



Zdravotní pojišťovna MV ČR pobočka Ústí nad Labem	2
Došle dne:	- 3. 10. 2011
Č. j. IP- Město:	



SMLOUVA

o poskytování a úhradě zdravotní péče

(pro zdravotnická zařízení poskytující zdravotní péči v nemocnicích, odborných léčebných ústavech, odborných dětských léčebnách a ozdravovnách, léčebnách dlouhodobě nemocných a ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu)

číslo: 5USP00854883

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: Ing. Jaromír Gajdáček Ph.D.MBA, generální ředitel, se sídlem v Praze 10, Kodaňská 1441/46, PSČ 101 00, IČ: 47114304, kód 211

Zastoupená: **Mgr. Tomáš Jelínek**

ředitelkou pobočky ZP MV ČR ÚSTÍ NAD LABEM

se sídlem: **Štefánikova 992/16, Ústí nad Labem, 400 01**

(dále jen "Pojišťovna")

a

Zdravotnické zařízení
(název: *)

Zdravotně sociální služby Turnov, příspěvková organizace

statutární orgán (titul, příjmení, jméno, funkce - netýká se podnikatele nezapsaného v obchodním rejstříku):

Bc. Jaroslav Cimbál, ředitel

se sídlem: **28. října 812, 511 01 Turnov**

IČ: (dle státní statistiky) 00854883

IČZ: (přidělené VZP ČR) 67230000

DIČ: CZ 00854883

(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.

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 Unie, nebo na základě smluv o sociálním zabezpečení, uzavíraných Českou republikou (dále jen „pojištěnci EU“).

Článek III

Práva a povinnosti smluvních stran

1) Smluvní strany:

- a) dodržují při vykazování a úhradě hrazené zdravotní péče dohodnutou a platnou Metodiku VZP ČR (dále jen „Metodika“), Pravidla pro vyhodnocování dokladů (dále jen „Pravidla“) a datové rozhraní,
- b) zavázají své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců a zájmů Zdravotnického zařízení i Pojišťovny, k zachování povinné mlčenlivosti o osobních údajích 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

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 a pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny Smlouvy o sociálním zabezpečení (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. Tato péče je však vykazována, vyúčtována a hrazena samostatně, odděleně od péče poskytované pojištěncům Pojišťovny,
- c) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci, kteří budou pojištěncům poskytovat ve Smlouvě sjednanou hrazenou zdravotní péči, splňují požadavky stanovené právními předpisy pro výkon této činnosti,
- d) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytovanou zdravotní péči podle zvláštního právního předpisu,
- 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) přijme pojištěnce k hospitalizaci jen vyžaduje-li to jeho zdravotní stav, zpravidla na doporučení ošetřujícího lékaře,
- 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, 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,
- h) zajistí, v případě nepřítomnosti ve smlouvě dohodnutého nositele výkonu, zástup jiným kvalifikovaným nositelem výkonu a ve smluvně dohodnutých případech tuto skutečnost vhodným způsobem oznámí pojištěncům a 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 případů stanovených právním předpisem nebo uvedených ve smlouvě, případně jejích dodatkách,

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

2) 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.

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

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

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.

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

8) 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 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,

9)

- o) odpovídá podle zvláštního právního předpisu 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.

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 unie 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 zvyhodňování svých pojištěnců na úkor pojištěnců ostatních pojišťoven,
- d) je oprávněna provádět kontrolu plnění smluvně dohodnutých věcných a technických podmínek a smluvně dohodnutého 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 IV

Úhrada poskytované hrazené zdravotní péče

10)

1) Hodnoty bodu 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. V dětských ozdravovnách se úhrada poskytované hrazené péče sjednává Dodatkem ke Smlouvě v souladu s platným cenovým Výměrem Ministerstva financí pro příslušné období.

2) Za způsoby úhrady se považují:

- a) úhrada za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami,
- b) paušální úhrada za poskytnutou zdravotní péči,
- c) úhrada za registrované pojištěnce (kombinovaná kapitačně výkonová platba), d) platba za diagnózu,
- e) paušální úhrada za poskytnutou péči v dětských ozdravovnách, v souladu s příslušným Výměrem Ministerstva financí, zveřejněným v Cenovém věstníku Ministerstva financí, nebo
- f) 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, nebo změny či obnovy přístrojového vybavení specifikovaného ve Smlouvě.

4) Zdravotnické zařízení pro uplatnění nároků na úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče předává Pojišťovně jednou měsíčně vyúčtování, doložené dárkami dokladů o poskytnuté zdravotní péči s přílohami. Faktura obsahuje

11)

náležitosti účetního dokladu. 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

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

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

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

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 pojištěncům¹⁾

Pojišťovny a pojištěncům z EU, kteří si pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie, předává Zdravotnické zařízení Pojišťovně spolu s vyúčtováním zpravidla do 30. dne následujícího měsíce:

1. na elektronickém nosiči dat. Elektronické nosiče dat jsou nedílnou součástí vyúčtování zdravotní péče.
2. na papírových dokladech,
3. popř. dávkami 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.

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, důvod a částku 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. Pokud uvedené chyby ve vyúčtování bylo možno odstranit a Pojišťovna tak učinila prodlužuje se lhůta splatnosti na dobu nezbytně nutnou na toto odstranění.

7) Pojišťovna provede za své¹⁾pojištěnce i pojištěnce EU, kteří si pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie, 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) Zdravotnické zařízení se zavazuje vyúčtovat (fakturovat) zdravotní péči poskytnutou v různém fakturačním období 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) Zdravotní péči poskytnutou pojištěncům z EU, kteří si Pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva¹⁾

Evropské unie 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 z EU v souladu s právními předpisy platnými pro pojištěnce Pojišťovny.

10) Zjistí-li pojišťovna pochybení ve vyúčtování předaném Zdravotnickým zařízením dodatečně, tj. po úhradě a Zdravotnické zařízení do 20 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 ve smyslu zvláštního právního předpisu (§ 580 a § 581 Občanského zákoníku) sníží Zdravotnickému zařízení o příslušnou částku úhradu za vyúčtování hrazené zdravotní péče předložené v následujícím zúčtovacím období; pokud jde o započtení proti pohledávce státu je přípustné pouze na základě dohody (§ 42 odst. 2 z č. 219/2000 Sb.).

11) 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 vyznění 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.

12) 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.

¹⁾ 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. Rozhodnutí o použití léčebného postupu, včetně farmakoterapie, je v kompetenci ošetřujícího lékaře.
- 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 ¹²⁾ právním předpisem 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 (odborný pracovník) je povinen postupovat tak, aby kontrola nenarušila prováděný léčebný výkon.
- 5) V případě kontroly (šetření) ve Zdravotnickém zařízení bude na místě zpracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a stanoviska pracovníka Zdravotnického zařízení přítomného kontrole. 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 30 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 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. 11 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 do 31. 12. 2014. Účinnost Smlouvy 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

Účinnost smlouvy nebo její části končí:

- a) dnem, kdy nabylo právní moci rozhodnutí o zrušení nebo změně registrace nebo její části podle zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů, nebo došlo o zrušení nebo změně činnosti uvedené ve zřizovací listině, 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 z 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 obecně závazným 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) zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidí, ve znění pozdějších předpisů.

¹²⁾ § 67b) zákon 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 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 předpisy ,
 - b) oznámí neprodleně, nejpozději do 30 kalendářních dnů druhé smluvní straně skutečnosti, které by podstatným způsobem mohly ovlivnit plnění Smlouvy, např. vznik závad na vypočetním 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 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 smířčím 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) Smířčí jednání navrhuje jedna ze smluvních stran. Návrh musí obsahovat přesné a dostatečně podrobné vymezení sporu. Účastníkem smířčího jednání je smluvní strana, která podala návrh na projednání sporu, smluvní strana, které je návrh na projednání sporu adresován, zástupce příslušných skupinových smluvních zdravotnických zařízení¹⁵⁾

zastupovaných svými zájmovými sdruženími podle § 17 odstavce 3 zákona a zástupce pojišťovny. K projednání sporu si každá smluvní strana může přizvat nejvýše dva odborné poradce. Smířčí jednání se ukončí zápisem, obsahujícím smír nebo závěr, že rozpor nebyl odstraněn s uvedením stanovisek obou stran.

Článek XII Ostatní ujednání

1) Nedílnou součástí této Smlouvy jsou její přílohy:

a) příloha č. 1

Ověřená kopie zřizovací listiny (statutu) vydané zřizovatelem Zdravotnického zařízení u státních zdravotnických zařízení, nebo ověřená kopie rozhodnutí o registraci vydaného orgánem příslušným k registraci podle místa provozování nestátního zdravotnického zařízení. Ověřená kopie výpisu z obchodního rejstříku u právnických osob, zapsaných do obchodního rejstříku.

b) příloha č. 2

Smluvené druhy zdravotní péče, odbornosti pracovišť a rozsah poskytované hrazené zdravotní péče, pro které je zdravotnické zařízení věcně a technicky vybaveno a personálně zajištěno.

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.

2) Smluvní strany se dohodly, že přílohy č. 1, 2 a 3, které byly nedílnou součástí příloh předchozí Smlouvy budou akceptovat jako přílohy č. 1, 2 a 3 této Smlouvy, pokud nedošlo k jejich změně před uzavřením této Smlouvy.

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,
- ke zrušení pracoviště nebo jeho části bez náhrady, nebo jeho uzavření na dobu delší než 30 kalendářních dnů,
- k výpadku přístroje nezbytného pro provádění výkonu bez náhrady na dobu delší než 30 kalendářních dnů.

Článek XIII Závěrečná ustanovení

1) Tato Smlouva nabývá platnosti dnem podpisu oběma smluvními stranami a účinnosti dnem 1. 7. 2011.

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 doplnky této Smlouvy lze provádět výhradně písemnými očíslovanými dodatky, podepsanými na znamení souhlasu oběma smluvními stranami.

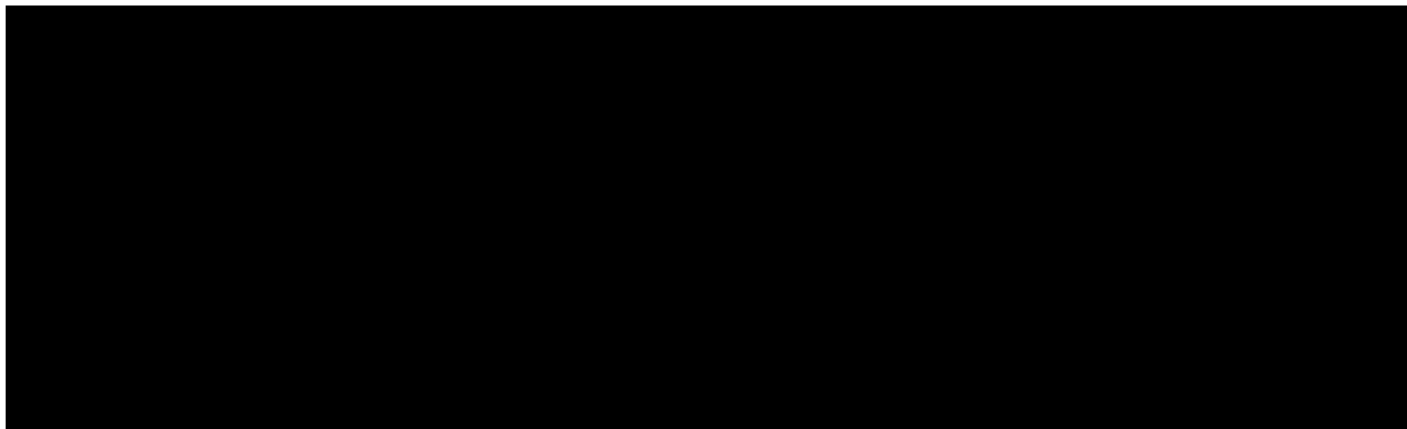
6) Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že Smlouva byla uzavřena podle jejich svobodné vůle a že souhlasí s jejím obsahem.

¹⁴⁾ Zákon č. 216/1991Sb., 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

V Ústí nad Labem dne 23.6.2011

V Turnově dne 27.9.2011



DODATEK
ke Smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče
č. 1

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 MUDr. David Kostka, MBA, se sídlem v Praze 3, Vinohradská 2577/178, PSČ 130 00, IČO: 47114304, kód 211

zastoupená: **Mgr. Tomášem Jelínkem**

ředitelem pobočky ZP MV ČR ÚSTÍ NAD LABEM A HRADEC KRÁLOVÉ

kontaktní adresa: **Wolkova 1225, 500 01, Hradec Králové**

(dále jen "Pojišťovna")

a

Zařízení sociálních služeb poskytující pobytové služby

Zdravotně soc. služby Turnov, p.o.

IČO (dle státní statistiky): **00854883**

IČZ (přidělené VZP ČR): **67230000**

(případně IČO se začíslicím dle ZP MV ČR):.....

(dále jen "Pobytové zařízení")

sídlo (u právnických osob) / místo trvalého pobytu (u fyzických osob):

obec: **Turnov 1**

ulice a č. p.: **28. října 812**

PSČ: **511 01**

konstatují, že dne 27.9.2011 uzavřely podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zák. č. 48/1997 Sb.“), shora uvedenou smlouvu č. 5USPP00854883 (dále jen „Smlouva“).

Článek II

- 1) Pobytové zařízení na základě Zřizovací listiny vydané dne 26.11.2009 městem Turnov poskytuje v souladu s uzavřenou Smlouvou, zákonem č. 48/1997 Sb., zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, zák. č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách a dalšími právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotních služeb pojištěncům Pojišťovny ošetrovatelskou péčí.
- 2) Vzhledem ke zjištěným skutečnostem se smluvní strany dohodly na úpravě terminologie uvedené ve Smlouvě a její změně takto:
 - a) kde se ve Smlouvě uvádí termín „zdravotnické zařízení“, rozumí se tím „zařízení sociálních služeb poskytující pobytové služby“,
 - b) kde se ve Smlouvě uvádí termín „zdravotní péče“, rozumí se tím „ošetrovatelská péče“,
 - c) písm. b) čl. IV odst. 2 Smlouvy zní:

„b)“ jiné způsoby úhrady dohodnuté se zástupci profesního sdružení poskytovatelů pobytových sociálních služeb.

d) písm. c), d), e) a f) čl. IV odst. 2 Smlouvy se vypouští,

e) za první větu odst. 5 čl. IV Smlouvy se vkládá tato věta:

„Pobytové zařízení musí Pojišťovně při kontrole předložit na vyžádání individuální doklady za ošetrovatelskou péči poskytnutou pojištěncům Pojišťovny (doklad VZP-06orp/2009 poukaz na vyšetření/ošetření ORP)“.

f) písm. a) čl. VII Smlouvy zní:

„a) dnem, kdy nabylo právní moci rozhodnutí o zrušení nebo změně registrace Pobytového zařízení vydané Pobytovému zařízení, jejichž důsledkem je neschopnost Pobytového zařízení poskytovat pobytové sociální služby“.

Článek III Závěrečná ustanovení

- 1) Vzhledem ke skutečnostem uvedeným v čl. I a II tohoto dodatku se smluvní strany dohodly, že uvedenou Smlouvu považují ode dne jejího uzavření za Zvláštní smlouvu o poskytování a úhradě ošetrovatelské péče v zařízeních sociálních služeb poskytujících pobytové služby, uzavřenou podle § 17a zákona č. 48/1997 Sb. a v souladu se zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, zák. č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách a dalšími právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotních služeb.
- 2) Tento dodatek nabývá platnosti dnem doručení podepsaného dodatku Poskytovatelem do Pojišťovny.
- 3) Dodatek je vyhotoven ve dvou stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.
- 4) Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že tento dodatek byl uzavřen podle jejich svobodné vůle a že souhlasí s jeho obsahem.

v Mladé Boleslavi dne 10.5.2017

v Turnově dne 16.5.2017

Rozsah poskytovaných hrazených služeb - seznam nasmlouvaných kódů zdravotních výkonů pro PZS:

IČO Poskytovatele: 00854883
IČZ Poskytovatele: 67230000
Název: Zdravotně soc. služby Turnov
Ke dni: 1.2.2017

Kód výkonu	Název výkonu
6611	ZAVEDENÍ NEBO UKONČENÍ ODBORNÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE, ADMINISTRATIVNÍ ČINNOST SESTRY
6613	OŠETŘOVATELSKÁ INTERVENCE
6621	KOMPLEX - ODBĚR BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU, EVENT. ORIENTAČNÍ VYŠETŘENÍ BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU
6623	APLIKACE LÉČEBNÉ TERAPIE I. M., S. C., I. V.
6625	PŘÍPRAVA A APLIKACE ORDINOVANÉ INFÚZNÍ TERAPIE ZA ÚČELEM ZAJIŠTĚNÍ HYDRATACE, DODÁNÍ LÉČEBNÝCH LÁTEK A ENERGETICKÝCH ZDROJŮ, LÉČBY BOLESTI
6629	PÉČE O RÁNU
6631	KOMPLEX - KLYSMA, LAVÁŽE, OŠETŘENÍ PERMANENTNÍCH KATÉTRŮ A ZAVÁDĚNÍ PERMANENTNÍCH KATÉTRŮ U ŽEN
6635	KOMPLEX - VYŠETŘENÍ STAVU PACIENTA PŘÍSTROJOVOU TECHNIKOU, OŠETŘENÍ KOŽNÍCH LÉZÍ PŘÍSTROJOVOU TECHNIKOU
6637	NÁCVIK A ZAUČOVÁNÍ APLIKACE INZULÍNU
6639	OŠETŘENÍ STOMIÍ
6645	BONIFIKAČNÍ VÝKON ZA PRÁCI ZDRAVOTNÍ SESTRY V DOBĚ OD 22:00 DO 06:00 HODIN
6649	BONIFIKAČNÍ VÝKON ZA PRÁCI SESTRY V DOBĚ PRACOVNÍHO VOLNA NEBO PRACOVNÍHO KLIDU

