

Dne: 10 -01- 2013

Podpis:

Sochová Ludmila

**Smlouva č. 26307/13
o poskytování a úhradě zdravotních služeb (dále jen "Smlouva")**

SMLUVNÍ STRANY

Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna

se sídlem na adrese Ostrava - Slezská Ostrava, Michálkoviclá 108, PSČ 710 15

jejímž jménem jedná Ing. Lubomír Káňa, ředitel

zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Krajským soudem v Ostravě, oddíl AXIV, č. vložky 554

IČ: 47673036

Kód pojišťovny: 213

Bankovní spojení:

Číslo účtu:

E-mail:

(dále jen "Pojišťovna" nebo "RBP")

a

Poskytovatel (jméno a příjmení, příp. název): Česká katolická charita CHD Opava

se sídlem:

11000 Praha 1, Vladislavova 1460/12

jednající (jméno, funkce):

Ing. Jaroslav Dufek

IČ:

445355

IČZ:

90815000

výčet IČZ: 77922000, 90815000

Bankovní spojení:

Číslo účtu:

Kontaktní telefon:

E-mail:

(dále jen "Poskytovatel")

uzavírají

v souladu s platnými zněními zákonů č.48/1997 Sb., č. 108/2006 Sb., č.109/2006 Sb. a navazujících prováděcích předpisů za účelem zajištění věcného plnění při poskytování zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění tuto Smlouvu (dále jen „Smlouva“).

Článek I. Obecná ustanovení

- 1) Smlouva upravuje podmínky, za nichž je Pojišťovnou¹⁾ hrazena ošetrovatelská péče (dále jen „zdravotní péče“), poskytovaná jejím pojištěncům (dále jen „pojištěnec“) umístěným v pobytovém zařízení²⁾.
- 2) Právní vztahy mezi Pojišťovnou a Poskytovatelem se řídí touto písemnou Smlouvou, uzavřenou podle právních předpisů, upravujících veřejné zdravotní pojištění, poskytování hrazených služeb a poskytování sociálních služeb. Ve věcech neupravených těmito právními předpisy nebo Smlouvou se vztahy řídí obchodním zákoníkem.
- 3) Základní podmínky pro uzavření Smlouvy:
 - a) oprávnění pobytového zařízení k poskytování sociálních služeb pobytového typu podle zvláštního právního předpisu²⁾.
 - b) prokázání, že zdravotní péče bude poskytována zdravotnickými pracovníky pobytového zařízení, odborně způsobilými podle zvláštního právního předpisu³⁾.
 - c) akceptace dohodnutého postupu pro pořizování, předávání a vyhodnocování dokladů v souladu s Metodikou pro pořizování a předávání dokladů (dále jen "metodika"), Pravidly pro vyhodnocování dokladů (dále jen "pravidla") a jednotným datovým rozhraním, vytvářenými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky v součinnosti se zástupci dalších zdravotních pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče a vydávanými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky nebo Svazem zdravotních pojišťoven ČR.

¹⁾ Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů

²⁾ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

³⁾ Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče

Článek II.

Práva a povinnosti smluvních stran

1) Smluvní strany:

- a) dodržují při poskytování a úhradě hrazených služeb platná znění obecně závazných právních předpisů, upravujících veřejné zdravotní pojištění, poskytování zdravotní péče a sociálních služeb pojištěncům, a smluvní ujednání obsažená ve Smlouvě a jejích přílohách,
- b) dodržují dohodnutý postup pro pořizování, předávání a vyhodnocování dokladů v souladu s platným zněním metodiky, pravidel a jednotného datového rozhraní,
- c) zaváží své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců⁴⁾ a zájmů pobytového zařízení i Pojišťovny, k zachování povinné mlčenlivosti o skutečnostech, o nichž se dozvěděli při výkonu zaměstnání, při zpracování údajů, popřípadě v souvislosti s nimi.

2) Poskytovatel:

- a) poskytuje péči na základě rozhodnutí o registraci zařízení sociálních služeb s pobytovými službami, vydaného příslušným orgánem, nebo jiného dokumentu, dokladujícího poskytování sociálních služeb,
- b) poskytuje ošetrovatelskou péči (odbornost 913 - „všeobecná sestra v sociálních službách“) vymezenou výčtem sjednaných výkonů v příloze č. 2 Smlouvy, pro které je věcně a technicky vybaveno a personálně zajištěno. Za dobu, po kterou Poskytovatel dočasně nesplňuje personální předpoklady pro poskytování zdravotní péče, není oprávněno předkládat Pojišťovně vyúčtování a je povinno tuto skutečnost Pojišťovně neprodleně oznámit,
- c) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci – zdravotničtí pracovníci, kteří budou pojištěncům Pojišťovny poskytovat ve Smlouvě sjednanou zdravotní péči, splňují požadavky odborné způsobilosti stanovené zvláštním právním předpisem⁵⁾. Do získání způsobilosti k výkonu povolání bez odborného dohledu budou vykonávat činnost pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka, způsobilého k výkonu povolání bez odborného dohledu,
- d) odpovídá za to, že zdravotničtí pracovníci poskytují zdravotní péči na základě ordinace registrujícího praktického lékaře, který je ve smluvním vztahu k Pojišťovně,
- e) vede pro posouzení oprávněnosti vyúčtované zdravotní péče v průkazné formě dokumentaci o léčení pojištěnců, ve které jsou zaznamenávány provedené zdravotní výkony,
- f) nakládá se zdravotnickou dokumentací v souladu s podmínkami stanovenými v zákoně č.372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování,
- g) poskytuje zdravotní péči "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,

⁴⁾ Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů

⁵⁾ Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů

- h) nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí zdravotní péče žádnými zákonem neuloženými registračními poplatky nebo sponzorskými dary a za poskytnuté hrazené služby hrazené Pojišťovnou nebude od pojištěnce, pokud to nevyplývá z právních předpisů, vybírat žádnou finanční úhradu,
 - i) poskytne v souladu s právními předpisy zdravotnickým zařízením, kterým pojištěnce předá do péče nebo které si pojištěnec zvolí, informace potřebné pro zajištění návaznosti zdravotní péče a k zamezení duplicitního provádění diagnostických a léčebných výkonů,
 - j) nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí hrazených služeb změnou zdravotní Pojišťovny nebo jiným způsobem,
 - k) oznámí pojišťovně, v souladu s § 55 zákona č. 48/1997 Sb., úrazy nebo jiná poškození zdraví osob, kterým poskytlo zdravotní péči, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby,
 - l) doloží při podpisu Smlouvy doklad o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou v souvislosti s poskytováním ošetrovatelské péče a zavazuje se, že bude pojištěno po celou dobu trvání smluvního vztahu s Pojišťovnou.
- 3) RBP :
- a) uhradí Poskytovateli zdravotní péči, průkazně zdokumentovanou a odůvodněně poskytnutou jejím pojištěncům v souladu s právními předpisy a Smlouvou,
 - b) seznámí pobytové zařízení 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,
 - c) je oprávněna provádět kontrolu plnění sjednaných podmínek poskytování zdravotní péče pobytovým zařízením podle Smlouvy,

Článek III.

Úhrada poskytovaných hrazených služeb

- 1) Hodnoty bodu, výše úhrad hrazených zdravotních služeb a regulační omezení objemu poskytnutých hrazených služeb se sjednávají dodatkem ke Smlouvě podle § 17, odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb.
- 2) Za způsoby úhrady se považují zejména:
 - a) úhrada za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami,
 - b) jiné způsoby úhrady dohodnuté v dohodovacím řízení podle § 17, odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb.

- 3) *Mezi smluvními stranami musí být vždy předem dohodnuto zvýšení nebo snížení objemu poskytovaných hrazených služeb z důvodu změny kapacity, struktury pobytového zařízení, změny či obnovy přístrojového vybavení specifikovaného ve Smlouvě.*
- 4) *Poskytovatel pro uplatnění nároků na úhradu poskytnutých hrazených služeb předává pojišťovně jednou měsíčně, případně jednou čtvrtletně, vyúčtování poskytnuté péče fakturou s příslušnými přílohami. Faktura obsahuje náležitosti účetního dokladu. Náležitosti přílohy jsou obsaženy v metodice. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu nebo příloha neobsahuje náležitosti podle dohodnuté metodiky nebo Smlouvy, má RBP právo ji odmítnout a vrátit bez zbytečného odkladu pobytovému zařízení k doplnění, popřípadě 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 stanoveným v metodice a datovém rozhraní. Individuální doklady za zdravotní péči poskytnutou pojištěncům pojišťovny předává Pojišťovně spolu s vyúčtováním na elektronickém nosiči či v elektronické podobě nebo na papírových dokladech.*
- 6) *Zjistí-li RBP ve vyúčtování před provedením úhrady nesprávně nebo neoprávněně vyúčtovanou zdravotní péči, úhradu této části vyúčtované péče v termínu splatnosti neprovede. RBP oznámí Poskytovateli bez zbytečného odkladu rozsah a důvod vyúčtované neuhrazené péče. Tím Pojišťovna vyzve Poskytovatele k opravě nesprávně vyúčtované péče nebo k doložení poskytnuté zdravotní péče. Řádně poskytnutou a vyúčtovanou péči pojišťovna uhradí v nejbližším termínu úhrady.*
- 7) *Pojišťovna provede za své pojištěnce úhradu poskytnutých hrazených služeb, vyúčtovaných a uznaných v souladu s právními předpisy a Smlouvou. Poskytnutím úhrady není dotčeno právo Pojišťovny k provádění následné kontroly proplacených vyúčtování v rozsahu a za podmínek stanovených právními předpisy a Smlouvou. Pokud při následné kontrole zjistí chyby v dokladech, postupuje podle metodiky a pravidel. Odmítnutí úhrady nebo části úhrady pojišťovna bez zbytečného odkladu pobytovému zařízení písemně zdůvodní.*
- 8) *Zjistí-li RBP pochybení ve vyúčtování po provedení úhrady a pobytové zařízení do 10 pracovních dnů od doručení písemné výzvy Pojišťovny příslušnou částku samo neuhradí nebo nedoloží oprávněnost vyúčtované sporné částky nebo nebude mezi smluvními stranami dohodnut jiný termín úhrady, jednostranným započtením pohledávky sníží pobytovému zařízení o příslušnou částku případně úhradu za vyúčtovanou zdravotní péči v následujícím zúčtovacím období.*
- 9) *Úhrada vyúčtované zdravotní péče, při dodržení smluvních podmínek, bude provedena v případě předání vyúčtování na elektronickém nosiči či v elektronické podobě do 30 kalendářních dnů, v případě předání vyúčtování na papírových dokladech do 50 kalendářních dnů ode dne doručení faktury Pojišťovně, nedohodnou-li se smluvní strany jinak. Lhůta splatnosti je dodržena, je-li platba poslední den lhůty připsána na účet Poskytovatele.*

Článek IV. Kontrola

- 1) Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona č. 48/1997 Sb. a Smlouvou kontrolu využívání a poskytování hrazených služeb v jejich objemu a kvalitě, včetně dodržování cen, a to prostřednictvím svého informačního systému, revizních lékařů a dalších odborných pracovníků ve zdravotnictví, způsobilých k revizní činnosti (dále jen "odborní pracovníci").
- 2) V rámci své odborné způsobilosti revizní lékaři a odborní pracovníci oprávnění ke kontrole posuzují, zda zvolený způsob zdravotní péče byl odůvodněně a řádně indikován s ohledem na zdravotní stav pojištěnce, v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, poskytnut pouze v rozsahu indikace, řádně zdokumentován a zda nebyl zbytečně ekonomicky náročný.
- 3) V případech stanovených právními předpisy revizní lékař posuzuje i odůvodněnost registrujícím lékařem navrženého léčebného postupu.
- 4) poskytovatel poskytne Pojišťovně při výkonu kontroly nezbytnou součinnost, zejména předkládá požadované doklady, sděluje údaje a poskytuje vysvětlení. Umožní revizním lékařům a odborným pracovníkům Pojišťovny vstup do svého objektu, nahlížení do zdravotnické dokumentace pojištěnců a dalších dokladů bezprostředně souvisejících s prováděnou kontrolou vyúčtovaných zdravotních výkonů, léčiv a zdravotnických prostředků, případně zvláště účtovaných léčiv a zvláště účtovaného materiálu. Revizní lékař (revizní odborný pracovník) je povinen postupovat tak, aby kontrola nenarušila prováděný léčebný výkon.
- 5) V případě kontroly (šetření) v pobytovém zařízení bude na místě zpracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a stanoviska pobytového zařízení. Tento záznam nenahrazuje zprávu podle odstavce 6). Poskytovatel umožní v případě potřeby pořídit na náklady Pojišťovny fotokopie kontrolovaných dokladů, včetně zdravotnické dokumentace.
- 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 15 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 zdravotní péče nebo její neodůvodněné poskytování, Pojišťovna podle § 42 odstavce 3 zákona č. 48/1997 Sb.

takovou péči neuhradí a je oprávněna postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve Smlouvě. V případě, že se závěry kontroly prokáží jako neodůvodněné, uhradí pojišťovna pobytovému zařízení částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnuté zdravotní péče. Poskytovatel je oprávněno postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve Smlouvě.

Článek V. Doba účinnosti

Smlouva se uzavírá do 31.12.2017.

Článek VI. Způsob a důvody ukončení Smlouvy

- 1) Před uplynutím sjednané doby lze Smlouvu 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
 1. uvedla při uzavření Smlouvy druhou smluvní stranu v omyl ve věci podstatné pro plnění Smlouvy,
 2. ve smluvních vztazích hrubým způsobem porušila závažnou povinnost uloženou jí příslušným právním předpisem nebo Smlouvou,
 3. vstoupí do likvidace nebo na ni soud prohlásí konkurz,
 - b) Poskytovatel přes písemné upozornění
 1. bez předchozí dohody s Pojišťovnou dlouhodobě bezdůvodně neposkytuje zdravotní péči ve sjednaném rozsahu a kvalitě,
 2. bez předchozí dohody s Pojišťovnou opakovaně účtuje zdravotní péči poskytnutou nad rámec sjednaného druhu, odbornosti a rozsahu činnosti,
 3. prokazatelně opakovaně neoprávněně účtuje zdravotní péči a způsobí tím Pojišťovně finanční škodu,
 4. opakovaně neposkytne nezbytnou součinnost k výkonu kontrolní činnosti prováděné Pojišťovnou v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb.,
 5. prokazatelně neposkytuje pojištěncům Pojišťovny zdravotní péči kvalitně a "lege artis", případně opakovaně odmítne poskytnutí zdravotní péče z jiných, než právními předpisy stanovených důvodů,
 6. požaduje v rozporu s právními předpisy od pojištěnců Pojišťovny finanční úhradu za zdravotní péči hrazenou Pojišťovnou nebo za přijetí do zdravotní péče,
 - c) RBP přes písemné upozornění
 1. opakovaně prokazatelně neoprávněně neuhradí pobytovému zařízení poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
 2. opakovaně nedodrží lhůty splatnosti dohodnuté ve Smlouvě,

Článek X.
Závěrečná ustanovení

1) Nedílnou součástí Smlouvy jsou její přílohy:

- č. 1 Kopie rozhodnutí o registraci vydaného orgánem příslušným k registraci zařízení sociálních služeb podle místa provozování Poskytovatele, nebo kopie správního rozhodnutí příslušného orgánu, opravňujícího Poskytovatele k poskytování sociálních služeb podle dříve platných právních předpisů, kopie výpisu z obchodního rejstříku u fyzických nebo právnických osob zapsaných do obchodního rejstříku, kopie dokladu o bankovním spojení, kopie dokladu o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou v souvislosti s poskytováním ošetrovatelské péče.

- č. 2 Smluvené druhy zdravotní péče, odbornosti pracovišť, jejich jednoznačná identifikace, rozsah poskytovaných hrazených služeb a personální a technické vybavení.

- 2) Právní vztahy mezi smluvními stranami ve věcech, neupravených právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění, poskytování zdravotní péče a sociálních služeb a Smlouvou, se řídí obchodním zákoníkem.
- 3) Smlouva je vyhotovena ve 2 stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží 1 vyhotovení.
- 4) Smlouva nabývá platnosti dnem podpisu zástupci obou smluvních stran a účinnosti dnem 1.1.2013. Veškeré změny a doplňky Smlouvy lze provádět výhradně písemnými očíslovanými dodatky, podepsanými na znamení souhlasu oběma smluvními stranami.

V Opaře dne 7. 1. 2013

..... dne 17. 01. 2013

Česká katolická Charita
CHARITNÍ DOMOV
Kylešovská č. 8
746 00 OPAVA
tel.: 553 760 571, fax: 553 623 695

REVÍRNÍ BRATRSKÁ POKLADNA,
zdravotní pojišťovna
Michálkovičká 108
710 01 OSTRAVA

razítko a podpis oprávněného
zástupce Poskytovatele

razítko a podpis oprávněného
zástupce Pojišťovny