je pojišťovna výpomocnou institucí při provádění práva Evropské unie, předává Poskytovatel Pojišťovně spolu s vyúčtováním v elektronické podobě nebo na papírových dokladech.
6. Zjistí-li Pojišťovna ve vyúčtování před provedením úhrady nesprávně nebo neoprávněně vyúčtované hrazené služby, úhradu této části vyúčtovaných hrazených služeb v termínu splatnosti neprovede. Pojišťovna prokazatelným způsobem oznámí Poskytovateli bez zbytečného odkladu rozsah a důvod vyúčtovaných, ale neuhrazených služeb. Tím Pojišťovna vyzve Poskytovatele k opravě nesprávně vyúčtovaných hrazených služeb nebo k doložení poskytnutí hrazených služeb. Řádně poskytnuté a vyúčtované hrazené služby Pojišťovna uhradí v nejbližším termínu úhrady.
7. Pojišťovna provede za své pojištěnce i pojištěnce z EU, kteří si pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při provádění práva Evropské unie úhradu hrazených zdravotních služeb, vyúčtovaných v souladu s právními předpisy a Smlouvou. Pokud při kontrole zjistí chyby v dokladech, postupuje podle metodiky a pravidel. Odmítnutí úhrady nebo části úhrady Pojišťovna bez zbytečného odkladu Poskytovateli písemně zdůvodní. Poskytnutím úhrady není dotčeno právo Pojišťovny k provádění následné kontroly proplacených vyúčtování v rozsahu a za podmínek stanovených právními předpisy a Smlouvou.
8. Zjistí-li Pojišťovna pochybení ve vyúčtování předaném Poskytovatelem dodatečně po úhradě a Poskytovatel do 10 pracovních dnů od doručení písemné výzvy Pojišťovny příslušnou částku sám neuhradí, nebo nedoloží oprávněnost vyúčtované sporné částky nebo nebude mezi smluvními stranami dohodnut jiný termín úhrady, Pojišťovna jednostranným započtením pohledávky sníží Poskytovateli o příslušnou částku úhradu za vyúčtování hrazených služeb předložené v následujícím zúčtovacím období.
9. Úhrada vyúčtovaných poskytnutých hrazených služeb, při dodržení podmínek dohodnutých ve Smlouvě, bude provedena při předání vyúčtování Pojišťovně na elektronickém nosiči či v elektronické podobě nejpozději do 30 kalendářních dnů ode dne doručení faktury Pojišťovně. Lhůta splatnosti je dodržena, je-li platba poslední den lhůty připsána na účet Poskytovatele.
10. V případě poruchy výpočetního systému, znemožňující včasné provedení vyúčtování nebo úhrady hrazených služeb, poskytne Pojišťovna Poskytovateli v dohodnutém termínu úhrady zálohu ve výši průměrného měsíčního objemu vykázaných hrazených služeb, vypočteného z posledních dvou uzavřených kalendářních čtvrtletí, pokud se smluvní strany v daném případě nedohodnou jinak.

IV. Kontrola

1. Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona č.48/1997 Sb. a Smlouvou kontrolu využívání a poskytování hrazených služeb v jejich obsahu a kvalitě, včetně dodržování cen, a to prostřednictvím svého informačního systému, přístupu do Centrálního úložiště elektronických receptů podle zvláštního zákona⁸, revizních lékařů a dalších odborných pracovníků ve zdravotnictví, způsobilých k revizní činnosti (dále jen "odborní pracovníci").

⁷ Zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů

⁸ Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech), ve znění pozdějších předpisů.

2. V rámci své odborné způsobilosti revizní lékaři a odborní pracovníci oprávnění ke kontrole posuzují, zda zvolený způsob poskytnutí hrazených služeb byl indikován s ohledem na zdravotní stav pojištěnce, je v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a zda nebyl zbytečně ekonomicky náročný.
3. V případech stanovených právními předpisy revizní lékař posuzuje i odůvodněnost ošetřujícím lékařem navrženého, popřípadě provedeného léčebného postupu a schvaluje, zda použitý postup Pojišťovna uhradí. Rozhodnutí o použití léčebného postupu, včetně farmakoterapie, je v kompetenci ošetřujícího lékaře.
4. Poskytovatel poskytne Pojišťovně při výkonu kontroly nezbytnou součinnost, zejména předkládá doklady potřebné k účelu kontroly, sděluje údaje a poskytuje vysvětlení. Umožní revizním lékařům a odborným pracovníkům Pojišťovny vstup do svého objektu, nahlížení do zdravotnické dokumentace pojištěnců v souladu se zvláštním právním předpisem⁹ a dalších dokladů bezprostředně souvisejících s prováděnou kontrolou vyúčtovaných hrazených služeb, léčiv a zdravotnických prostředků, včetně zvlášť účtovaných léčiv a zvlášť účtovaného materiálu.
5. V případě kontroly (šetření) u Poskytovatele bude na místě vypracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a stanoviska Poskytovatele. Tento záznam nenahrazuje zprávu podle odstavce 6.
6. Zprávu, obsahující závěry kontroly, Pojišťovna zpracuje a předá Poskytovateli do 15 kalendářních dnů po ukončení kontroly; pokud nebude možno z objektivních důvodů tuto lhůtu dodržet, oznámí Pojišťovna tuto skutečnost Poskytovateli. Kontrola bude ukončena zpravidla do 30 kalendářních dnů od jejího zahájení.
7. Poskytovatel je oprávněn do 30 kalendářních dnů od převzetí závěru kontroly podat Pojišťovně písemně zdůvodněné námitky. K námitkám sdělí Pojišťovna stanovisko do 30 kalendářních dnů od jejich doručení. Pokud nebude možno z objektivních důvodů tyto lhůty dodržet, lze je na žádost příslušné smluvní strany prodloužit až na dvojnásobek.

Ve stanovené lhůtě Pojišťovna sdělí Poskytovateli, zda potvrzuje nebo mění závěry kontroly. Podání námitek nemá z hlediska finančních nároků Pojišťovny vůči Poskytovateli odkladný účinek. Tím není dotčeno právo Poskytovatele uplatnit svůj nesouhlas s rozhodnutím Pojišťovny v jiném řízení.
8. Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazených služeb nebo jejich neodůvodněné poskytování, Pojišťovna podle § 42 odst. 3 zákona č.48/1997 Sb. takové hrazené služby neuhradí. V případě, že se závěry kontroly prokáží jako neodůvodněné, uhradí Pojišťovna Poskytovateli částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnutých hrazených služeb.

V.

Doba účinnosti Smlouvy

1. Smlouva se uzavírá na dobu určitou do 31.12.2022.
2. Smlouva se uzavírá pro jednotlivá oddělení lůžkové péče Poskytovatele na dobu, uvedenou v Příloze č. 3 této Smlouvy, která tvoří její nedílnou součást.
3. Smlouva se uzavírá pro zdravotní služby nelůžkové péče specifikované v Příloze č. 3a na dobu uvedenou v odst. 1 tohoto článku Smlouvy.

VI.

Způsob a důvody ukončení Smlouvy

1. Smlouva nebo její část zaniká:
 - a) dnem, kdy nabylo právní moci rozhodnutí o zrušení nebo změně registrace podle zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů, nebo došlo ke zrušení nebo změně činnosti, uvedené ve zřizovací listině, vydané Poskytovateli, anebo došlo k zániku, odejmutí nebo změně oprávnění Poskytovatele k poskytování zdravotních služeb podle zákona č. 372/2011 Sb., v důsledku čehož nemůže Poskytovatel dále poskytovat hrazené služby v daném rozsahu,
 - b) dnem zániku Poskytovatele nebo Pojišťovny nebo dnem úmrtí fyzické osoby, která byla Poskytovatelem,
 - c) dnem uvedeným v písemném oznámení Pojišťovně, pokud Poskytovatel ze závažných zdravotních či provozních důvodů nemůže hrazené služby nadále poskytovat,
 - d) dnem, kdy Poskytovatel pozbyl věcné, technické nebo personální předpoklady pro poskytování zdravotních služeb ve sjednaném rozsahu, stanovené právním předpisem nebo Smlouvou, ve smyslu čl. II. odst. 2 písm. a), pokud Poskytovatel nedostatky neodstraní ani po dodatečně stanovené přiměřené lhůtě; Smlouva nebo její část zaniká pouze v části vymezující rozsah nasmílovaných hrazených služeb, ve kterém Poskytovatel nespĺňuje právním předpisem nebo Smlouvou stanovené předpoklady, ledaže by šlo o tak závažné okolnosti, pro které nelze očekávat další plnění Smlouvy v celém rozsahu,
 - e) stoosmdesátým dnem od podpisu Smlouvy, pokud Poskytovatel nedoloží Pojišťovně kladný výsledek výběrového řízení dle § 46 a násl. zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.
2. Smlouvu lze ukončit písemnou výpovědí s výpovědní lhůtou pěti měsíců, která začne běžet prvním dnem měsíce následujícího po doručení výpovědi druhé smluvní straně, jestliže v důsledku závažných okolností nelze rozumně očekávat další plnění Smlouvy, a to v případě, že
 - a) smluvní strana

⁹ § 65 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění

- uvedla při uzavření Smlouvy nebo při jejím plnění druhou smluvní stranu v omyl ve věci podstatné pro plnění Smlouvy,
- ve smluvních vztazích hrubým způsobem porušila závažnou povinnost uloženou jí příslušným právním předpisem, upravujícím veřejné zdravotní pojištění nebo poskytování zdravotních služeb, nebo Smlouvou,
- opakovaně poruší povinnost vyplývající z § 40, odst. 6 zákona č. 48/1997 Sb.,
- vstoupí do likvidace nebo na její majetek soud prohlásí konkurz,

b) Poskytovatel

- bez předchozí dohody s Pojišťovnou bezdůvodně neposkytuje hrazené služby ve sjednaném rozsahu a kvalitě,
- přes písemné upozornění bez předchozí dohody s Pojišťovnou opakovaně účtuje hrazené služby poskytnuté nad rámec sjednaného druhu, odbornosti a rozsahu činnosti,
- přes písemné upozornění neodůvodněně omezuje pro pojištěnce Pojišťovny ordinační dobu sjednanou ve Smlouvě,
- poskytuje hrazené služby bez odpovídajícího věcného a technického vybavení a personálního zajištění,
- prokazatelně neposkytuje pojištěncům hrazené služby kvalitně a "lege artis", popřípadě opakovaně odmítne poskytnutí hrazených služeb z jiných, než právními předpisy stanovených důvodů,
- požaduje v rozporu s právními předpisy od pojištěnců finanční úhradu za zdravotní služby hrazené pojišťovnou nebo za přijetí pojištěnce do péče,
- přes písemné upozornění prokazatelně opakovaně neoprávněně účtuje hrazené služby,
- neposkytne nezbytnou součinnost k výkonu kontrolní činnosti prováděné Pojišťovnou v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb.

c) Pojišťovna

- přes písemné upozornění opakovaně neoprávněně neuhradí Poskytovateli poskytnuté hrazené služby,
- přes písemné upozornění opakovaně nedodrží lhůty splatnosti dohodnuté ve Smlouvě,
- přes písemné upozornění opakovaně překračuje rozsah kontrolní činnosti stanovený zákonem,
- poskytne třetí straně údaje o Poskytovateli nad rámec právních předpisů nebo Smlouvy.

3. Smlouvu lze dále ukončit:

- a) stanoví-li tak zákon,
- b) písemnou dohodou smluvních stran, a to za podmínek a ve lhůtě uvedené v této dohodě.

VII.

Vzájemné sdělování údajů a předávání dokladů nutných ke kontrole plnění Smlouvy

1. Smluvní strany

- a) používají v souladu s metodikou pro jednoznačnou identifikaci Poskytovatele identifikační číslo organizace (IČ), identifikační číslo zařízení (IČZ), identifikační číslo pracoviště (IČP),
- b) sdělují si údaje nutné ke kontrole plnění Smlouvy,
- c) zajišťují trvale přístupné a jasné informace o existenci smluvního vztahu a právech vyplývajících z něho pro pojištěnce,
- d) mohou si předávat údaje nezbytné k hodnocení kvality a efektivity poskytovaných hrazených služeb, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve Smlouvě.

2. Poskytovatel

- a) doloží Pojišťovně, při důvodném podezření na nedodržení postupu "lege artis", že zdravotnické prostředky byly při poskytování hrazených služeb použity v souladu se zvláštními právními předpisy¹⁰,
- b) oznámí neprodleně, nejpozději do 30 kalendářních dnů druhé smluvní straně skutečnosti, které by podstatným způsobem mohly ovlivnit plnění Smlouvy, např. vznik závad na výpočetním systému, změny údajů uvedených ve Smlouvě pokud dojde
 - ke zrušení pracoviště nebo jeho části bez náhrady, nebo jeho uzavření na dobu delší než 30 kalendářních dnů,
 - k odchodu zaměstnance jmenovitě uvedeného ve Smlouvě,
 - k výpadku přístroje nezbytného pro provádění výkonu bez náhrady na dobu delší než 30 kalendářních dnů,
 - ke změně názvu, sídla, IČ nebo čísla bankovního účtu,
 - ke změně údajů v přílohách této Smlouvy.

Nesplnění povinností uvedených v písmenech a) nebo b), anebo pozdní splnění povinností uvedených v písmenu b) se považuje za závažné porušení smluvní povinnosti.

3. Pojišťovna

- a) může poskytnout Poskytovateli v obecné formě informace potřebné k ekonomizaci jeho činnosti nebo k jeho vědecké a výzkumné činnosti a ke kontrole kvality poskytovaných hrazených služeb, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve Smlouvě,
- b) může zveřejnit na své internetové adrese v rámci seznamu smluvních Poskytovatelů obchodní jméno či firmu a adresu Poskytovatele, jeho odbornost a telefonické, případně e-mailové spojení či další údaje vzájemně dohodnuté.

¹⁰ Např. zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

VIII. Řešení sporů

1. Smluvní strany budou řešit případné spory týkající se plnění Smlouvy především vzájemným jednáním zástupců smluvních stran, a to zpravidla do 14 kalendářních dnů od výzvy jedné ze smluvních stran. Pokud mezi nimi nedojde k dohodě, mohou sporné otázky projednat ve smířčím jednání. Tím není dotčeno právo smluvních stran uplatnit svůj nárok na řešení sporu u soudu nebo v rozhodčím řízení podle zvláštního právního předpisu, pokud se smluvní strany na řešení sporů v rozhodčím řízení ve Smlouvě dohodnou.
2. Smířčí jednání navrhuje jedna ze smluvních stran. Návrh musí obsahovat přesné a dostatečně podrobné vymezení sporu. Účastníkem smířčího jednání je smluvní strana, která podala návrh na projednání sporu, smluvní strana, které je návrh na projednání sporu adresován, zástupce příslušných skupinových smluvních poskytovatelů zastupovaných zájmovými sdruženími podle § 17 odstavce 2 zákona č. 48/1997 Sb. a zástupce pojišťovny. K projednání sporu si každá smluvní strana může přizvat nejvýše dva odborné poradce. Smířčí jednání se ukončí zápisem, obsahujícím smír nebo závěr, že rozpor nebyl odstraněn s uvedením stanovisek obou stran.

IX. Zvláštní ujednání

Smluvní strany se dohodly na dále uvedených ujednáních nezbytných pro plnění Smlouvy a její kontrolu:

1. Poskytovatel poskytuje hrazené služby pojištěncům z EU, pro které je Pojišťovna výpomocnou institucí při provádění práva Evropské unie za stejných podmínek jako pojištěncům Pojišťovny, a to v rozsahu dle jimi předložených dokladů. Tyto služby vykazuje Poskytovatel, v souladu s metodikou, samostatnou fakturou.
2. Pojišťovna provádí úhradu poskytnutých hrazených služeb pojištěncům z EU, pro které je pojišťovna výpomocnou institucí při provádění práva Evropské unie v souladu s právními předpisy platnými pro pojištěnce pojišťovny.
3. Smluvní strany se dohodly, že Příloha č. 2 této Smlouvy bude mezi nimi administrována pouze a výlučně v elektronické podobě, a to v prostředí Společného Portálu ZP či portálu Pojišťovny. Konkrétní podmínky elektronické administrace Přílohy č. 2 smluvní strany dohodnou samostatným dodatkem k této Smlouvě.

X. Ostatní ujednání

1. Právní vztahy mezi smluvními stranami, ve věcech neupravených právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění a poskytování hrazených služeb a touto Smlouvou, se řídí občanským zákoníkem.
2. Nedílnou součástí této Smlouvy jsou její přílohy:

- a) příloha č. 1
 - kopie zřizovací listiny (statutu) vydané zřizovatelem Poskytovatele oprávněného provozovat zdravotnické zařízení státu nebo kopie rozhodnutí o registraci vydaného orgánem příslušným k registraci podle místa provozování nestátního zdravotnického zařízení nebo rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb

Poskytovatel se zavazuje předložit pojišťovně na vyžádání originál (resp. ověřenou kopii) uvedených dokladů.

- b) příloha č. 2
 - smluvené druhy zdravotních služeb, odbornosti pracovišť a rozsah poskytovaných hrazených služeb, pro které je Poskytovatel věcně a technicky vybaven a personálně zajištěn, seznam kódů zdravotních výkonů. Příloha je ve formě dle čl. IX, odst. 3 této Smlouvy,
- c) příloha č. 3
 - souhrnný přehled smluveného rozsahu poskytovaných služeb lůžkové péče včetně doby, na kterou se sjednává,
- d) příloha č. 3a
 - souhrnný přehled smluveného rozsahu poskytovaných služeb nelůžkové péče
- e) příloha č. 4
 - kopie výpisu z obchodního rejstříku, pokud je v něm Poskytovatel zapsán,
- f) příloha č. 5
 - kopie dokladu o absolvování a výsledku výběrového řízení
- g) příloha č. 6
 - kopie smlouvy o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb.

XI.
Závěrečná ujednání

1. Tato Smlouva nabývá platnosti dnem podpisu zástupci obou smluvních stran a účinnosti dnem 01.10.2021.
2. Smlouva je vyhotovena ve 2 stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží 1 vyhotovení. Pokud je tato smlouva podepisována elektronicky, je vyhotovena v jednom stejnopise podepsaném elektronicky oběma smluvními stranami.
3. Veškeré změny a doplňky této Smlouvy lze provádět výhradně písemnými očíslovanými dodatky, podepsanými na znamení souhlasu oběma smluvními stranami.

V dne.....

MUDr. Jiří
Dvořáček

Digitálně podepsal MUDr. Jiří
Dvořáček
Datum: 2021.10.15 13:09:46
+02'00'

.....
razítko a podpis oprávněného
zástupce Poskytovatele

tento dokument byl podepsán oprávněným zástupcem Pojišťovny
zaručeným elektronickým podpisem založeným na kvalifikovaném certifikátu

583600

ZK388



**Dodatek č. 2021001 ke Smlouvě č. 37357/21
o poskytování a úhradě zdravotních služeb (dále jen "Smlouva")**

(dále jen Dodatek)

který uzavřely na úhradu zdravotních služeb v roce 2021 níže uvedeného dne, měsíce a roku podle ustanovení § 1746 občanského zákoníku, ve smyslu § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“) a v souladu s vyhláškou č. 428/2020 Sb. (dále jen „vyhláška“) a dalšími právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění tyto

Smluvní strany

RBP, zdravotní pojišťovna, se sídlem Michálkovická 967/108, 710 00 Slezská Ostrava
IČ: 47673036, email: rbp@rbp-zp.cz, kód ZP: 213
jejímž jménem jedná Ing. Antonín Klimša, MBA, výkonný ředitel
(dále jen „Pojišťovna“ nebo „RBP“)

a

Název, příp. jméno a příjmení: **Psychiatrická léčebna Červený Dvůr**
Se sídlem: **38101 Český Krumlov, Červený Dvůr 1**
Zastoupen: **MUDr. Jiří Dvořáček, ředitel**
IČ: **00583600**
IČZ: **33200000**

(dále jen „Poskytovatel“)

I.

- (1) Zdravotní služby poskytnuté pojištěncům Pojišťovny Poskytovatelem v období od 1. 1. 2021 do 31. 12. 2021 budou vykazovány dle vyhlášky č. 134/1998 Sb., v platném znění (dále jen „seznam výkonů“), včetně kategorie pacienta, v souladu s platnou metodikou a hrazeny paušální sazbou za jeden den hospitalizace, která zahrnuje základní sazbu OD, režii k OD, lékový paušál, kategorii pacienta, výkony při přijetí a propuštění pacienta a navýšení úhrady na zvýšení příplatku zdravotnickým pracovníkům vykonávajícím nelékařské zdravotnické povolání střídavě v třísměnném nebo nepřetržitém provozním režimu.

Sazba za OD činí:

IČZ	Odb	Kód	Kat1	Kat2	Kat3	Kat4	Kat5
33200000	3U8	00721	2127,92	2291,58	2500,25	2668,97	2837,67
33200000	3U8	00798	60,32	0	0	0	0
33200000	3U8	00799	60,32	0	0	0	0

- (2) Paušální sazba za OD typu 00005, 00022, 00023, 00024, 00027 a 00028, pokud je Poskytovatel vykazuje, může být v rámci finančního vypořádání za rok 2021 navýšena v souladu s přílohou č. 1, částí B, bod 1, písm. d) vyhlášky, pokud Poskytovatel prokazatelným způsobem doloží do 31. 3. 2022 splnění kritérií uvedených v příloze č. 1, částí B, bod 1, písm. d) vyhlášky. Pojišťovna si vyhrazuje právo fyzické kontroly uváděných skutečností.
- (3) Paušální sazba za OD typu 00021 a 00026, pokud je Poskytovatel vykazuje, bude použita pro výpočet výše měsíční předběžné úhrady za Poskytovatelem vykázané a Pojišťovnou uznané hrazené služby za příslušný měsíc. Předběžné měsíční úhrady za celé hodnocené období Pojišťovna finančně vypořádá v souladu s přílohou č. 1, částí B, bod 1, písm. h) vyhlášky.
- (4) Regulační omezení je Pojišťovna oprávněna provést dle ustanovení části C) bod 2 Přílohy č. 1 vyhlášky. Hodnoty referenčního období sdělí Pojišťovna Poskytovateli do 120 dnů od počátku hodnoceného období.
- (5) Základním fakturačním obdobím je kalendářní měsíc. Poskytovatel předkládá Pojišťovně fakturu za poskytnuté zdravotní

služby a individuální doklady s vyplněným průvodním listem dávky v termínech dohodnutých ve Smlouvě. Úhrada za vykázané a Pojišťovnou uznané zdravotní služby bude prováděna měsíčně dle Smlouvy.

- (6) Vyúčtování za rok 2021 se provede do 180 kalendářních dnů od konce hodnoceného období z dávek za 1-12/2021 vykázaných do 31. 3. 2022. Pokud vznikne přeplatek, bude Poskytovateli o jeho výši snížena formou započtení následující úhrada za poskytnuté zdravotní služby.
- (7) Poskytovatel je oprávněn do 30-ti dnů od doručení vyúčtování podat písemnou formou námitky. Na později podané námitky nebude brán zřetel. Podané námitky nemají odkladný účinek na splatnost přeplatku.

II.

- (1) Tento dodatek se stává nedílnou součástí Smlouvy a uzavírá se na dobu určitou do 31. 12. 2021
- (2) Tento dodatek je vyhotoven ve dvou stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení. Pokud je tento dodatek podepisovaný elektronicky, je vyhotoven v jednom stejnopise podepsaném elektronicky oběma smluvními stranami.

V dne

**MUDr. Jiří
Dvořáček**

Digitálně podepsal
MUDr. Jiří Dvořáček
Datum: 2021.10.15
13:11:22 +02'00'

razítko a podpis oprávněného
zástupce Poskytovatele

tento dokument byl podepsán oprávněným zástupcem Pojišťovny
zaručeným elektronickým podpisem založeným na kvalifikovaném certifikátu



ZK388



**Příloha č. 3 ke Smlouvě č. 37357/21
o poskytování a úhradě zdravotních služeb**

(dále jen Příloha)

kteřou uzavřely níže uvedeného dne, měsíce a roku podle ustanovení § 1746 občanského zákoníku, ve smyslu § 17 zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění ve znění pozdějších předpisů a podle vyhlášky č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy a v souladu s dalšími právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění tyto

Smluvní strany

RBP, zdravotní pojišťovna, se sídlem Michálkovická 967/108, Slezská Ostrava, 710 00 Ostrava, IČ: 47673036,
email: rbp@rbp-zp.cz, kód ZP: 213
zastoupena Ing. Antonínem Klimšou, MBA, výkonným ředitelem
číslo účtu: 2130406761/0710, Česká národní banka
(dále jen „**Pojišťovna**“ nebo „**RBP**“)

a

Název, příp. jméno a příjmení:

Se sídlem:

Zastoupen:

IČ:

IČZ:

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr

38101 Český Krumlov, Červený Dvůr 1

MUDr. Jiří Dvořáček, ředitel

00583600

33200000

Telefon:

Email:

(dále jen „**Poskytovatel**“)

380 309 136, 725 870 110

ekonom@cervenydvur.cz

uzavírají

Přílohu č.3

Seznam sjednaných hospitalizačních oborů, odborností a počtu lůžek na dobu platnosti smlouvy.

obor	odbornost	počet lůžek	DNL *)	IČP
3-8	3U8	109		33200000
celkem lůžek		109		

V dne

MUDr. Jiří Digitálně podepsal
Dvořáček MUDr. Jiří Dvořáček
Datum: 2021.10.15
13:12:39 +02'00'

.....
razítko a podpis oprávněného
zástupce Poskytovatele

Tento dokument byl podepsán
oprávněným zástupcem Pojišťovny
zaručeným elektronickým podpisem
založeným na kvalifikovaném certifikátu