

Smlouva č. 5905/08
o poskytování zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění

pro zdravotnická zařízení poskytující domácí zdravotní péči,
fyzioterapii (odbornost 902 a 918), ergoterapii, porodní asistenci,
ortoptickou a pleoptickou péči

Smluvní strany:

1. Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna

sídlo: Michálkovická 108, 710 15 Slezská Ostrava

oprávněný zástupce: Ing. Lubomír Káňa, ředitel

identifikační číslo: 47673036

kód pojišťovny: 213

bankovní spojení: Komerční banka, a.s.

číslo účtu: 27-5540090257/0100

e-mail: havrlant@rbp-zp.cz

zápis v obchodním rejstříku: Krajský soud v Ostravě, oddíl A XIV, vložka 554

(dále jen "pojišťovna" nebo "RBP")

na straně jedné

2. Název zdravotnického zařízení : Charita Odry

Sídlo : 74235 Odry, Hranická 162/36

Oprávněný zástupce : Petr Kučerka

IČ : 62351052

IČZ : 88825000

Bankovní spojení : Česká spořitelna, a.s.

Číslo účtu : 1765132309/0800

Telefon : 556731947

E-mail :

(dále jen "zdravotnické zařízení")

na straně druhé

uzavírají

v souladu s vyhláškou č. 618/2006 Sb. (Přílohou č. 6), kterou se vydávají rámcové smlouvy, platným zněním zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, a dalšími právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotní péče tuto **Smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče** (dále jen Smlouva).

Článek I. Předmět smlouvy

Předmětem této Smlouvy je stanovení podmínek a úprava vztahů vznikajících mezi zdravotnickým zařízením a pojišťovnou při poskytování zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění (dále jen hrazená zdravotní péče) pojištěncům pojišťovny (dále jen pojištěnci) a při její úhradě. To platí i v případě, kdy pojišťovna plní roli výpomocné instituce při realizaci práva Evropské unie, nebo na základě mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení, uzavíraných Českou republikou.

Článek II. Práva a povinnosti smluvních stran

(1) Smluvní strany:

- a) dodržují při vykazování a úhradě hrazené zdravotní péče dohodnutou metodiku, pravidla a datové rozhraní,
- b) zaváží své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců, k zachování povinné mlčenlivosti o osobních údajích¹⁾ 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 nimi²⁾.

(2) Zdravotnické zařízení:

- a) poskytuje 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, a to svým provozovatelem, fyzickou osobou nebo zaměstnanci v rozsahu minimálně 35 hodin týdně provozní doby, což odpovídá úvazku 1,0 pro odbornost 902, 918 a 927.
- b) poskytuje hrazenou zdravotní péči pojištěncům z členských států EU, EHP a Švýcarska, podle příslušných předpisů Evropské unie³⁾ a pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny Smlouvy o sociálním zabezpečení⁴⁾ (dále jen

¹⁾ Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů

²⁾ Zákon č. 280/1992 Sb., o rešortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů

³⁾ Nařízení Rady (EHS) 1408/71 a 574/72,

⁴⁾ Např. Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 130/2002 Sb.m.s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Svazovou republikou Jugoslávií o sociálním zabezpečení, Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 83/2000 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, Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 2/2007 Sb., m.s. o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Makedonií o sociálním zabezpečení

⁵⁾ Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti

⁶⁾ Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, 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, vyhl. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnost zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

⁷⁾ Vyhláška č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, ve znění pozdějších předpisů, zákon č.20/1966 Sb. ve znění pozdějších předpisů, vyhl.č.385/2006 Sb.ve znění vyhl. č..479/2006 Sb.

- 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 zdravotní péči v hotovosti,
- c) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci⁵⁾, kteří budou pojištěncům poskytovat ve smlouvě sjednanou hrazenou zdravotní péči, splňují požadavky stanovené právními předpisy pro výkon této činnosti⁶⁾,
 - d) odpovídá za to, že zdravotničtí pracovníci poskytují hrazenou zdravotní péči na základě indikace ošetřujícího lékaře, v souladu se zvláštními právními předpisy⁶⁾,
 - e) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytovanou zdravotní péči podle zvláštního právního předpisu⁷⁾,
 - f) poskytuje 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 zdravotní stav pojištěnce,
 - g) povede 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 zdravotní dopravy, předepisované léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a uchovány v ní i doručené výsledky vyžádaných a provedených vyšetření a ošetření, v souladu se zvláštním právním předpisem⁷⁾,
 - h) bude nakládat se zdravotnickou dokumentací v souladu s podmínkami stanovenými v zákoně č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů,
 - i) zajistí, v případě nepřítomnosti ve Smlouvě dohodnutého nositele výkonu, zástup jiným kvalifikovaným nositelem výkonu. V případech, bude-li nepřítomnost nositele výkonu, znamenající nedostupnost příslušné odbornosti delší než 5 pracovních dnů, sdělí zdravotnické zařízení tyto skutečnosti zabezpečenou elektronickou cestou nebo písemně pojišťovně a vhodným způsobem oznámí pojištěncům,
 - j) 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 a při převzetí pojištěnce do péče bude takové informace od příslušných zařízení vyžadovat,
 - k) neodmítne přijetí pojištěnce do své péče s výjimkou důvodů uvedených v § 11 odstavci 1 písmenu b) zákona č. 48/1997 Sb.,
 - l) nepodmíní 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 pojišťovnou nebude od pojištěnce, pokud to nevyplývá z právních předpisů, vybírat žádnou finanční úhradu,
 - m) nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí hrazené zdravotní péče změnou pojišťovny nebo jiným způsobem,
 - n) nebude zvýhodňovat pojištěnce jedné nebo více pojišťoven v neprospěch pojištěnců pojišťoven ostatních a zhoršovat dostupnost zdravotní péče hrazené pojišťovnou přednostním poskytováním péče hrazené jiným způsobem,
 - o) oznámí pojišťovně, v souladu s § 55 zákona č. 48/1997 Sb. úrazy nebo jiná poškození zdraví osob, kterým poskytlo hrazenou zdravotní péči, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby,

- p) doloží při uzavírání smlouvy s pojišťovnou doklad o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou občanům v souvislosti s poskytováním zdravotní péče a bude pojištěno po celou dobu trvání smluvního vztahu s pojišťovnou.

(3) Pojišťovna:

- a) uhradí zdravotnickému zařízení provedenou hrazenou zdravotní péči, průkazně zdokumentovanou a odůvodněně poskytnutou jejím pojištěncům i pojištěncům z EU, kteří si pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie³⁾ v souladu s právními předpisy a Smlouvou,
- b) dohledá na žádost zdravotnického zařízení bez zbytečného prodlení příslušnost pojištěnce k pojišťovně v případech, kdy není dostupný průkaz pojištěnce a jsou dostupné jeho osobní údaje,
- c) nebude vyžadovat zvýhodňování svých pojištěnců na úkor pojištěnců ostatních pojišťoven,
- d) je oprávněna provádět kontrolu plnění smluvně dohodnutých věcných a technických podmínek a personálního zajištění hrazené zdravotní péče poskytované zdravotnickým zařízením podle Smlouvy,
- e) poskytuje 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,
- f) seznámí 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. V případě změny právních předpisů, která neumožní tuto lhůtu dodržet, může být uvedená lhůta přiměřeně zkrácena.

Článek III.

Úhrada poskytované hrazené zdravotní péče

- (1) Hodnoty bodu⁸⁾ pro zdravotní péči hrazenou podle seznamu výkonů, výše úhrad hrazené zdravotní péče a regulační omezení objemu poskytnuté hrazené zdravotní péče podle § 17 odst. 6 zákona č. 48/1997 Sb. se uvedou v dodatku ke Smlouvě podle zvláštního právního předpisu.
- (2) Za způsoby úhrady se považují:
 - a) úhrada za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, nebo
 - b) jiný dohodnutý způsob úhrady.
- (3) Mezi smluvními stranami musí být vždy předem dohodnuto zvýšení nebo snížení objemu poskytované hrazené zdravotní péče z důvodu změny kapacity, struktury zdravotnického zařízení, změny či obnovy přístrojového vybavení specifikovaného ve Smlouvě.

8) § 10 zákona č. 526/1990 Sb., o cenách ve znění pozdějších předpisů

9) zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví ve znění pozdějších předpisů

- (4) Zdravotnické zařízení pro uplatnění nároků na úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče předává pojišťovně jednou měsíčně vyúčtování poskytnuté péče fakturou s přílohami. Faktura obsahuje náležitosti účetního dokladu⁹⁾. Náležitosti přílohy jsou obsaženy v metodice nebo se v souladu s metodikou upřesní v této Smlouvě. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu⁹⁾ a příloha neobsahuje náležitosti podle dohodnuté metodiky nebo Smlouvy, má pojišťovna právo ji odmítnout a vrátit bez zbytečného odkladu zdravotnickému zařízení k doplnění, popřípadě k opravě; v takovém případě běží lhůta splatnosti až od termínu jejího opětovného převzetí pojišťovnou.
- (5) Zdravotnické zařízení odpovídá za úplnost, formální i věcnou správnost dokladů a za jejich předávání způsobem dohodnutým v metodice a datovém rozhraní. Doklady za hrazenou zdravotní péči poskytnutou pojištěncům pojišťovny a pojištěncům z EU, pro které je pojišťovna výpomocnou institucí při realizaci práva Evropské unie³⁾, předává zdravotnické zařízení pojišťovně spolu s vyúčtováním v elektronické podobě nebo na papírových dokladech.
- (6) Zjistí-li pojišťovna ve vyúčtování před provedením úhrady nesprávně nebo neoprávněně vyúčtovanou péči, úhradu této části vyúčtované péče v termínu splatnosti neprovede. Pojišťovna prokazatelným způsobem oznámí zdravotnickému zařízení bez zbytečného odkladu rozsah a důvod vyúčtované, ale neuhrazené péče. Tím pojišťovna vyzve zdravotnické zařízení k opravě nesprávně vyúčtované péče nebo k doložení poskytnutí hrazené zdravotní péče. Řádně poskytnutou a vyúčtovanou péči pojišťovna uhradí v nejbližším termínu úhrady.
- (7) Pojišťovna provede za své pojištěnce i pojištěnce EU, pro které je pojišťovna výpomocnou institucí při realizaci práva Evropské unie³⁾, úhradu hrazené zdravotní péče, vyúčtované 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 zdravotnickému zařízení 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 zdravotnickým zařízením dodatečně, tj. po úhradě a zdravotnické 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, pojišťovna jednostranným započtením pohledávky sníží zdravotnickému zařízení o příslušnou částku úhradu za vyúčtování hrazené zdravotní péče předložené v následujícím zúčtovacím období.
- (9) Úhrada vyúčtované poskytnuté hrazené zdravotní péče, při dodržení podmínek dohodnutých ve Smlouvě, bude provedena při předání vyúčtování pojišťovně na elektronickém nosiči či v elektronické podobě do 30 kalendářních dnů a při předání vyúčtování pojišťovně na papírových dokladech do 50 kalendářních dnů ode dne doručení faktury pojišťovně. Lhůta splatnosti je dodržena, je-li platba poslední den lhůty připsána na účet zdravotnického zařízení.

- (10) V případě poruchy výpočetního systému, znemožňující včasné provedení vyúčtování nebo úhrady hrazené zdravotní péče, poskytne 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.

Článek IV. Kontrola

- (1) Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona č. 48/1997 Sb. a 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 posuzuje i odůvodněnost ošetřujícím lékařem navrženého, popřípadě provedeného léčebného postupu a schvaluje, zda použitý postup pojišťovna uhradí.
- (4) Zdravotnické zařízení 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 v souladu se zvláštním právním předpisem¹⁰⁾ 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 prováděny zdravotní výkon.
- (5) V případě kontroly (šetření) ve zdravotnickém zařízení bude na místě zpracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a stanoviska zdravotnického zařízení. Tento záznam nenahrazuje zprávu podle odstavce 6.
- (6) Zprávu, obsahující závěry kontroly, pojišťovna zpracuje a předá zdravotnickému zařízení do 15 kalendářních dnů po ukončení kontroly; pokud nebude možno z objektivních důvodů tuto lhůtu dodržet, oznámí 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 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 zdravotnickému zařízení, zda potvrzuje nebo mění závěry kontroly. Podání námitek nemá z hlediska finančních nároků pojišťovny vůči zdravotnickému zařízení odkladný účinek. Tím není dotčeno právo zdravotnického zařízení uplatnit svůj nesouhlas s rozhodnutím pojišťovny v jiném řízení.

¹⁰⁾ § 67b zákona č. 20/1966 Sb., o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů

(8) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazené zdravotní péče nebo její neodůvodněné poskytování, pojišťovna podle § 42 odstavce 3 zákona č. 48/1997 Sb. takovou péči neuhradí. V případě, že se závěry kontroly prokáží jako neodůvodněné, uhradí pojišťovna zdravotnickému zařízení částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče. Zdravotnické zařízení je oprávněno postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve Smlouvě.

Článek V. Doba účinnosti smlouvy

Smlouva se uzavírá na dobu neurčitou.

Článek 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 zřizovací listiny, vydané zdravotnickému zařízení,
- b) dnem zániku zdravotnického zařízení nebo pojišťovny nebo dnem úmrtí fyzické osoby, která byla provozovatelem zdravotnického zařízení,
- c) dnem uvedeným v písemném oznámení 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 sjednané ve Smlouvě ve smyslu článku II. odst. 2 písm. a), 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.

(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

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 č. 48/1997 Sb.,
4. vstoupí do likvidace nebo na její majetek soud prohlásí konkurz,

b) zdravotnické zařízení

1. bez předchozí dohody s pojišťovnou bezdůvodně neposkytuje zdravotní péči ve sjednaném rozsahu a kvalitě,
2. přes písemné upozornění bez předchozí dohody s pojišťovnou opakovaně účtuje zdravotní péči poskytnutou nad rámec sjednaného druhu, odbornosti a rozsahu činnosti,
3. přes písemné upozornění neodůvodněně omezuje pro pojištěnce pojišťovny ordinační dobu sjednanou ve Smlouvě,
4. poskytuje zdravotní péči bez odpovídajícího věcného a technického vybavení a personálního zajištění,
5. prokazatelně neposkytuje pojištěncům 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 finanční úhradu za zdravotní péči hrazenou 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 pojišťovnou v souladu se zákonem,

c) pojišťovna

1. přes písemné upozornění opakovaně prokazatelně 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.

(3) Před uplynutím sjednané doby lze Smlouvu ukončit :

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

Článek VII.
**Vzájemné sdělování údajů a předávání dokladů nutných
ke kontrole plnění smlouvy**

(1) Smluvní strany:

- a) používají pro jednoznačnou identifikaci zdravotnického zařízení, v souladu s metodikou, identifikační číslo organizace (IČ), identifikační číslo zařízení (IČZ), identifikační číslo pracoviště (IČP),
- b) sdělují si údaje nutné ke kontrole plnění smlouvy,
- c) zajistí 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 poskytované hrazené zdravotní péče, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve Smlouvě.

(2) Zdravotnické zařízení:

- a) doloží pojišťovně, při důvodném podezření na nedodržení postupu "lege artis", že zdravotnické prostředky byly při poskytování hrazené zdravotní péče použity v souladu se zvláštními právními předpisy¹¹⁾,
- 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
 1. ke zrušení pracoviště nebo jeho části bez náhrady, nebo jeho uzavření na dobu delší než 30 kalendářních dnů,
 2. k odchodu zaměstnance jmenovitě uvedeného ve smlouvě,
 3. k výpadku přístroje nezbytného pro provádění výkonu bez náhrady na dobu delší než 30 kalendářních dnů.

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

(3) Pojišťovna

- a) může poskytnout zdravotnickému zařízení v zjednodušené 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 dohodnutých ve Smlouvě,
- b) může zveřejnit na své internetové adrese v rámci seznamu smluvních zdravotnických zařízení obchodní jméno či firmu a adresu zdravotnického zařízení, jeho odbornost a telefonické, případně e-mailové spojení či další údaje vzájemně dohodnuté.

¹¹⁾ Například zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Článek 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 smírčím jednání. Tím není dotčeno právo smluvních stran uplatnit svůj nárok na řešení sporu u soudu nebo v rozhodčím řízení podle zvláštního právního předpisu¹².
- (2) Smírčí jednání navrhuje jedna ze smluvních stran. Návrh musí obsahovat přesné a dostatečně podrobné vymezení sporu. Účastníkem smírčího 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 sdruženími podle § 17 odstavce 3 zákona č. 48/1997 Sb. a zástupce pojišťovny. K projednání sporu si každá smluvní strana může přizvat nejvýše dva odborné poradce. Smírčí jednání se ukončí zápisem, obsahujícím smír nebo závěr, že rozpor nebyl odstraněn s uvedením stanovisek obou stran.

Článek IX.

Smluvní strany se, v souladu s čl. 2 odst. 4) rámcové smlouvy (Příloha č. 6 vyhlášky č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy), dohodly na dále uvedených ujednáních nezbytných pro plnění Smlouvy a její kontrolu:

- (1) Zdravotnické zařízení poskytuje hrazenou zdravotní péči pojištěncům z EU, pro které je pojišťovna výpomocnou institucí při realizaci práva Evropské unie³⁾, za stejných podmínek jako pojištěncům pojišťovny, a to v rozsahu dle jimi předložených dokladů. Tuto péči vykazuje zdravotnické zařízení, v souladu s metodikou, samostatnou fakturou.
- (2) Pojišťovna provádí úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče pojištěncům z EU, pro které je pojišťovna výpomocnou institucí při realizaci práva Evropské unie³⁾, v souladu s právními předpisy platnými pro pojištěnce pojišťovny.

Článek X.

Ostatní ujednání

- (1) Ve věcech neupravených právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotní péče a Smlouvou se právní vztahy mezi smluvními stranami řídí obchodním zákoníkem.
- (2) Nedílnou součástí této Smlouvy jsou její přílohy:

12) Zákon č. 216/1994 Sb., o rozhodčím řízení a o výkonu rozhodčích nálezů.

a) příloha č. 1

- kopie zřizovací listiny (statutu) schválené zřizovatelem zdravotnického zařízení,
- u nestátních zdravotnických zařízení kopie rozhodnutí o registraci vydaného orgánem příslušným k registraci podle místa provozování nestátního zdravotnického zařízení,
- kopie výpisu z obchodního rejstříku, pokud je v něm zdravotnické zařízení zapsáno,

Zdravotnické zařízení se zavazuje předložit pojišťovně na vyžádání originál (resp. Ověřenou kopii) uvedených dokladů.

b) příloha č. 2

- rozsah a objem poskytované zdravotní péče,
- informativní přehled nositelů výkonů (personální obsazení, rodné číslo, kvalifikace apod.) podle stavu ke dni podpisu Smlouvy,
- informativní přehled přístrojového vybavení podle stavu ke dni podpisu Smlouvy.

c) příloha č. 3

- kopie Smlouvy o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou občanům v souvislosti s poskytováním zdravotní péče uzavřená s pojišťovnou vykonávající činnost na území ČR (u nestátních zdravotnických zařízení).

d) příloha č. 4

- informativní přehled týdenní ordinační doby zdravotnického zařízení podle stavu ke dni podpisu Smlouvy,

ZZ odpovídá za úplnost a správnost výše uvedených příloh.

(3) Smluvní strany se dohodly, že přílohy č. 1, 3, které byly nedílnou součástí příloh předchozí Smlouvy budou akceptovat jako přílohy č. 1, 3 této Smlouvy, pokud nedošlo k jejich změně ke dni účinnosti smlouvy.

(4) 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 údajů v přílohách této Smlouvy.

Článek XI. Závěrečná ujednání

(1) Tato Smlouva nabývá platnosti dnem podpisu zástupci obou smluvních stran a účinnosti dnem 1.1.2008.

- (2) Ustanovení původní Smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče, platné k 31.12.2007 a uzavřené dle vyhlášky č. 290/2006 Sb. nebo podle dřívějších právních předpisů se aplikují na zdravotní péči poskytnutou pojištěncům do 31.12.2007.
- (3) Smlouva je vyhotovena ve 2 stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží po jednom vyhotovení.
- (4) Veškeré změny a doplňky této Smlouvy lze provádět výhradně písemnými očíslovanými dodatky, podepsanými na znamení souhlasu oběma smluvními stranami.

Tisk vybraných záznamů: Datum >= 01.01.2016, Datum <= 31.12.2016

62351052

SM188



Dodatek č. 10 ke Smlouvě č. 5905/08 o poskytování zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění (dále jen "Smlouva")

(dále jen Dodatek)

který uzavřely na úhradu zdravotních služeb v roce 2017 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. 348/2016 Sb. (dále jen „vyhláška“) a dalšími právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění tyto

Smluvní strany

Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna, se sídlem Ostrava – Slezská Ostrava, Michálkoviclá 108, 710 15, IČ: 47673036, email: rbp@rbp-zp.cz, kód ZP: 213
jednající MUDr. Jiřím Havrlantem, náměstkem ředitele pro zdravotnictví, na základě plné moci ze dne 30.5.2014

nebo

JUDr. Václavem Janalíkem, náměstkem ředitele pro smluvní vztahy a správní činnosti, na základě plné moci ze dne 5.1.2017

(dále jen „**Pojišťovna**“ nebo „**RBP**“)

a

Název, příp. jméno a příjmení: **Charita Odry**
Se sídlem: **74235 Odry, Hranická 162/36**
Zastoupen: **Bc.Petr Kučerka**
IČ: **62351052**
IČZ: **88825000**

(dále jen „**Poskytovatel**“)

I.

Úhrada zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění poskytnutých pojištěncům Pojišťovny v období od 1. 1. 2017 do 31. 12. 2017 bude prováděna podle vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění účinném k 1. 1. 2017 (dále jen „seznam výkonů“), níže uvedeným způsobem.

- (1) Pro výkony dopravy v návštěvní službě hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč.
- (2) Pro Poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 911, 914, 916, 921 a 925 celková výše úhrady nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$POPicz \times PUROicz \times 1,04,$

kde:

POPicz počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období,

PUROicz průměrná úhrada za výkony, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků, na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného poskytovatelem v roce 2015.

- (3) Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu:

- a) Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornosti 925 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,02 Kč.
- b) Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornosti 914 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,95 Kč.
- c) Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornosti 911, 916 a 921 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč.

- (4) Pojišťovna poskytne Poskytovateli měsíční předběžnou úhradu, jejíž výše pro rok 2017 činí --. Jestliže není údaj o výši předběžné úhrady pro příslušné období uveden, není tato sjednána.



- (5) U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, neměl smlouvu s Pojišťovnou, popřípadě který neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, u kterého nelze výši průměrných hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel vznikl v průběhu referenčního období, v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 zákona, nebo který ošetřil v hodnoceném období 50 a méně pojištěnců, použije Pojišťovna pro účely výpočtu úhrady hodnoty bodu uvedené v odstavci 3.
- (6) Pokud dojde u Poskytovatele ke změnám v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb v porovnání s rokem 2015 a Pojišťovna tyto změny odsouhlasí, zohlední je na základě žádosti Poskytovatele v závěrečném vyúčtování roku 2017, včetně vyčíslení navýšení (krácení) úhrad.

II.

- (1) Základním fakturačním obdobím je kalendářní měsíc. Poskytovatel předkládá Pojišťovně fakturu za poskytnuté zdravotní služby v souladu s termíny dohodnutými ve Smlouvě. Individuální doklady vztahující se k příslušným měsícům kalendářního roku s vyplněným průvodním listem dávky předává Pojišťovně spolu s fakturou. Úhrada faktury bude provedena do výše hodnoty vykázaných a Pojišťovnou uznaných hrazených služeb, maximálně však do výše měsíční předběžné úhrady u odborností, u nichž byla stanovena.
- (2) Vyúčtování za rok 2017 se provede do 150 dnů od konce hodnoceného období z dávek za 1-12/2017 vykázaných do 31. 3. 2018. Pokud vznikne přeplatek, bude Poskytovateli o jeho výši snížena formou započtení následující úhrada za poskytnuté zdravotní služby.

III.

- (1) Dodatek je nedílnou součástí Smlouvy a uzavírá se na dobu určitou do 31. 12. 2017.
- (2) Dodatek je vyhotoven ve dvou stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.

v Odřavě dne 20. 3. 2017

V Ostravě dne 2.3.2017