

**Smlouva č. 5033/08**  
**o poskytování zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění**

(pro zařízení poliklinického typu)

**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 : Sociální služby města Havířov**

Sídlo : 73601 Havířov - Podlesí, PŘEMYSLOVA 1618/12

Oprávněný zástupce : Ing. Milan Černý

IČ : 60337583

IČZ : 87563000 , 87513000, 87193000

Bankovní spojení : Komerční banka, a.s.

Číslo účtu : 76137791/0100

Telefon : 596411031

E-mail :

(dále jen "zdravotnické zařízení")

na straně druhé

**uzavírají**

v souladu s vyhláškou č. 618/2006 Sb., 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 údajích <sup>1)</sup> a skutečnostech, o nichž se dozvěděli při výkonu své funkce nebo zaměstnání anebo při zpracování údajů z informačního systému na základě smlouvy, popřípadě v souvislosti s nimi <sup>2)</sup>,

### (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 unie <sup>3)</sup> a pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny Smlouvy o sociálním zabezpečení <sup>4)</sup> (dále jen pojištěnci z EU), za stejných podmínek jako pojištěncům pojišťovny, v rozsahu dle jimi předložených dokladů, tak aby nedocházelo k jejich diskriminaci ani upřednostňování, a to ani v případě, že by pojištěnec z EU hradil zdravotní péči v hotovosti,
- c) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci <sup>5)</sup>, kteří budou pojištěncům poskytovat ve Smlouvě sjednanou hrazenou zdravotní péči, splňují požadavky stanovené právními předpisy pro výkon této činnosti <sup>6)</sup>,
- d) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytovanou zdravotní péči podle zvláštního právního předpisu <sup>7)</sup>,
- e) 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,
- f) odpovídá za účelnost indikace při odesílání pojištěnce ke komplementárním a konziliárním vyšetřením a na základě jejich výsledků upravuje diagnózu nebo léčebný postup,

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

<sup>2)</sup>Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách

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

- g) povede pro posouzení oprávněnosti vyúčtované zdravotní péče v průkazné formě zdravotní dokumentaci, 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 předpisem<sup>8)</sup>,
- h) 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,
- 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.,
- 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 zvyhodňovat 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) odpovídá podle zvláštního právního předpisu<sup>9)</sup> za správné a úplné vyplnění tiskopisu receptu; dále odpovídá za správné a úplné vyplnění poukazu na zdravotnické prostředky nebo poukazu na vyšetření/ošetření nebo příkazu ke zdravotní dopravě. Pokud při preskripci nebylo respektováno preskripční omezení vyplývající z právních předpisů a pojišťovna tento léčivý přípravek zařízení lékárenské péče uhradila, má pojišťovna právo požadovat od zdravotnického zařízení úhradu zaplacené částky,
- 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,
- q) práva a povinnosti specifické pro poskytovanou péči upravenou v Přílohách č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 vyhlášky MZ č. 618/2006 Sb. se řídí ustanoveními těchto příloh.

<sup>4)</sup> 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

- r) speciální ustanovení:
- pro péči praktických lékařů :
  - poskytuje zdravotní péči zpravidla v rozsahu minimálně 40 hodin týdně, což odpovídá úvazku 1,0, z toho je 25 hodin ordinační doby ( což odpovídá poměrnému kapacitnímu číslu 1). Ostatní doba bude využita pro návštěvní službu a administrativní činnost.
  - pro péči ambulantních specialistů:
  - poskytuje zdravotní péči v rozsahu minimálně 30 hodin týdně, což odpovídá úvazku 1,0. Ordinační doba je rozložena minimálně do 4 dnů v týdnu.

### (3) Pojišťovna

- a) uhradí zdravotnickému zařízení provedenou hrazenou zdravotní péči, průkazně zdokumentovanou a odůvodněně poskytnutou jejím pojištěncům i pojištěncům z EU, pro které je pojišťovna výpomocnou institucí při realizaci práva Evropské unie <sup>3)</sup>, 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 bodu <sup>10)</sup> 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.

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

<sup>6)</sup>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

<sup>7)</sup> Vyhláška č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, ve znění pozdějších předpisů

<sup>8)</sup> zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění  
Vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, v platném znění

<sup>9)</sup> Vyhláška č. 343/1997 Sb., kterou se stanoví způsob předepisování léčivých přípravků, náležitosti lékařských předpisů a pravidla jejich používání, ve znění pozdějších předpisů

(2) Za způsoby úhrady se považují zejména:

- a) úhrada za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami,
- b) kombinovaná úhrada za registrovaného pojištěnce a za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami ( kombinovaná kapitačně výkonová platba)
- c) paušální úhrada za poskytnutou zdravotní péči
- d) 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 zpravidla jednou měsíčně vyúčtování doložené dárkami dokladů o poskytnuté zdravotní péči s přílohami. Faktura obsahuje náležitosti účetního dokladu <sup>11)</sup>. Náležitosti faktury a přílohy jsou stanoveny v metodice nebo se v souladu s metodikou upřesní ve Smlouvě. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu a příloha neobsahuje náležitosti podle dohodnuté metodiky nebo Smlouvy, má pojišťovna právo ji odmítnout a vrátit bez zbytečného odkladu zdravotnickému zařízení k doplnění, případně 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 a pojištěncům z EU, pro které je pojišťovna výpomocnou institucí při realizaci práva Evropské unie<sup>3)</sup>, 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 z EU, kteří si pojišťovnu vybrali jako výpomocnou institucí při realizaci práva Evropské unie <sup>3)</sup>, 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.

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

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



- (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. Pojišťovna jednostranným započtením pohledávky sníží zdravotnickému zařízení o příslušnou částku úhradu za vyúčtování hrazené zdravotní péče předložené v následujícím zúčtovacím období. V případě prokázání neoprávněnosti nebo nesprávnosti vyúčtování nebo jejího neodůvodněného poskytování RBP takovou péči neuhradí, případně ji jednostranně započte, pokud se smluvní strany nedohodnou jinak.
- (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. Lhůty splatnosti se vztahují i na pololetní (nebo roční) vyúčtování v případě doplatku ze strany pojišťovny s tím, že lhůta splatnosti se počítá ode dne odeslání vyúčtování zdravotnickému 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 (odborný pracovník) posuzuje i odůvodněnost ošetřujícím lékařem (klinickým psychologem, klinickým logopedem) 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 předpisem<sup>12)</sup> a dalších dokladů bezprostředně souvisejících s prováděnou kontrolou vyúčtovaných zdravotních výkonů, léčiv a zdravotnických prostředků, včetně zvláště účtovaných léčiv a zvláště účtovaného materiálu. Revizní lékař ( revizní odborný pracovník ) je povinen postupovat tak, aby kontrola nenarušila prováděný léčebný výkon.
- (5) V případě kontroly ve zdravotnickém zařízení bude na místě vypracován 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, prodlouží se příslušná lhůta 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 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb. takovou péči neuhradí. V případě, že se závěry kontroly prokáží jako neodůvodněné, vrátí pojišťovna zdravotnickému zařízení částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče.

#### **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 Smlouvou, ve smyslu čl. 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 č. 48/1997 Sb.,

c) Pojišťovna

1. přes písemné upozornění opakovaně neoprávněně neuhradí zdravotnickému zařízení poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
2. nedodrží lhůty splatnosti dohodnuté ve Smlouvě,
3. přes písemné upozornění opakovaně překračuje rozsah kontrolní činnosti stanovený zákonem č. 48/1997 Sb.,
4. poskytne třetí straně údaje o zdravotnickém zařízení nad rámec právních předpisů nebo Smlouvy.

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



(3) Smlouvu lze dále ukončit :

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

## Článek VII.

### Vzájemné sdělování údajů a předávání dokladů nutných ke kontrole plnění Smlouvy

(1) Smluvní strany

- a) používají v souladu s metodikou pro jednoznačnou identifikaci zdravotnického zařízení 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 předpisy<sup>13)</sup>,
- 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,
- 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 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 předpisu<sup>14)</sup>, 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 sdruženími<sup>15)</sup> 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 IX.**

### **Zvláštní ujednání**

Smluvní strany se 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 unie<sup>3)</sup>, 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 unie<sup>3)</sup>, v souladu s právními předpisy platnými pro pojištěnce pojišťovny.

## **Článek X.**

### **Ostatní ujednání**

- (1) Právní vztahy mezi smluvními stranami, ve věcech neupravených právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotní péče a touto Smlouvou, se řídí obchodním zákoníkem.
- (2) 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, rozsah a objem poskytované zdravotní péče,
- přehled přístrojového vybavení podle stavu ke dni podpisu Smlouvy,
- odbornosti pracovišť a jejich jednoznačná identifikace a rozsah poskytované zdravotní péče
- informativní přehled nositelů výkonů (personální obsazení, rodné číslo, kvalifikace apod.) podle stavu ke dni podpisu Smlouvy,
- kopie technických průkazů vozidel, doklad o technické způsobilosti sanitních vozidel podle stavu ke dni podpisu Smlouvy, pokud zdravotnické zařízení provozuje zdravotnickou dopravu.

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,
- přehled týdenní provozní doby u zdravotnické dopravy, pokud je provozována.

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 této 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.

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

<sup>14)</sup> Zákon č. 216/1994 Sb., o rozhodčím řízení a o výkonu rozhodčích nálezů, ve znění pozdějších předpisů

<sup>15)</sup> 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

**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 1 vyhotovení.
- (4) Veškeré změny a doplňky této Smlouvy lze provádět výhradně písemnými očíslovanými dodatky, podepsanými na znamení souhlasu oběma smluvními stranami.

V *Havířově* dne *11. listopadu*

**SOCIÁLNÍ SLUŽBY**  
města Havířova  
středisko sociálních a zdravotnických  
zařízení, č. tel.: 596 477 300  
Moskevská 1103/1f, Havířov-Město

.....  
razítko a podpis  
oprávněného zástupce  
zdravotnického zařízení

-7. 11. 2007  
V Ostravě dne .....

REVÍRNÍ BRATRSKÁ POKLADNA,  
zdravotní pojišťovna  
Michálkoviclá 108  
ŘEDITEL  
710 15 SLEZSKÁ OSTRAVA

.....  
razítko a podpis  
oprávněného zástupce  
zdravotní pojišťovny