



OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
ZAMĚSTNANCŮ BANK, POJIŠŤOVEN
A STAVEBNICTVÍ



8764479

Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank,
pojišťoven a stavebnictví
IČ: 47114321, DIČ: CZ47114321, kód 207
Zastoupená: Ing. Ladislavem Friedrichem, CSc.
generálním ředitelem
se sídlem: Roškotova 1225/1
140 21 Praha 4
zapsaná v obchodním rejstříku, vedeném
Městským soudem v Praze oddíl A,
vložka 7232
Bankovní spojení: Komerční banka, a.s., pobočka
Praha 4 č.ú.:10006-18432-071/0100
(dále jen Zdravotní pojišťovna) na straně jedné

Kontaktní adresa:

CHARITA ODRY
Hranická 36/162
742 35 Odry 1

C
*30
*450

Zdravotnické zařízení ²⁾ :		CHARITA ODRY	
IČ: 62351052	specifikace ¹⁾ :	IČZ ³⁾ : 88825000	
Sídlo: Hranická 36/162 Odry 1		PSČ: 742 35	
Zastoupeno: Petr Kučerka			
Bankovní ústav: ČS,A.S.			
Číslo účtu: 1765132309		Směrový kód banky: 0800	
Specifický symbol:			

(dále jen Zdravotnické zařízení) na straně druhé

SMLOUVA HC č. 8764479 o poskytování a úhradě zdravotní péče

I. Základní ustanovení

- Smluvní strany se dohodly stávající smluvní vztah upravit podle platné legislativy a uzavírají v souladu s Vyhláškou MZ č. 618/2006 Sb. o rámcových smlouvách podle § 17 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a v souladu s § 262 Obchodního zákoníku a dalšími právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění tuto **Smlouvu HC číslo 8764479** o poskytování a úhradě zdravotní péče.
- Předmětem této Smlouvy je stanovení podmínek a úprava vztahů vznikajících mezi Zdravotnickým zařízením a Zdravotní pojišťovnou při poskytování zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pojištěncům Zdravotní pojišťovny. To platí i v případě, kdy Zdravotní pojišťovna plní roli výpomocné instituce při realizaci práva Evropské unie ³⁾, nebo na základě smluv o sociálním zabezpečení, uzavíraných Českou republikou ⁴⁾. Ve věcech neupravených těmito právními předpisy a Smlouvou se smluvní strany řídí obchodním zákoníkem.

II. Práva a povinnosti smluvních stran

A/ Smluvní strany se dohodly

- dodržovat a akceptovat při vykazování a úhradě zdravotní péče hrazené ze základního fondu zdravotního pojištění Metodiku pro pořizování a předávání dokladů (dále jen "metodika") a Pravidla pro vyhodnocování dokladů (dále jen "pravidla") a datové rozhraní v platném znění
- zavázat své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců, k zachování povinné mlčenlivosti o osobních údajích ⁶⁾, 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,

B/ Zdravotnické zařízení se zavazuje

- poskytovat hrazenou zdravotní péči v souladu s právními předpisy v odbornostech a rozsahu dohodnutých a vymezených ve Smlouvě, pro které je věcně a technicky vybaveno a personálně zajištěno,
- poskytovat hrazenou zdravotní péči pojištěncům z EU za stejných podmínek jako pojištěncům pojišťovny, v rozsahu dle jimi předložených dokladů tak, aby nedocházelo k jejich diskriminaci ani upřednostňování zejména při přijímání na lékařské zákroky, na které se čeká, a to ani v případě, že by pojištěnec z EU hradil zdravotní péči v hotovosti,
- odpovídat za to, že jeho zaměstnanci ⁷⁾, kteří budou pojištěncům poskytovat ve Smlouvě sjednanou hrazenou zdravotní péči, splňují požadavky odborné způsobilosti stanovené právními předpisy pro výkon této činnosti ⁸⁾,
- odpovídat za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytovanou zdravotní péči podle zvláštního právního předpisu ⁹⁾,

1) Vyplní Zdravotní pojišťovna

2) Obchodní jméno (obchodní název) Zdravotnického zařízení dle údajů v Obchodním rejstříku, živnostenském listu, event. v žádosti o přidělení IČ, příp. dle názvu ve zřizovací listině

3) Případná další IČZ, IČP přidělená zdravotnickému zařízení uveďte ve zvláštní příloze

5. odpovídat za to, že zdravotničtí pracovníci poskytují hrazenou zdravotní péči na základě indikace ošetřujícího lékaře,
6. poskytovat hrazenou 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 stav pojištěnce,
7. vést pro posouzení oprávněnosti vyúčtované zdravotní péče v průkazné formě zdravotní dokumentaci o léčení pojištěnců, ve které budou zaznamenávány provedené zdravotní výkony, vyžádaná zdravotní péče včetně dopravy, předepisované léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a uchovány v ní doručené výsledky vyžádaných a provedených vyšetření a ošetření v souladu se zvláštním právním předpisem ¹⁰⁾,
8. zajistit v případě, kdy není přítomen nositel výkonu oprávněný poskytovat zdravotní péči podle Smlouvy a splňující podmínky pro výkon této činnosti (buď provozovatel- fyzická osoba nebo zaměstnanec Zdravotnického zařízení), zástup jiným kvalifikovaným nositelem výkonu. Tuto skutečnost oznámí Zdravotnické zařízení Zdravotní pojišťovně písemně případně na e-mailové adrese: nepritomnost@ozp.cz, a to v případě plánované nepřítomnosti alespoň 1 týden v předstihu a v případě neplánované nepřítomnosti bezprostředně poté, co nepřítomnost nastane, nejpozději však do 24 hodin, je-li to objektivně možné. Zdravotnické zařízení se zavazuje, že o této skutečnosti bude průkazně - ve stejných lhůtách informovat i pojištěnce Zdravotní pojišťovny,
9. poskytovat 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 a při převzetí pojištěnce do péče bude takové informace od příslušných zařízení vyžadovat,
10. neodmítat přijetí pojištěnce do své péče s výjimkou důvodů uvedených v § 11 odstavce 1 písmena b) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění,
11. nepodmínit právo pojištěnce na svobodnou volbu lékaře, zdravotnického zařízení nebo na poskytnutí hrazené zdravotní péče žádnými registračními poplatky nebo sponzorskými dary a za poskytnutou zdravotní péči hrazenou Zdravotní pojišťovnou nebude od pojištěnce, pokud to nevyplývá z právních předpisů, vybírat žádnou finanční úhradu,
12. nepodmínit právo pojištěnce na poskytnutí hrazené zdravotní péče změnou Zdravotní pojišťovny nebo jiným způsobem,
13. nezvýhodňovat pojištěnce jedné nebo více zdravotních pojišťoven v neprospěch pojištěnců zdravotních pojišťoven ostatních a zhoršovat dostupnost zdravotní péče hrazené Zdravotní pojišťovnou přednostním poskytováním péče hrazené jiným způsobem,
14. oznámit Zdravotní pojišťovně, v souladu s § 55 zákona č. 48/1997 Sb. úrazy nebo jiná poškození zdraví osob, kterým poskytl hrazenou zdravotní péči, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby,
15. Zdravotnické zařízení poskytující domácí zdravotní péči poskytuje hrazenou zdravotní péči v souladu s právními předpisy v odbornostech a rozsahu dohodnutých a vymezených touto Smlouvou, pro které je věcně a technicky vybaveno a personálně zajištěno,
16. Zdravotnické zařízení se zavazuje při uzavírání Smlouvy doložit Zdravotní pojišťovně doklad o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou občanům v souvislosti s poskytováním zdravotní péče a bude pojištěno po celou dobu trvání smluvního vztahu se Zdravotní pojišťovnou.

C/ Zdravotní pojišťovna se zavazuje

1. uhradit Zdravotnickému zařízení provedenou hrazenou zdravotní péči, průkazně zdokumentovanou a odůvodněně poskytnutou jejím pojištěncům i pojištěncům EU, kteří si Zdravotní pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva EU ³⁾, v souladu s právními předpisy a touto Smlouvou,
2. dohledat na žádost Zdravotnického zařízení bez zbytečného prodlení příslušnost pojištěnce ke Zdravotní pojišťovně v případech, kdy není dostupný průkaz pojištěnce a jsou dostupné jeho osobní údaje,
3. že nebude vyžadovat zvýhodňování svých pojištěnců na úkor pojištěnců ostatních zdravotních pojišťoven,
4. poskytnout na vyžádání Zdravotnickému zařízení k zajištění jednotných podmínek dohodnutou metodiku, pravidla, datové rozhraní a příslušné číselníky vydávané Všeobecnou zdravotní pojišťovnou k vykazování a výpočtu úhrady hrazené zdravotní péče,
5. seznámit na vyžádání Zdravotnické 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, včetně metodiky vedení dokumentace. V případě změny právních předpisů, která neumožní tuto lhůtu dodržet, může být uvedená lhůta přiměřeně zkrácena,
6. Zdravotní pojišťovna je oprávněna provádět kontrolu plnění smluvně dohodnutých věcných a technických podmínek a personálního zajištění hrazené zdravotní péče poskytované Zdravotnickým zařízením,
7. Zdravotní pojišťovna je oprávněna zveřejnit rozsah nasmlouvané zdravotní péče, výši celkové úhrady poskytnuté Zdravotní pojišťovnou Zdravotnickému zařízení z veřejného zdravotního pojištění za kalendářní rok a výši úhrady za Zdravotnickým zařízením předepsaná léčiva a zdravotnické prostředky za kalendářní rok; rozsah a způsob zveřejnění celkové úhrady poskytnuté Zdravotní pojišťovnou Zdravotnickému zařízení se sjednají v dodatku k této Smlouvě. V této souvislosti se smluvní strany dohodly, že do doby sjednání tohoto dodatku je Zdravotní pojišťovna oprávněna sdělovat tyto údaje pouze se souhlasem Zdravotnického zařízení.

III. Úhrada poskytované hrazené zdravotní péče

1. Hodnoty bodu ⁵⁾, pro zdravotní péči hrazenou podle seznamu výkonů, výše úhrad hrazené zdravotní péče a regulační omezení objemu poskytnuté hrazené zdravotní péče podle §17 odst.6 z.č. 48/1997 Sb., se uvedou v dodatku ke Smlouvě, podle zvláštního právního předpisu.
2. Za způsoby úhrady se považují zejména:
 - a) úhrada za zdravotní výkony podle Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami,
 - b) jiný dohodnutý způsob úhrady.
3. Zdravotnické zařízení se zavazuje neprodleně a průkazně požádat Zdravotní pojišťovnu o změnu rozsahu nasmlouvané a poskytované hrazené zdravotní péče z důvodu změny kapacity, popřípadě struktury Zdravotnického zařízení a oznámit Zdravotní pojišťovně veškeré změny skutečností obsažených v přílohách této Smlouvy.

4. Smluvní strany se dohodly, že fakturačním obdobím je zpravidla kalendářní měsíc, výjimečně kalendářní čtvrtletí (při malém počtu ošetřených pojištěnců).
5. Zdravotnické zařízení vyúčtovává zdravotní péči podle příslušného právního předpisu, kterým se vydává Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, není-li smluvně dohodnuto jinak.
6. Zdravotnické zařízení je povinno předkládat podklady k vyúčtování výkonů poskytnuté zdravotní péče:
 - a) na datovém nosiči se všemi náležitostmi podle Datového rozhraní a Metodiky (datový nosič Zdravotní pojišťovna nevrací) nebo
 - b) elektronickou formou cestou "Portálu zdravotních pojišťoven" za podmínek a způsobem sjednaným **zvláštním dodatkem ke Smlouvě** nebo
 - c) písemným zpracováním vyúčtování.

Lhůta splatnosti uvedená v bodě 19 této části Smlouvy bude nastavena v závislosti na formě předaného vyúčtování.

Při předávání podkladů k vyúčtování výkonů poskytnuté zdravotní péče v elektronické podobě musí být výkony smluvního partnera uloženy v jediném souboru označeném "KDAVKA.207". Zdravotnické zařízení zodpovídá za formální a věcnou správnost údajů předávaných k vyúčtování. Při předávání podkladů k vyúčtování dle písmene b) musí být předem uzavřen zvláštní dodatek ke Smlouvě.

7. Součástí podkladů obsahujících vyúčtování je také průvodní list, v němž Zdravotnické zařízení uvede:
 - IČ (rozšířené případně o smluvně dohodnutou specifikaci), IČZ a název Zdravotnického zařízení,
 - celkový počet bodů,
 - cenu ZUM, ZÚLP v Kč,
 - počet předávaných dávek (s uvedením počtu bodů a Kč, Pmat a ZUM, ZÚLP v každé dávce),
 - počet předávaných dokladů,
 - datum vyhotovení podkladů,
 - razítko a podpis oprávněného zástupce Zdravotnického zařízení.Zúčtovací doklady, které nemají předepsané náležitosti, Zdravotní pojišťovna neproplatí a vrátí je Zdravotnickému zařízení do 14 dnů po jejich zaevidování v podatelně Zdravotní pojišťovny k opravě. Lhůta pro úhradu podle této smlouvy v takovém případě neběží.
8. Zdravotnické zařízení předloží Zdravotní pojišťovně doklady k vyúčtování:
 - a) poštou na Zdravotnickému zařízení určenou kontaktní adresu Zdravotní pojišťovny,
 - b) osobně - oprávněným zástupcem Zdravotnického zařízení - na kterékoliv pracoviště Zdravotní pojišťovny určené pro styk s veřejností, není-li z provozních důvodů dohodnuto jinak. Územní působnost pracovišť a jejich změny zveřejňuje Zdravotní pojišťovna ve svých informačních materiálech a na svých internetových stránkách.
9. Zdravotnické zařízení se zavazuje, že zdravotní výkony vyúčtuje Zdravotní pojišťovně a to zpravidla do 15 dnů měsíce následujícího po provedení výkonu, nejpozději do 6 měsíců po jejich provedení. Po této lhůtě může Zdravotní pojišťovna při rozhodování o úhradě přihlídnout k opodstatněnému odůvodnění vzniklého prodlení.
10. Zdravotní pojišťovna se zavazuje vydat v návaznosti na provedenou platbu za poskytnutou zdravotní péči zúčtovací zprávu. V této zúčtovací zprávě jsou uvedeny údaje dokumentující výši provedené platby, číslo faktury - daňového dokladu Zdravotnického zařízení (pokud je uvedeno) a variabilní symbol, pod kterým Zdravotní pojišťovna platbu poukázala.
11. V případě, že Zdravotní pojišťovna zjistí při kontrole předloženého vyúčtování vady nebo chyby, nesprávné údaje nebo nesprávně nebo neoprávněně vyúčtovanou zdravotní péči, nebo vzniknou-li pochybnosti o správnosti, pravdivosti, průkaznosti nebo úplnosti vyúčtování a přiložených dokladů, úhradu této části vyúčtované péče v termínu splatnosti v požadované výši neprovede. Důvod snížení vyznačí Zdravotní pojišťovna na zasláné zúčtovací zprávě a úhradu provede ve schválené výši. Zdravotní pojišťovna vyzve Zdravotnické zařízení k opravě nesprávně vyúčtované péče nebo k doložení poskytnutí hrazené zdravotní péče. Řádně poskytnutou a vyúčtovanou péči Zdravotní pojišťovna uhradí v nejbližším termínu úhrady. Pokud výše uvedené chyby ve vyúčtování bylo možno odstranit a Zdravotní pojišťovna tak učinila, prodlužuje se lhůta splatnosti o dobu nezbytně nutnou na toto odstranění.
12. Zdravotnické zařízení se zavazuje, že jím uplatněná faktura obsahuje náležitosti účetního dokladu ¹²⁾. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu a příloha neobsahuje stanovené náležitosti, má Zdravotní pojišťovna právo ji odmítnout a vrátit bez zbytečného odkladu Zdravotnickému zařízení k doplnění, případně k opravě. V takovém případě běží lhůta splatnosti až od termínu jejího opětovného převzetí Zdravotní pojišťovnou.
13. Zdravotnické zařízení odpovídá za úplnost, formální i věcnou správnost dokladů a za jejich předávání. Individuální doklady za hrazenou zdravotní péči poskytnutou pojištěncům předává Zdravotnické zařízení Zdravotní pojišťovně spolu s vyúčtováním v termínu a způsobem uvedeným v této Smlouvě. Doklady za hrazenou zdravotní péči poskytnutou pojištěncům z EU, kteří si Zdravotní pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie ³⁾, předává zdravotnické zařízení Zdravotní pojišťovně spolu s vyúčtováním v termínu a způsobem sjednaným ve Smlouvě.
14. Provedením úhrady není dotčeno právo Zdravotní pojišťovny provádět následnou kontrolu poskytování zdravotní péče podle této Smlouvy v jejím objemu, kvalitě a účelnosti, včetně dodržování cen. Zjistí-li přitom Zdravotní pojišťovna nesprávné účtování nákladů Zdravotnickým zařízením, je Zdravotnické zařízení povinno vrátit Zdravotní pojišťovně vzniklý přeplatek spolu se smluvní pokutou z dlužné částky. O tento přeplatek, včetně smluvní pokuty, může být po předchozím oznámení snížena platba Zdravotnickému zařízení v nejbližším možném vyúčtování nákladů na zdravotní péči.
15. Prokáže-li Zdravotnické zařízení Zdravotní pojišťovně nesprávné proplacení účtovaných nákladů, je Zdravotní pojišťovna povinna tento nedoplatek spolu se smluvní pokutou z dlužné částky uhradit do třiceti dnů po zjištění a současně o této úhradě bude Zdravotní pojišťovna informovat Zdravotnické zařízení.
16. Zdravotnické zařízení se zavazuje, že za poskytnutí zdravotní péče hrazené zdravotním pojištěním nebo za převzetí do péče, pokud to nevyplývá z obecně platných právních předpisů, nebude vybírat od pojištěnců Zdravotní pojišťovny finanční úhradu.

17. Za zjištěné porušení povinnosti uložené Zdravotnickému zařízení § 55 a odst. 2 zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, zaplatí Zdravotnické zařízení smluvní pokutu ve výši jeden tisíc Kč za jednotlivé nesplnění povinnosti.
18. Zjistí-li Zdravotní pojišťovna pochybení ve vyúčtování předaném Zdravotnickým zařízením dodatečně, tj. po úhradě a Zdravotnické zařízení do 10 pracovních dnů od doručení písemné výzvy Zdravotní pojišťovny příslušnou částku samo neuhradí, nebo nedoloží oprávněnost vyúčtované sporné částky, Zdravotní pojišťovna jednostranným započtením pohledávky sníží Zdravotnickému zařízení o příslušnou částku úhradu za vyúčtování hrazené zdravotní péče předložené v následujícím zúčtovacím období.
19. Úhrada vyúčtované poskytnuté hrazené zdravotní péče, při dodržení smluvními stranami v předchozích ustanoveních uvedených podmínek, bude provedena při předání vyúčtování Zdravotní pojišťovně v **elektronické podobě cestou "Portálu zdravotních pojišťoven", je-li tento způsob vyúčtování smluvně dohodnut mezi smluvními stranami, se splatností do 15 kalendářních dnů, při předání v elektronické podobě na magnetickém nosiči se splatností do 30 kalendářních dnů a při předání vyúčtování Zdravotní pojišťovně na papírových dokladech se splatností do 50 kalendářních dnů** ode dne doručení faktury Zdravotní pojišťovně.
20. Lhůta splatnosti je dodržena, je-li platba poslední den lhůty připsána na účet Zdravotnického zařízení.
21. V případě poruchy výpočetního systému, znemožňující včasné provedení vyúčtování nebo úhrady hrazené zdravotní péče, poskytne Zdravotní pojišťovna Zdravotnickému zařízení v dohodnutém termínu úhrady zálohu ve výši průměrného měsíčního objemu vykázané zdravotní péče, vypočteného z posledních dvou uzavřených kalendářních čtvrtletí, pokud se smluvní strany v daném případě nedohodnou jinak.
22. Smluvní strany se dohodly, že platby za zdravotní péči jsou prováděny Zdravotní pojišťovnou z bankovního účtu uvedeného v záhlaví této Smlouvy, případně dalšího účtu Zdravotní pojišťovny, vedeného v tuzemské bance.

IV. Kontrola

1. Zdravotní pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona č. 48/1997 Sb. a touto Smlouvou kontrolu využívání a poskytování hrazené zdravotní péče v jejím 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 hrazené zdravotní péče 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 (odborný pracovník) posuzuje i odůvodněnost ošetřujícím lékařem navrženého, popřípadě provedeného léčebného postupu a schvaluje, zda použitý postup pojišťovna uhradí.
4. Zdravotnické zařízení poskytne Zdravotní pojišťovně při výkonu kontroly nezbytnou součinnost, zejména předkládá požadované doklady, sděluje údaje a poskytuje vysvětlení. Umožní revizním lékařům a odborným pracovníkům Zdravotní pojišťovny vstup do svého objektu, nahlížení do zdravotnické dokumentace pojištěnců v souladu se zvláštním právním předpisem¹²⁾ a dalších dokladů bezprostředně souvisejících s prováděnou kontrolou vyúčtovaných zdravotních výkonů, léčiv a zdravotnických prostředků, včetně zvlášť účtovaných léčiv a zvlášť účtovaného materiálu. Revizní lékař (revizní odborný pracovník) je povinen postupovat tak, aby kontrola nenarušila prováděný léčebný výkon.
5. V případě kontroly (šetření) ve Zdravotnickém zařízení bude na místě vypracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a se stanoviskem oprávněného zástupce Zdravotnického zařízení, tento záznam nenahrazuje zprávu podle bodu 6 této části Smlouvy.
6. Zprávu, obsahující závěry kontroly, Zdravotní pojišťovna zpracuje a předá Zdravotnickému zařízení do 15 kalendářních dnů po ukončení kontroly; pokud nebude možno z objektivních důvodů tuto lhůtu dodržet, oznámí Zdravotní pojišťovna tuto skutečnost Zdravotnickému zařízení. Kontrola bude ukončena zpravidla do 30 kalendářních dnů od jejího zahájení.
7. Zdravotnické zařízení je oprávněno do 15 kalendářních dnů od převzetí závěru kontroly podat Zdravotní pojišťovně písemně zdůvodněné námitky. K námitkám sdělí Zdravotní pojišťovna stanovisko do 30 kalendářních dnů od jejich doručení. Pokud nebude možno z objektivních důvodů tyto lhůty dodržet, prodlouží se příslušná lhůta na žádost smluvní strany až na dvojnásobek. Ve stanovené lhůtě Zdravotní pojišťovna sdělí Zdravotnickému zařízení, zda potvrzuje nebo mění závěry kontroly. Podání námitek nemá z hlediska finančních nároků Zdravotní pojišťovny vůči Zdravotnickému zařízení odkladný účinek. Tím není dotčeno právo Zdravotnického zařízení uplatnit svůj nesouhlas s rozhodnutím Zdravotní pojišťovny v jiném řízení. Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazené zdravotní péče nebo její neodůvodněné poskytování, Zdravotní pojišťovna podle § 42 odstavce 3 zákona č. 48/1997 Sb. takovou péči neuhradí.

V. Sankční ujednání

1. Smluvní strany si mohou účtovat smluvní pokutu až do výše 2% průměrné měsíční platby za porušení Smlouvy.
2. Za porušení Smlouvy se považují případy, kdy
 - a) **smluvní strana**
 1. uvede nepravdivé, neúplné či zkreslující údaje při uzavírání Smlouvy, nebo při jejím plnění,
 2. nedodrží ustanovení Smlouvy, s následkem prokazatelně neúčelného vynaložení prostředků veřejného zdravotního pojištění,
 3. neposkytne informace sjednané ve Smlouvě,

- b) **Zdravotnické zařízení**
 - 1. prokazatelně neoprávněně nebo vícenásobně účtuje zdravotní péči,
 - 2. neposkytne povinná hlášení vyplývající z právních předpisů upravující veřejné zdravotní pojištění,
 - 3. neodůvodněně opožděně vykazuje poskytovanou zdravotní péči,
 - 4. opakovaně porušilo povinnost ohlásit pojišťovně v souladu s § 55 zákona č. 48/1997 Sb. úrazy nebo jiná poškození zdraví pojištěnce způsobená jednáním právnické nebo fyzické osoby,
 - c) **Zdravotní pojišťovna**
 - 1. neodůvodněně sníží nebo odmítne úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče,
 - 2. provádí úhradu oprávněně vyúčtované poskytnuté zdravotní péče s prodlením, kromě případů, kdy není za prodlení odpovědna.
3. Uplatněním sankce není dotčeno právo smluvních stran na vrácení úhrady za neoprávněně nebo nesprávně vyúčtovanou a hrazenou zdravotní péči.
 4. Smluvní strany se dohodly, že smluvní pokuta podle části V. bodu 1 této Smlouvy se nesjednává. Tím není dotčeno právo Zdravotnického zařízení na úroky z prodlení podle obecně závazných právních předpisů (zákonný úrok z prodlení) v případě prodlení Zdravotní pojišťovny s úhradou.
 5. Uplatněním smluvní pokuty není dotčeno právo Zdravotnického zařízení na uplatnění úroků z prodlení podle obecně závazných právních předpisů ani na náhradu případně vzniklé škody.

VI. Doba účinnosti Smlouvy

1. Tato Smlouva se uzavírá na dobu určitou od 1.1.2008 do 31.12.2015.
2. Pokud kterákoliv ze smluvních stran 6 měsíců před ukončením platnosti a účinnosti smlouvy písemně nesdělí druhé smluvní straně úmysl nepokračovat ve smluvním vztahu, smlouva se automaticky prodlužuje vždy o další 1 rok.

VII. Způsob a důvody ukončení Smlouvy

- A) 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 zřizovací listiny, vydané Zdravotnickému zařízení,
 - b) dnem zániku Zdravotnického zařízení nebo Zdravotní pojišťovny nebo dnem úmrtí fyzické osoby, která byla provozovatelem Zdravotnického zařízení,
 - c) dnem uvedeným v písemném oznámení Zdravotní pojišťovně, pokud Zdravotnické zařízení ze závažných zdravotních či provozních důvodů nemůže zdravotní péči nadále poskytovat,
 - d) dnem, kdy Zdravotnické zařízení pozbylo věcné, technické nebo personální předpoklady pro poskytování zdravotní péče ve sjednaném rozsahu, stanovené právním předpisem nebo Smlouvou, ve smyslu čl. 3 odst. 2 písm. a) přílohy č. 6 vyhl. 618/2006 Sb., pokud Zdravotnické zařízení nedostatky neodstranilo ani po dodatečně stanovené přiměřené lhůtě; Smlouva nebo její část zaniká pouze v části vymezující rozsah nasmlouvané zdravotní péče, ve kterém Zdravotnické zařízení nesplňuje právním předpisem nebo Smlouvou stanovené předpoklady, ledaže by šlo o tak závažné okolnosti, pro které nelze očekávat další plnění Smlouvy v celém rozsahu.
- B) 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 nebo při jejím plnění 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, upravujícím veřejné zdravotní pojištění nebo poskytování zdravotní péče, nebo Smlouvou,
 3. opakovaně poruší povinnost vyplývající z § 41 zákona,
 4. vstoupí do likvidace nebo na její majetek soud prohlásí konkurz,
 - b) Zdravotnické zařízení
 1. bez předchozí dohody se Zdravotní pojišťovnou bezdůvodně neposkytuje zdravotní péči ve sjednaném rozsahu a kvalitě,
 2. přes písemné upozornění bez předchozí dohody se Zdravotní pojišťovnou opakovaně účtuje zdravotní péči poskytnutou nad rámec sjednaného druhu, odbornosti a rozsahu činnosti,
 3. přes písemné upozornění neodůvodněně omezuje pro pojištěnce Zdravotní pojišťovny ordinační dobu sjednanou ve Smlouvě,
 4. poskytuje zdravotní péči bez odpovídajícího věcného a technického vybavení a personálního zajištění,
 5. prokazatelně neposkytuje pojištěncům Zdravotní pojišťovny zdravotní péči kvalitně a "lege artis", popřípadě opakovaně odmítne poskytnutí zdravotní péče z jiných, než právními předpisy stanovených důvodů,
 6. požaduje v rozporu s právními předpisy od pojištěnců zdravotní pojišťovny finanční úhradu za zdravotní péči hrazenou Zdravotní pojišťovnou nebo za přijetí pojištěnce do péče,
 7. přes písemné upozornění prokazatelně opakovaně neoprávněně účtuje zdravotní péči,
 8. neposkytne nezbytnou součinnost k výkonu kontrolní činnosti prováděné zdravotní pojišťovnou v souladu se zákonem,
 - c) Zdravotní pojišťovna
 1. přes písemné upozornění opakovaně neoprávněně neuhradí Zdravotnickému zařízení poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
 2. přes písemné upozornění opakovaně nedodrží lhůty splatnosti dohodnuté ve Smlouvě,
 3. přes písemné upozornění opakovaně překračuje rozsah kontrolní činnosti stanovený zákonem,
 4. poskytne třetí straně údaje o Zdravotnickém zařízení nad rámec právních předpisů nebo Smlouvy.

- C) Před uplynutím sjednané doby lze Smlouvu ukončit:
- stanoví-li tak zákon,
 - pisemnou dohodou smluvních stran, a to za podmínek a ve lhůtě uvedené v této Smlouvě.

VIII. Vzájemné sdělování údajů a předávání dokladů nutných ke kontrole plnění Smlouvy

- Smluvní strany používají v souladu s metodikou pro jednoznačnou identifikaci Zdravotnického zařízení identifikační číslo organizace (IČ), případně rozšířené o smluvně dohodnutou specifikaci, spolu s identifikačním číslem Zdravotnického zařízení (IČZ).
- Jakékoliv změny této Smlouvy lze provést pouze písemně, vždy po vzájemné dohodě smluvních stran.
- Smluvní strany se zavazují sdělovat si navzájem údaje nutné ke kontrole plnění této Smlouvy.
- Smluvní strany se zavazují zajistit trvale přístupné a jasné informace o existenci smluvního vztahu a právech vyplývajících z něho pro pojištěnce Zdravotní pojišťovny.
- V souvislosti s uplatňováním regulačních mechanismů u praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost vyplývajících z ustanovení platné legislativy a smluvních dokumentů uzavřených mezi Zdravotní pojišťovnou a výše uvedenými poskytovateli je Zdravotní pojišťovna oprávněna sdělit registrujícímu praktickému lékaři údaje o úhradě Zdravotnickým zařízením poskytnuté zdravotní péče příslušnému praktickým lékařem registrovanému pojištěnci.
- Zdravotnické zařízení souhlasí s tím, aby Zdravotní pojišťovna zveřejnila na své internetové adrese v rámci seznamu smluvních zdravotnických zařízení obchodní název a adresu Zdravotnického zařízení, jeho odbornost a telefonické, příp. e-mailové spojení, případně i další údaje vzájemně dohodnuté.
- Zdravotnické zařízení se zavazuje, že doloží Zdravotní pojišťovně, při důvodném podezření na nedodržení postupu "lege artis", že zdravotnické prostředky byly při poskytování hrazené zdravotní péče použity v souladu se zvláštními právními předpisy¹³⁾.
- Zdravotnické zařízení se zavazuje, že oznámí neprodleně, nejpozději do 30 kalendářních dnů, Zdravotní pojišťovně skutečnosti, které by podstatným způsobem mohly ovlivnit plnění smlouvy, např. vznik závad na výpočetním systému, změny údajů uvedených ve Smlouvě zejména 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.
- Zdravotní pojišťovna může poskytnout Zdravotnickému zařízení v zobecněné formě informace potřebné k ekonomizaci jeho činnosti nebo k jeho vědecké a výzkumné činnosti a ke kontrole kvality poskytované hrazené zdravotní péče, a to v rozsahu a za podmínek stanovených ve Smlouvě.

IX. Řešení sporů

- 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 předpisu¹⁵⁾, pokud se smluvní strany na řešení sporu v rozhodčím řízení dohodnou.
- 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 zdravotnických zařízení zastupovaných svými zájmovými sdruženími¹⁶⁾ podle § 17 odstavce 2 zákona 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.

X. Ostatní ujednání

- Nedílnou součástí této Smlouvy jsou její přílohy:
 - Příloha č. 1**
Kopie základních dokumentů osvědčujících oprávnění Zdravotnického zařízení ke smluvně dohodnuté činnosti
 - Příloha č. 2**
Rozsah smluvně dohodnuté zdravotní péče poskytované Zdravotnickým zařízením
 - Příloha č. 3**
Smluvně sjednané místo poskytování zdravotní péče a smluvně sjednané ordinační hodiny
 - Příloha č. 4**
Výčet přístrojů a dalšího technického vybavení pro poskytování smluvně dohodnuté zdravotní péče
 - Příloha č. 5**
Seznam nositelů výkonů a dalších specialistů oprávněných k poskytování smluvně dohodnuté zdravotní péče
- Smluvní strany se dále dohodly, že oznámí neprodleně, nejpozději do 30 kalendářních dnů, druhé smluvní straně skutečnosti, které by podstatným způsobem mohly ovlivnit plnění Smlouvy např. pokud dojde:
 - ke změně názvu, sídla, IČ, čísla bankovního účtu, popř. změně peněžního ústavu,
 - ke změně podstatných údajů v přílohách této Smlouvy,
 - ke zrušení pracoviště nebo jeho části bez náhrady, nebo jeho uzavření na dobu delší než 30 kalendářních dnů,
 - k výpadku přístroje nezbytného pro provádění výkonu bez náhrady na dobu delší než 30 kalendářních dnů.
- Smluvní strany se dohodly, že ve vzájemném smluvním vztahu budou preferovat elektronickou komunikaci.

XI. Závěrečná ustanovení

1. Tato Smlouva nabývá platnosti dnem podpisu Smlouvy a příloh dle části X bodu 1 oběma smluvními stranami a účinnosti dnem 1.1.2008.
2. Smluvní strany se dohodly, že do smluvního vztahu vznikajícího podle této Smlouvy přebírají referenční údaje, plynoucí z dodatků a dohod k předchozí Smlouvě. V návaznosti na to Zdravotnické zařízení musí při podpisu této Smlouvy poskytnout Zdravotní pojišťovně nově vypsané výše specifikované přílohy jen v případě, že údaje v dosud platných přílohách pozbyly platnosti.
3. Dnem účinnosti této Smlouvy se nahrazuje text příslušné dosavadní Smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče, uzavřené mezi smluvními stranami. Tímto není dotčena povinnost smluvních stran vypořádat své závazky podle ustanovení předchozí smlouvy a jejich dodatků, tj. při vyúčtování a úhradě hrazené zdravotní péče poskytnuté před účinností této Smlouvy.
4. Smlouva je vyhotovena ve 2 stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.
5. Zánikem této Smlouvy vznikne smluvním stranám povinnost vzájemně vypořádat své závazky, a to ve lhůtě do 120 kalendářních dnů.
6. Smluvní strany se dohodly, že mohou právní úkony související s plněním této Smlouvy činit elektronickými prostředky. V takovém případě musí být právní úkon podepsán zaručeným elektronickým podpisem, s tím, že tento podpis bude založen na kvalifikovaném certifikátu, vydaném v souladu s platnými právními předpisy akreditovaným poskytovatelem certifikačních služeb. V případě, že právní úkon učiněný elektronickými prostředky nebude v souladu s výše uvedeným, bude takový úkon neplatný.
7. Veškeré změny a doplňky této Smlouvy lze provádět výhradně písemnými očíslovanými dodatky, podepsanými na znamení souhlasu oběma smluvními stranami.
8. Za Zdravotní pojišťovnu je k podpisu této Smlouvy oprávněn zdravotní ředitel nebo vedoucí oddělení smluvních vztahů a lázeňství.
9. Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že Smlouva byla uzavřena podle jejich svobodné vůle a že souhlasí s jejím obsahem.

Odkazy

- 1) Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vypořádat
- 2) Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně
Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních předpisech
- 3) Nařízení Rady (EHS) 1408/71 a 574/72
Např. Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č.130/2002 Sb.m.s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Svazovou republikou Jugoslávie o sociálním zabezpečení, Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č.63/2000 Sb.m.s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Chorvatskou republikou o sociálním zabezpečení, Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č.135/2004 Sb.m.s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Tureckou republikou o sociálním zabezpečení
- 4) § 10 z.č. 256/1996 Sb., o cenách, ve znění pozdějších předpisů
- 6) Zákon 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů
- 7) Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů
- 8) Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získání a uznání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta
Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získání a uznání odborné způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů
- 9) Vyhláška č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, ve znění pozdějších předpisů
- 10) Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů
Vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění vyhlášky č. 479/2006 Sb.
- 11) Zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů
- 12) § 67 b) z.č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů
- 13) Např. zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změnách některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů
- 14) Zákon č. 216/1994 Sb., o rozhodčím řízení a o výkonu rozhodčích nálezů, ve znění zákona č. 245/2006 Sb.,
- 15) Zákon č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů, ve znění pozdějších předpisů.
§§ 20f a násl. Z.č.40/1964 Sb., Občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů