



S M L O U V A

o poskytování a úhradě zdravotní péče

(pro zdravotnická zařízení poskytující domácí zdravotní péči, fyzioterapii odbornost 902 a 918¹⁾,
ergoterapii, porodní asistenci, ortoptickou a pleoptickou péči)

číslo: 8HOCA00040

Článek I Smluvní strany

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky, zapsaná do obchodního rejstříku vedeného u Městského soudu v Praze dne 26. 10. 1992 pod spisovou značkou A. 7216, statutární orgán: generální ředitel Ing. Karel Šatera, Ph.D., MBA, se sídlem v Praze 10, Na Míčovkách 2, PSČ 101 00, IČ: 47114304, kód 211

Zastoupená: **Ing. Milanem Šindlerem**

ředitelem pobočky ZP MV ČR Ostrava

se sídlem: **Hlávkova 2, Ostrava – Přivoz, 702 00**

tel: **596206111**

fax: **596206555**

e-mail: **ostrava@zpmvcr.cz**

číslo účtu/kód banky: **21101882/0800**
45945809/2700

(dále jen "Pojišťovna")

a

Zdravotnické zařízení

(název: *)

Charita Odry, KUČERKA Petr

zapsané v obchodním rejstříku

evidovaný dle právních předpisů osob
30.10.1996 číslo evidence: 8/11-08-716/1996

se sídlem: **Hranická 162/36, Odry, 742 35**

tel: *536 731 947*

fax: *536 731 947*

e-mail: *odry@cavitas.cz*

IČ: (dle státní statistiky) **62351052**

IČZ: (přidělené VZP ČR) **88825000**

číslo účtu/kód banky: *1765132309/0800*

DIČ: *CZ 62351052*

osoba určená pro kontakt s Pojišťovnou (titul, příjmení, jméno, funkce): *JINDŘIJKVA ŠTĚHLŮVÁ, VŘEŠMÍ ŠESTRÁ*

tel: *536 731 947*

mobil: *604 645 378*

fax: *536 731 947*

e-mail: *odry@cavitas.cz*

(dále jen "Zdravotnické zařízení")

*) Uvede se název zařízení (firma) podle obchodního rejstříku a není-li zapsáno v obchodním rejstříku, název podle rozhodnutí o registraci nestátního zdravotnického zařízení, popř. zřizovací listiny. U fyzických osob nezapsaných v obchodním rejstříku jméno, příjmení, rodné číslo, trvalý pobyt provozovatele, místo provozování.

uzavírají

v souladu s vyhláškou č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy podle § 17 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotní péče tuto Smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče (dále jen "Smlouva"). Ve věcech neupravených uvedenými právními předpisy a Smlouvou se Smlouva řídí obchodním zákoníkem.

¹⁾ Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů

Článek II 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 Unie²⁾, nebo na základě smluv o sociálním zabezpečení, uzavíraných Českou republikou³⁾ (dále jen „pojištěnci EU“).

Článek III Práva a povinnosti smluvních stran

1) Smluvní strany:

- a) dodržují při vykazování a úhradě hrazené zdravotní péče dohodnutou Metodiku VZP ČR (dále jen „Metodika“), Pravidla pro vyhodnocování dokladů (dále jen „Pravidla“) a datové rozhraní; v době uzavření Smlouvy je platná verze 6.2,
- b) zaváží své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců a zájmů Zdravotnického zařízení i Pojišťovny, k zachování povinné mlčenlivosti o osobních údajích⁴⁾ 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 nimi⁵⁾,

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,
- b) poskytuje hrazenou zdravotní péči pojištěncům z členských států EU, EHP a Švýcarska, podle příslušných předpisů Evropské Unie²⁾ a pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny Smlouvy o sociálním zabezpečení³⁾ (dále jen pojištěncům 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 zaměstnanci⁶⁾, kteří budou pojištěncům poskytovat ve Smlouvě sjednanou hrazenou zdravotní péči, splňují požadavky stanovené právními předpisy pro výkon této činnosti⁷⁾,
- d) odpovídá za to, že zdravotničtí pracovníci poskytují hrazenou zdravotní péči na základě ordinace ošetřujícího lékaře, v souladu s vyhláškou č. 424/2004 Sb.,
- e) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytovanou zdravotní péči podle zvláštního právního předpisu⁸⁾,
- 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, a uchovány v ní i doručené výsledky vyžádaných a provedených vyšetření a ošetření, v souladu se zvláštním právním předpisem⁹⁾
- h) zajistí, v případě nepřítomnosti ve Smlouvě dohodnutého nositele výkonu zástup jiným kvalifikovaným nositelem výkonu a oznámí tuto skutečnost pojištěncům; pokud nepřítomnost smluvně dohodnutého nositele výkonu trvá déle než 10 pracovních dní a má za následek významné omezení poskytování zdravotní péče, oznámí tuto skutečnost e-mailem nebo jiným vhodným způsobem Pojišťovně,
- 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 a při převzetí pojištěnce do péče bude takové informace od příslušných zařízení vyžadovat,
- j) neodmítne přijetí pojištěnce do své péče s výjimkou důvodů uvedených v § 11 odst. 1 písm. b) zákona č. 48/1997 Sb.,

²⁾ Nařízení Rady (EHS) 1408/71 a 574/72.

³⁾ Smlouva mezi Českou republikou a Svazovou republikou Jugoslávie o sociálním zabezpečení.

Smlouva mezi Českou republikou a Tureckou republikou o sociálním zabezpečení.

Smlouva mezi Českou republikou a Chorvatskou republikou o sociálním zabezpečení.

Smlouva mezi Českou republikou a Republikou Makedonie o sociálním zabezpečení.

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

⁵⁾ Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů.

⁶⁾ Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.

⁷⁾ 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.

⁸⁾ Vyhláška č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, ve znění pozdějších předpisů.

⁹⁾ Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů.

- k) 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,
 - l) nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí hrazené zdravotní péče změnou Pojišťovny nebo jiným způsobem,
 - m) 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,
 - n) 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,
 - o) 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 unie²⁾ 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 hrazené zdravotní péče poskytované Zdravotnickým zařízením podle Smlouvy,
 - e) seznámí Zdravotnické zařízení na svých webových stránkách 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 IV Úhrada poskytované hrazené zdravotní péče

- 1) Hodnoty bodu¹⁰⁾ 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.
- 4) Zdravotnické zařízení pro uplatnění nároků na úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče předává Pojišťovně jednou měsíčně – čtvrtletně^{*)} vyúčtování poskytnuté péče fakturou s přílohami. Faktura obsahuje náležitosti účetního dokladu¹¹⁾ a následující náležitosti (pokud tyto náležitosti Zdravotnické zařízení má nebo mu byly přiděleny):
 1. IČ Zdravotnického zařízení
 2. Poskytovatel (údaj o firmě, jménu nebo názvu, sídle nebo místu podnikání Zdravotnického zařízení, které fakturu předkládá – u Zdravotnického zařízení, které je zapsáno v obchodním rejstříku nebo jiné evidenci též údaj o tomto zápisu, včetně spisové značky)
 3. Číslo faktury (jednoznačné číslo přidělí Zdravotnické zařízení)
 4. IČZ identifikační číslo zařízení
 5. Peněžní ústav Zdravotnického zařízení (název)
 6. Číslo účtu, kód peněžního ústavu poskytovatele – Zdravotnického zařízení
 7. Den vystavení faktury
 8. Lhůta splatnosti faktury (podle Smlouvy)
 9. Fakturováno za období (měsíce a rok ve kterých byla péče poskytnuta, a za které je fakturována)
 10. Celkem Kč - uvede se účtovaná částka
 11. Číslo dávky
 12. Razítko a podpis

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

^{*)} nevhodící se škrtně

¹¹⁾ Zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů.

Ostatní náležitosti podle Metodiky, Pravidel a Smlouvy.

Přílohou faktury jsou:

1. Elektronické nosiče dat s vyplněným průvodním listem nosiče a s uvedením počtu dávek^{*)}. Elektronické nosiče dat jsou nedílnou součástí vyúčtování zdravotní péče.
2. Papírové doklady s vyplněným průvodním listem dávky a s uvedením počtu prvotních dokladů^{*)},
3. popř. dávky elektronického přenosu dat prostřednictvím Internetu. Uplatnění předávání vyúčtování tímto způsobem, jakož i dohodnuté náležitosti, mohou být realizovány až v návaznosti na splnění podmínky uzavření Dodatku ke Smlouvě.
- 5) V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu¹¹⁾ 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.
- 6) 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 předává Zdravotnické zařízení Pojišťovně spolu s vyúčtováním v termínu a způsobem dohodnutým ve Smlouvě.
- 7) Zdravotní péči poskytnutou pojištěncům z EU, kteří si Pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie²⁾ poskytuje Zdravotnické zařízení za stejných podmínek jako pojištěncům Pojišťovny, a to v rozsahu dle jimi předložených dokladů; přitom postupuje podle platného metodického pokynu zveřejněného ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR. Tuto péči vykazuje Zdravotnické zařízení v souladu s Metodikou samostatnou dávkou a fakturou. Pojišťovna provádí úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče pojištěncům EU v souladu s právními předpisy platnými pro pojištěnce Pojišťovny.
- 8) Zdravotnické zařízení se zavazuje vyúčtovat (fakturovat) zdravotní péči poskytnutou v různém fakturačním období (viz bod 4) odděleně. Pokud Zdravotnické zařízení vyúčtuje péči z různých fakturačních období v jedné dávce (faktuře), Pojišťovna tuto úhradu neprovede a celou fakturu vrátí zpět Zdravotnickému zařízení k rozúčtování. Stejný postup platí i pro případ opravných dávek.
- 9) 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.
- 10) Pojišťovna provede za své pojištěnce i pojištěnce EU²⁾ 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.
- 11) 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 účtovacím období.
- 12) Úhrada vyúčtování poskytnuté hrazené zdravotní péče bude provedena za následujících podmínek a ve lhůtách:
 - a) Zdravotnické zařízení vyúčtuje (vystaví fakturu) za poskytnutou péči zpravidla do 30 kalendářních dnů po uplynutí fakturačního období (čtvrtletí, měsíce), v němž byla tato péče poskytnuta. To neplatí, jde-li o vyřazenou dávku nebo její část podle této Smlouvy, kdy lhůta počíná běžet dnem, kdy Zdravotnické zařízení obdrželo vyrozumění Pojišťovny o vyřazení dokladů a zkrácení platby, nebo jde-li o dávku vrácenou jinou zdravotní pojišťovnou z důvodu nepříslušnosti. Nedodržení uvedené lhůty pro předložení vyúčtování není důvodem k odmítnutí úhrady za poskytnutou hrazenou zdravotní péči, ale opakované neodůvodněné porušení této lhůty může být považováno za nedodržení podmínek této Smlouvy.
 - b) Pojišťovna uhradí poskytnutou hrazenou zdravotní péči po provedení kontroly vyúčtování a to nejpozději:
 1. do 30 kalendářních dnů při předání vyúčtování Pojišťovně na elektronickém nosiči či v elektronické podobě, ode dne doručení faktury Pojišťovně,
 2. do 50 kalendářních dnů ode dne doručení faktury Pojišťovně na papírových dokladech.Lhůta splatnosti je dodržena, je-li platba poslední den lhůty připsána na účet Zdravotnického zařízení. Za opožděnou platbu nebudou smluvní strany považovat případ, kdy zpoždění bylo způsobenou chybou v mezibankovním styku.
- 13) 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.

^{*)}nehodící se škrtně

Článek V 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 předpisem¹²⁾ a dalších dokladů bezprostředně souvisejících s prováděnou kontrolou vyúčtovaných zdravotních výkonů, léčiv a zdravotnických prostředků, včetně zvlášť účtovaných léčiv a zvlášť účtovaného materiálu.
- 5) V případě kontroly (šetření) ve Zdravotnickém zařízení bude na místě zpracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a se stanoviskem oprávněného zástupce 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.
- 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 ve lhůtě stanovené v článku IV odst. 12 písm. b) bod 1 Zdravotnickému zařízení částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče.

Článek VI Doba účinnosti, způsob a důvody ukončení Smlouvy

Smlouva se uzavírá na dobu 8 let, tj do 31. 12. 2015. Smlouva bude automaticky prodloužena o jeden rok, pokud jedna ze smluvních stran neoznámí písemně nejpozději jeden rok před uplynutím doby její účinnosti druhé smluvní straně svůj úmysl účinnost Smlouvy ukončit.

Článek VII

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 Smlouvou, ve smyslu čl. III 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 nespĺňuje právním předpisem nebo Smlouvou stanovené předpoklady, ledaže by šlo o tak závažné okolnosti, pro které nelze očekávat další plnění Smlouvy v celém rozsahu.

Článek VIII

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:

¹²⁾ § 67b) zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidí, ve znění pozdějších předpisů.

¹²⁾ § 67b) zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidí, ve znění pozdějších předpisů.

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 zák. 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 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.

Článek IX

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 X

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 předpisy¹³⁾,
 - 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 závažné porušení smluvní povinnosti.
- 3) Pojišťovna:
 - a) 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 dohodnutých ve Smlouvě,

¹³⁾ Například zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

- 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.

Článek XI 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 předpisu¹⁴⁾, pokud se smluvní strany na řešení sporů v rozhodčím řízení ve Smlouvě dohodnou.
- 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 sdruženími¹⁵⁾ podle § 17 odstavce 3 zákona 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 XII Ostatní ujednání

- 1) Nedílnou součástí této Smlouvy jsou její přílohy:
 - 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
 - smluvené druhy zdravotní péče, odbornosti pracovišť a jejich jednoznačná identifikace a rozsah poskytované hrazené zdravotní péče,
 - přístrojové vybavení,
 - 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,
 - d) příloha č. 4
 - týdenní ordinační (provozní) doba Zdravotnického zařízení,
- 2) Smluvní strany se dohodly, že přílohy č. 1 a 3, které byly nedílnou součástí příloh předchozí Smlouvy budou akceptovat jako přílohy č. 1 a 3 této Smlouvy, pokud nedošlo k jejich změně před uzavřením této Smlouvy. Příloha č. 2 bude aktualizovaná na návrh Zdravotnického zařízení.
- 3) 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.
- 4) Smluvní strany se dohodly, že Zdravotnické zařízení poskytující fyzioterapii - odbornost 902 a 918 v čekárně anebo v ordinaci vhodným způsobem s užitím loga Pojišťovny viditelně vyznačí, že je smluvní partner Pojišťovny.

Článek XIII Závěrečná ustanovení

- 1) Tato Smlouva nabývá platnosti dnem podpisu oběma smluvními stranami a účinnosti dnem 1. 1. 2008.
- 2) Dnem účinnosti této Smlouvy se nahrazuje předchozí Smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče, uzavřená mezi smluvními stranami a to včetně jejich změn a dodatků.
- 3) Smlouva je vyhotovena ve 2 stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.
- 4) Zánikem nebo ukončením Smlouvy vznikne smluvním stranám povinnost vzájemně vypořádat své závazky, a to ve lhůtě do 150 kalendářních dnů.
- 5) Veškeré změny a doplňky této Smlouvy lze provádět výhradně písemnými očíslovanými dodatky, podepsanými na znamení souhlasu oběma smluvními stranami.

¹⁴⁾ Zákon č. 218/1994 Sb., o rozhodčím řízení a o výkonu rozhodčích nálezů, ve znění pozdějších předpisů.

¹⁵⁾ Zákon č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů, ve znění pozdějších předpisů,
§ 20f a násl. zákona č. 40/1964 Sb., Občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.



ZDRAVOTNÍ
POJIŠŤOVNA
MINISTERSTVA
VNITRA ČR

211

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra
České republiky, IČO: 47114304
se sídlem v Praze 3, 130 00, Vinohradská 2577/178
Kód pojišťovny: 211
(Obchodní rejstřík: Městský soud Praha A/7216)

zastoupená: Dr. Bc. Vladimírem KURTIŠEM, MBA
ředitelem pobočky
ZP MV ČR Olomouc a Ostrava
kontaktní adresa: Jeremenkova 42A
772 11 Olomouc

(dále jen "Pojišťovna")

a

Poskytovatel zdravotních služeb

CHARITA ODRY
Hranická 162/36
742 35 Odry

IČO poskytovatele zdravotních služeb: 62351052
IČZ poskytovatele zdravotních služeb: 88825000
Interní označení poskytovatele zdravotních služeb: 62351052

(dále jen "Poskytovatel")

DODATEK HC/2017 KE SMLouvĚ O POSKYTOVÁNÍ A ÚHRADĚ HRAZENÝCH SLUŽEB č. 8HOCA00040 na rok 2017

Shora označené smluvní strany se dohodly, že hrazené služby poskytované Poskytovatelem pojištěncům Pojišťovny v roce 2017 budou hrazeny podle dále uvedených ustanovení tohoto Dodatku ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb (dále jen „Dodatek“).

Článek 1

- 1) Hrazené služby poskytované Poskytovatelem v odbornostech 911, 914, 916, 921 a 925 podle Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění (dále jen „Vyhláška MZ č. 134/1998 Sb.“), budou v roce 2017 hrazeny v souladu s § 10 Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 348/2016 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2017 (dále jen „Vyhláška MZ č. 348/2016 Sb.“).
- 2) Pojišťovna se zavazuje uhradit Poskytovateli uznané náklady hrazených služeb poskytnutých jejím pojištěncům v roce 2017, vykázaných podle tohoto Dodatku dle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., zálohovou hodnotou bodu ve výši uvedené v odstavci 1 a 3 Přílohy č. 6 Vyhlášky MZ č. 348/2016 Sb. Celková výše úhrady Poskytovateli bude stanovena v souladu s odstavcem 2. Přílohy č. 6 Vyhlášky MZ č. 348/2016 Sb.
- 3) Finanční vypořádání hrazených služeb bude provedeno do 31. 5. 2018.
- 4) Poskytovatel se zavazuje vyúčtovat hrazené služby poskytnuté v roce 2017 nejpozději do 28. 2. 2018. Tímto není dotčeno jeho právo na uplatnění případných opravných dávek po tomto termínu. Pojišťovna však není povinna započítat opravné dávky uplatněné po 28. 2. 2018 do finančního vypořádání dle odstavce 3.
- 5) V individuálních případech zvláštního zřetele hodných, kdy dojde ke změnám struktury a k podstatnému nárůstu objemu poskytovaných hrazených služeb oproti referenčnímu období, může Poskytovatel požádat Pojišťovnu o zohlednění v rámci výpočtu výše celkové úhrady. Poskytovatel musí svou žádost Pojišťovně předat písemně společně s řádným odůvodněním nejpozději do 30 dnů od zaslání vyúčtování. Pojišťovna žádost Poskytovatele posoudí a v případě, že uzná žádost jako odůvodněnou, může výši celkové úhrady částečně nebo plně zohlednit. Pokud vznikne nedoplatek ze strany Pojišťovny, bude Poskytovateli příslušná částka poukázána zvláštní platbou. Přepatek ze strany Pojišťovny je Pojišťovna oprávněna započítat proti kterékoliv pohledávce Poskytovatele za Pojišťovnou, a to poté, co doručí Poskytovateli vyúčtování, v němž bude přepatek uveden.
- 6) Hrazené služby poskytnuté v období před 1. 1. 2017 jsou vykazovány a hrazeny způsobem dohodnutým ve Smlouvě. Pro úhradu těchto služeb platí Dodatky platné pro příslušné kalendářní období, ve kterém byly hrazené služby poskytnuty. Tyto dodatečně účtované hrazené služby se vykazují samostatnou dávkou a samostatnou fakturou.

Článek 2

- 1) Poskytování hrazených služeb pojištěncům členských států Evropské unie (EU), Evropského hospodářského prostoru (EHP) a Švýcarska (dále jen „členské země“) a dalších smluvních zemí (Jugoslávie – Srbsko a Černá Hora, Turecko a Republika Makedonie) se bude řídit právními předpisy platnými pro české pojištěnce. Vykazování poskytnuté hrazené služby za pojištěnce z členských a smluvních zemí Pojišťovně se řídí Metodikou pro pořizování a předávání dokladů pro komunikaci mezi poskytovateli zdravotních služeb a zdravotními pojišťovnami, v platném znění. Úhrada bude prováděna výkonově podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., v platném znění, podle Nařízení Evropského parlamentu a rady (ES) č. 883/2004 a 987/2009, Nařízení Evropského parlamentu a rady (EU) č. 1231/2010 a Nařízení Evropského parlamentu a rady (EU) č. 465/2012 a metodických pokynů Ministerstva zdravotnictví České republiky zveřejněných ve Věstníku MZ částce 3/2011.
- 2) Poskytovatel se zavazuje zasílat vyúčtování za hrazené služby poskytované pojištěncům z členských a smluvních zemí samostatnou fakturou a dávkou v elektronické či papírové formě na následující adresu Pojišťovny: Skupina mezistátních úhrad, ZP MV ČR, Vinohradská 2577/178, 130 00 Praha 3. O případné změně formy předávání vyúčtování za hrazené služby poskytnuté pojištěncům z členských a smluvních zemí bude Poskytovatel informován. Pro přidělení čísla pro pojištěnce z členské nebo smluvní země, který zvolil přímý přístup k lékaři bez předchozí registrace, má Poskytovatel možnost kontaktovat v pracovní době od 8.00 hodin do 15.00 hodin (v pátek od 8.00 hodin do 14.00 hodin) pracovníka skupiny mezistátních úhrad ZP MV ČR. Při kontaktu formou faxu nebo e-mailu musí být v žádosti o přidělení čísla cizímu pojištěnci uvedeny následující údaje: stát pojištění, příjmení a jméno pojištěnce, datum narození, kód kompetentní instituce, číslo průkazu a datum konce jeho platnosti.

Článek 3

- 1) Tento Dodatek nabývá platnosti dnem doručení Dodatku podepsaným Poskytovatelem do Pojišťovny.
- 2) Smluvní strany výslovně prohlašují, že tento Dodatek potvrzuje veškerá jejich právní jednání a ujednání učiněná mezi nimi, související s plněním tohoto Dodatku, v období od 1. 1. 2017, ne však dříve než od data uvedeného v čl. XI odst. 2 Smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb, do dne doručení Dodatku podepsaného Poskytovatelem do Pojišťovny, a že na takovém základě uznávají tento Dodatek za platný a účinný i pro uvedené období, včetně období do dne jeho zveřejnění.
- 3) Dodatek je vyhotoven ve dvou stejnopisech s platností originálu, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.
- 4) Smluvní strany se dohodly, že tento Dodatek, řádně podepsaný a opatřený razítky, připojují jako nedílnou součást ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb.
- 5) Poskytovatel bere na vědomí, že tento Dodatek bude zveřejněn ve smyslu ustanovení § 17 odst. 9 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.
- 6) Veškeré změny a doplňky tohoto Dodatku lze provádět výhradně písemnými očíslovanými dodatky, podepsanými na znamení souhlasu oběma smluvními stranami.
- 7) Smluvní strany v souladu s ustanovením § 1740 odst. 3 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, vylučují přijetí návrhu nebo změny Dodatku s jakoukoliv výhradou, dodatkem nebo odchylkou od učiněného návrhu.
- 8) Poskytovatel se v souvislosti s ustanovením § 17 odst. 9 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, zavazuje, že vrátí podepsaný Dodatek neprodleně zpět do Pojišťovny, nejpozději však do 30. 11. 2017. Pokud tato podmínka splněna nebude, platnost návrhu na uzavření tohoto Dodatku, případně platnost oboustranně podepsaného Dodatku zaniká.
- 9) Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že Dodatek byl uzavřen podle jejich svobodné vůle a že souhlasí s jeho obsahem.