
Smlouva č.
o poskytování a úhradě zdravotních služeb (dále jen „Smlouva“)
pro poskytovatele lůžkové péče

SMLUVNÍ STRANY

Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna

se sídlem na adrese Ostrava – Slezská Ostrava, Michálkovičká 108, PSČ 710 15

jejímž jménem jedná Ing. Lubomír Káňa, ředitel

zapsána v obchodním rejstříku vedeném Krajským soudem v Ostravě, oddíl AXIV, č. vložky 554

IČ: 47673036

Kód pojišťovny: 213

Bankovní spojení: Komerční banka, a.s.

Číslo účtu: 27-5540090257/0100

E-mail: havrlant@rbp-zp.cz

(dále jen „Pojišťovna“ nebo „RBP“)

a

Poskytovatel (jméno a příjmení, příp. název)

se sídlem:

jednající (jméno, funkce):

IČ:

IČZ:

Výčet IČZ:

Bankovní spojení:

Číslo účtu:

Kontaktní telefon:

E-mail:

(dále jen „Poskytovatel“)

uzavírají

podle ustanovení § 262 obchodního zákoníku, ve smyslu § 17 zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění ve znění pozdějších předpisů a podle vyhlášky č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy a v souladu s dalšími právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění tuto **Smlouvu o poskytování a úhradě zdravotních služeb** (dále jen „Smlouva“).

I.

Předmět Smlouvy

Předmětem této Smlouvy je stanovení podmínek a úprava vztahů, vznikajících mezi Poskytovatelem a Pojišťovnou při poskytování zdravotních služeb, hrazených z veřejného zdravotního pojištění (dále jen „hrazené služby“) pojištěncům Pojišťovny (dále jen „pojištěnci“) a při její úhradě. To platí i v případě, kdy Pojišťovna plní roli výpomocné instituce při realizaci práva Evropské Unie¹ nebo na základě mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení, uzavíraných Českou republikou².

II.

Práva a povinnosti smluvních stran

(1) Smluvní strany:

- a) dodržují při vykazování a úhradě hrazených služeb dohodnutou metodiku, pravidla a datové rozhraní.
- b) zavázají své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců, k zachování povinné mlčenlivosti o osobních údajích³ 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 nimi⁴.

(2) Poskytovatel:

- a) poskytuje hrazené služby v souladu s právními předpisy v odbornostech a rozsahu dohodnutých a vymezených v této Smlouvě, pro které je věcně a technicky vybaven a personálně zajištěn,
- b) poskytuje hrazené služby 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 pojištěnci z EU) za stejných podmínek jako pojištěncům Pojišťovny, v rozsahu dle jimi předložených dokladů, tak aby nedocházelo k jejich diskriminaci ani upřednostňování, zejména při přijímání na operace a jiné lékařské zákroky, na které se čeká, a to ani v případě, že by pojištěnec z EU hradil zdravotní služby v hotovosti. Tyto zdravotní služby jsou však

¹ Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004, Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 987/2009, Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 1231/2010

² 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 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 § 22 zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů

vykazovány, vyúčtovány a hrazeny samostatně, odděleně od zdravotních služeb poskytovaných pojištěncům Pojišťovny,

- c) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci⁵, kteří budou pojištěncům Pojišťovny poskytovat ve Smlouvě sjednané hrazené služby, splňují požadavky stanovené právními předpisy pro výkon této činnosti⁶,
- d) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytované hrazené služby podle zvláštního právního předpisu⁷,
- e) poskytuje hrazené služby na náležitě odborné úrovni, tj. podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů při respektování individuality pacienta s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti - § 4 odst. 5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (dále jen „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 Pojišťovny k hospitalizaci, jen vyžaduje-li to jeho zdravotní stav, zpravidla na doporučení ošetřujícího lékaře,
- g) povede pro posouzení oprávněnosti vyúčtovaných hrazených služeb v průkazné formě zdravotnickou dokumentaci o léčení pojištěnců, ve které budou zaznamenávány zejména provedené zdravotní výkony, vyžádané hrazené služby včetně zdravotnické dopravní služby, předepisované léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a uchovány v ní i doručené výsledky vyžádaných a provedených vyšetření a ošetření, v souladu se zvláštním právním předpisem⁸,
- 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. Nepřítomnost je možno hlásit Pojišťovně elektronickou cestou na adresu: rbp@rbp-zp.cz. Do předmětu v e-mailové zprávě nutno uvést: IČZ, IČP, titul, jméno a příjmení zastupujícího a dobu, po kterou k zastupování dojde. Nedojde-li k zastupování na pracovišti zastupovaného, nutno uvést i aktuální pracoviště, kde bude zdravotní služba po dobu nepřítomnosti poskytnuta,
- i) poskytne v souladu s právními předpisy ostatním poskytovatelům, kterým pojištěnce předá do péče nebo které si pojištěnec zvolí, informace potřebné pro zajištění návaznosti hrazených služeb 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 Pojišťovny do své péče, s výjimkou případů stanovených právním předpisem nebo uvedených ve Smlouvě, příp. v jejích dodatcích,
- k) nepodmíní právo pojištěnce na svobodnou volbu poskytovatele, zdravotnického zařízení nebo na poskytnutí hrazených služeb žádnými registračními poplatky nebo

⁵ Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů

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, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním hrazených služeb a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

⁷ Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, ve znění pozdějších předpisů

⁸ Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů

Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci ve znění pozdějších předpisů

sponzorskými dary a za poskytnutí hrazených služeb hrazených Pojišťovnou nebude od pojištěnce, pokud to nevyplývá z právních předpisů, vybírat žádnou finanční úhradu,

- l) nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí hrazených služeb změnou pojišťovny nebo jiným způsobem,
- m) nebude zvyhodňovat pojištěnce jedné nebo více pojišťoven v neprospěch pojištěnců pojišťoven ostatních a zhoršovat dostupnost hrazených zdravotních služeb Pojišťovnou přednostním poskytováním zdravotních služeb hrazených jiným způsobem,
- n) oznámí Pojišťovně, v souladu s § 55 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů, úrazy nebo jiná poškození zdraví osob, kterým poskytl hrazené služby, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby,
- o) odpovídá podle zvláštního právního předpisu⁹ 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 zdravotnické dopravě. Pokud při preskripci nebylo respektováno preskripční omezení vyplývající z právních předpisů a Pojišťovna tento léčivý přípravek nebo zdravotnický prostředek zařízení lékárenské péče uhradila, má Pojišťovna právo požadovat od Poskytovatele úhradu zaplacené částky,
- p) doloží při uzavírání smlouvy s Pojišťovnou doklad o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou občanům v souvislosti s poskytováním hrazených služeb a bude pojištěn po celou dobu trvání smluvního vztahu s Pojišťovnou,
- q) je povinen pojištěnci nabídnout poskytnutí zdravotních služeb v základní variantě a informovat ho též o ekonomicky náročnější variantě, včetně rozdílu mezi cenou ekonomicky náročnější varianty stanovenou v souladu s cenovým předpisem a uvedenou v ceníku poskytovatele, a vyšší úhrady zdravotních služeb v základní variantě stanovenou prováděcím právním předpisem vydaným podle § 17 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů a cenovým předpisem. Postup podle věty první se nepoužije, není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví. Ceník ekonomicky náročnějších variant zdravotních služeb musí být Poskytovatelem zveřejněn v prostorách zdravotnického zařízení na veřejnosti přístupném místě a dále způsobem umožňujícím dálkový přístup,
- r) v případech uvedených v písm. q) je povinen do zdravotnické dokumentace pojištěnce zaznamenat, že mu bylo nabídnuto poskytnutí zdravotních služeb v základní variantě a že byl informován o možnostech poskytnutí zdravotních služeb i v ekonomicky náročnější variantě,
- s) nebude při poskytování zdravotních služeb upřednostňovat pojištěnce, který si zvolí ekonomicky náročnější variantu,
- t) je povinen sdělovat Pojišťovně za uplynulé čtvrtletí seznam změn u jednotlivých nositelů výkonů k poslednímu dni daného čtvrtletí, a to v souladu se zvláštním právním předpisem¹⁰, a to v elektronické podobě,

⁹ Vyhláška č. 54/2008 Sb., o způsobu předepisování léčivých přípravků, údajích uváděných na lékařském předpisu a o pravidlech používání lékařských předpisů ve znění pozdějších předpisů

¹⁰ § 40 odst. 6 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

- u) který je oprávněn provozovat nestátní zdravotnické zařízení na základě rozhodnutí o registraci podle dosavadního zákona o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních (dále jen „registrace“), může na základě registrace poskytovat zdravotní služby, které odpovídají druhu a rozsahu zdravotní péče uvedené v registraci, a to po dobu nejdéle do 31. 3. 2015. Nejpozději k tomuto termínu je poskytovatel povinen Pojišťovně předložit rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

(3) Pojišťovna:

- a) uhradí Poskytovateli provedené hrazené služby, průkazně zdokumentované a odůvodněně poskytnuté 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 Poskytovatele 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 smluvně dohodnutého personálního zajištění hrazených zdravotních služeb poskytovaných Poskytovatelem podle Smlouvy,
- e) poskytuje (prostřednictvím dálkového přístupu) Poskytovateli k zajištění jednotných podmínek dohodnutou metodiku, pravidla, datové rozhraní a příslušné číselníky vydávané elektronicky Svazem zdravotních pojišťoven ČR, popř. Všeobecnou zdravotní pojišťovnou, nejsou-li vydávané Svazem zdravotních pojišťoven ČR, k vykazování a výpočtu úhrady hrazených služeb, seznámí Poskytovatele 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.

III.

Úhrada poskytovaných hrazených služeb

- (1) Hodnoty bodu¹¹ pro zdravotní službu hrazenou podle seznamu výkonů, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení podle § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů, se uvedou v dodatku ke Smlouvě podle zvláštního právního předpisu. V dětských ozdravovnách se úhrada poskytovaných hrazených služeb sjednává dodatkem ke smlouvě v souladu s platným cenovým Výměrem 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 poskytnuté hrazené služby,

¹¹ Zákon č. 526/1990 Sb., o cenách, ve znění pozdějších předpisů

- c) platba za diagnózu,
 - d) paušální úhrada za poskytnutou péči v dětských ozdravovnách, v souladu s příslušným Výměrem nebo
 - e) jiný dohodnutý způsob úhrady.
- (3) Mezi smluvními stranami musí být vždy předem dohodnuto zvýšení nebo snížení objemu poskytovaných hrazených služeb z důvodu změny kapacity popřípadě struktury zdravotnického zařízení Poskytovatele, nebo změny či obnovy přístrojového vybavení specifikovaného ve Smlouvě.
- (4) Poskytovatel pro uplatnění nároků na úhradu poskytnutých hrazených služeb předává Pojišťovně vyúčtování poskytnutých služeb za fakturační období, kterým je zpravidla kalendářní měsíc, maximálně však kalendářní čtvrtletí, fakturou s přílohami. Faktura je účetním dokladem a splňuje náležitosti účetního dokladu¹². Náležitosti přílohy jsou obsaženy 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 Poskytovateli k doplnění, případně k opravě; v takovém případě běží lhůta splatnosti až od termínu jejího opětovného převzetí Pojišťovnou.
- (5) Poskytovatel odpovídá za úplnost, formální i věcnou správnost dokladů a za jejich předávání způsobem dohodnutým v metodice a datovém rozhraní. Doklady za hrazené služby poskytnuté pojištěncům Pojišťovny a pojištěncům z EU, kteří si Pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie, předává Poskytovatel Pojišťovně spolu s vyúčtováním v termínu a způsobem dohodnutým ve smlouvě, nejpozději do desátého kalendářního dne následujícího měsíce a to prostřednictvím Portálu ZP, na magnetických nosičích dat nebo papírových dokladech.
- (6) Zjistí-li Pojišťovna ve vyúčtování před provedením úhrady nesprávně nebo neoprávněně vyúčtovanou službu úhradu této části vyúčtované služby v termínu splatnosti neprovede. Pojišťovna prokazatelným způsobem oznámí Poskytovateli bez zbytečného odkladu rozsah, důvod a částku vyúčtované, ale neuhrazené služby. Tím Pojišťovna vyzve Poskytovatele k opravě nesprávně vyúčtované hrazené služby nebo k doložení poskytnutí hrazené zdravotní služby. Řádně poskytnutou a vyúčtovanou službu Pojišťovna uhradí v nejbližším termínu úhrady.
- (7) Pojišťovna provede za své pojištěnce i pojištěnce EU, kteří si Pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva EU, úhradu hrazených služeb, vyúčtovaných 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 Poskytovateli písemně zdůvodní. Poskytnutím úhrady není dotčeno právo Pojišťovny k provádění následné kontroly proplacených vyúčtování v rozsahu a za podmínek stanovených právními předpisy a Smlouvou.
- (8) Zjistí-li Pojišťovna pochybení ve vyúčtování, předaném Poskytovatelem dodatečně, t.j. po úhradě a Poskytovatel do 10 pracovních dnů od doručení písemné výzvy Pojišťovně příslušnou částku sám 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 Poskytovateli o příslušnou částku úhradu za vyúčtování hrazených služeb

¹² Zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů

předložené v následujícím zúčtovacím období; pokud jde o započtení proti pohledávce státu, je přípustné pouze na základě dohody (§ 42 odst. 2 zákona č. 219/2000 Sb.).

- (9) Úhrada vyúčtované poskytnuté hrazené zdravotní služby, při dodržení podmínek dohodnutých ve Smlouvě, bude provedena při předání vyúčtování Pojišťovně elektronickou cestou prostřednictvím Portálu ZP nebo v elektronické podobě **do 30 kalendářních dnů** ode dne doručení faktury Pojišťovně. Lhůta splatnosti je dodržena, je-li platba poslední den lhůty připsána na účet Poskytovatele.
- (10) V případě poruchy výpočetního systému, znemožňující včasné provedení vyúčtování nebo úhrady hrazených služeb, poskytne Pojišťovna Poskytovateli v dohodnutém termínu úhrady zálohu ve výši průměrného měsíčního objemu vykázaných hrazených služeb, vypočtenou z posledních dvou uzavřených kalendářních čtvrtletí, pokud se smluvní strany v daném případě nedohodnou jinak.

IV.

Kontrola

- (1) Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů a touto Smlouvou kontrolu využívání a poskytování hrazených služeb v jejich objemu a kvalitě, včetně dodržování cen, a to zejména prostřednictvím svého informačního systému, přístupu do Centrálního úložiště elektronických receptů podle zvláštního zákona¹³, 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 hrazených služeb 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) Poskytovatel 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 (zdravotnické zařízení) a nahlížení do zdravotnické dokumentace pojištěnců v souladu se zvláštním právním předpisem¹⁴ 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 provozovaném Poskytovatelem bude na místě zpracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a stanoviska pracovníka Poskytovatele přítomného kontrole. Tento záznam nenahrazuje zprávu podle odstavce 6.

¹³ Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech), ve znění pozdějších předpisů.

- (6) Zprávu, obsahující závěry kontroly, Pojišťovna zpracuje a předá Poskytovateli do 15 kalendářních dnů po ukončení kontroly; pokud nebude možno z objektivních důvodů tuto lhůtu dodržet, oznámí Pojišťovna tuto skutečnost Poskytovateli. Kontrola bude ukončena zpravidla do 30 kalendářních dnů od jejího zahájení.
- (7) Poskytovatel je oprávněn 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 Poskytovateli, zda potvrzuje nebo mění závěry kontroly. Podání námitek nemá z hlediska finančních nároků Pojišťovny vůči Poskytovateli odkladný účinek. Tím není dotčeno právo Poskytovatele uplatnit svůj nesouhlas s rozhodnutím Pojišťovny v jiném řízení.
- (8) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazených služeb nebo jejich neodůvodněné poskytování, Pojišťovna podle § 42 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů takové služby neuhradí a je oprávněna postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě. V případě, že se závěry kontroly prokáží jako neodůvodněné, uhradí Pojišťovna Poskytovateli částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnutých hrazených služeb.

V.

Doba účinnosti Smlouvy

- a) Smlouva se uzavírá na dobu určitou do 31.12.2017. Pokud jedna ze smluvních stran neoznámí druhé straně jeden rok před uplynutím této doby, že nemá zájem o pokračování smluvního vztahu podle této Smlouvy, doba účinnosti Smlouvy se prodlužuje o jeden rok.
- b) Smlouva se uzavírá pro jednotlivá oddělení Poskytovatele na dobu, uvedenou v Příloze č. 3 této Smlouvy, která tvoří její nedílnou součást.

VI.

Způsob a důvody ukončení Smlouvy

- (1) Smlouva nebo její část zaniká:
 - 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 ke zrušení nebo změně činnosti, uvedené ve zřizovací listině, vydané Poskytovateli, anebo došlo k zániku, odejmutí nebo změně oprávnění Poskytovatele k poskytování zdravotních služeb podle zákona č. 372/2011 Sb., v důsledku čehož nemůže Poskytovatel dále poskytovat hrazené služby v daném rozsahu,
 - b) dnem zániku Poskytovatele nebo Pojišťovny,
 - c) dnem uvedeným v písemném oznámení Pojišťovně, pokud Poskytovatel z provozních důvodů nemůže hrazené služby nadále poskytovat,

- d) dnem, kdy Poskytovatel pozbyl věcné, technické nebo personální předpoklady pro poskytování hrazených služeb ve sjednaném rozsahu, stanovené právním předpisem nebo Smlouvou, ve smyslu čl. II. odst. 2 písm. a), pokud Poskytovatel nedostatky neodstraní ani po dodatečně stanovené přiměřené lhůtě; Smlouva nebo její část zaniká pouze v části vymezující rozsah nasmlouvaných hrazených služeb, ve kterém Poskytovatel nesplňuje právním předpisem nebo Smlouvou stanovené předpoklady, ledaže by šlo o tak závažné okolnosti, pro které nelze očekávat další plnění Smlouvy v celém rozsahu,
 - e) nesplní-li Poskytovatel svou povinnost dle čl. II. odst. 2 písmeno u) věta druhá této Smlouvy.
- (2) Před uplynutím sjednané doby lze Smlouvu ukončit písemnou výpovědí s výpovědní lhůtou pěti měsíců, která začne běžet prvním dnem měsíce následujícího po doručení výpovědi druhé smluvní straně, jestliže v důsledku závažných okolností nelze rozumně očekávat další plnění Smlouvy, a to v případě, že:
- a) smluvní strana:
 - 1. uvedla při uzavření Smlouvy nebo při jejím plnění druhou smluvní stranu v omyl ve věci podstatné pro plnění Smlouvy,
 - 2. ve smluvních vztazích hrubým způsobem porušila závažnou povinnost uloženou jí příslušným právním předpisem, upravujícím veřejné zdravotní pojištění nebo poskytování hrazených služeb, nebo Smlouvou,
 - 3. opakovaně porušuje povinnost, vyplývající z § 40 odst. 6 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů,
 - 4. vstoupí do likvidace nebo na její majetek je prohlášen konkurz.
 - b) Poskytovatel:
 - 1. bez předchozí dohody s Pojišťovnou bezdůvodně neposkytuje hrazené služby ve sjednaném rozsahu a kvalitě,
 - 2. přes písemné upozornění bez předchozí dohody s Pojišťovnou opakovaně účtuje hrazené služby nad rámec sjednaného druhu, odbornosti a rozsahu činnosti,
 - 3. přes písemné upozornění neodůvodněně omezuje pro pojištěnce Pojišťovny ordinační dobu sjednanou ve Smlouvě,
 - 4. poskytuje hrazené služby bez odpovídajícího věcného a technického vybavení a personálního zabezpečení,
 - 5. prokazatelně neposkytuje pojištěncům zdravotní služby kvalitně a „lege artis“, popř. opakovaně odmítne poskytnutí hrazených služeb z jiných, než právními předpisy stanovených důvodů,
 - 6. požaduje v rozporu s právními předpisy od pojištěnců finanční úhradu za poskytnuté hrazené služby hrazené Pojišťovnou nebo za přijetí pojištěnce do péče,
 - 7. přes písemné upozornění prokazatelně opakovaně neoprávněně účtuje hrazené služby,
 - 8. neposkytne nezbytnou součinnost k výkonu kontrolní činnosti prováděné Pojišťovnou v souladu se zákonem,

c) Pojišťovna:

1. přes písemné upozornění opakovaně neoprávněně neuhradí Poskytovateli poskytnuté hrazené služby,
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 Poskytovateli nad rámec právních předpisů nebo Smlouvy.

(3) Před uplynutím sjednané doby lze Smlouvu ukončit:

- a) stanoví-li tak zákon, tj. výpovědí bez udání důvodu vždy k 1. lednu následujícího roku, přičemž výpovědní lhůta musí být nejméně šest měsíců,
- b) písemnou dohodou smluvních stran, a to za podmínek a ve lhůtě uvedené v této dohodě.

VII.

Vzájemné sdělování údajů a předávání dokladů nutných ke kontrole plnění Smlouvy

(1) Smluvní strany:

- a) používají pro jednoznačnou identifikaci Poskytovatele, 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 poskytovaných hrazených služeb, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve Smlouvě.

(2) Poskytovatel:

- a) doloží Pojišťovně při důvodném podezření na nedodržení postupu "lege artis", že zdravotnické prostředky byly při poskytování hrazených služeb použity v souladu se zvláštními právními předpisy¹⁴,
- 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,
 4. ke změně názvu, sídla, IČ nebo čísla bankovního účtu,

¹⁴ § 65 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění

5. ke změně údajů v přílohách této Smlouvy.
Nesplnění povinností uvedených v písmenu a) nebo b), anebo pozdní splnění povinností uvedených v písmenu b) se považuje za závažné porušení smluvní povinnosti.

(3) Pojišťovna:

- a) může poskytnout Poskytovateli v zobecněné formě informace, potřebné k ekonomizaci jeho činnosti nebo k jeho vědecké a výzkumné činnosti a ke kontrole kvality poskytovaných hrazených služeb, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve Smlouvě,
- b) může zveřejnit na své internetové adrese v rámci seznamu smluvních Poskytovatelů obchodní jméno či firmu a adresu Poskytovatele, jeho odbornost a telefonické, popř. e-mailové spojení či další údaje, vzájemně dohodnuté.

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 smířčím jednání. Tím není dotčeno právo smluvních stran uplatnit svůj nárok na řešení sporu u soudu.
- (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 Poskytovatelů zastupovaných svými zájmovými sdruženími¹⁵ podle § 17 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů, a zástupce Pojišťovny. K projednání sporu si dále 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.

IX.

Zvláštní ujednání

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

- (1) Poskytovatel poskytuje hrazené služby pojištěncům z EU, kteří si Pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie, za stejných podmínek jako pojištěncům Pojišťovny, a to v rozsahu dle jimi předložených dokladů; přitom postupuje dle platného metodického pokynu, zveřejněného ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR. Tyto hrazené služby vykazuje Poskytovatel, v souladu s metodikou, samostatnou fakturou.

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

- (2) Pojišťovna provádí úhradu poskytnutých hrazených služeb pojištěncům z EU, kteří si Pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie, za stejných podmínek jako pojištěncům Pojišťovny, v souladu s právními předpisy platnými pro pojištěnce Pojišťovny.
- (3) Smluvní strany se dohodly, že Příloha č. 2 této Smlouvy bude mezi nimi administrována pouze a výlučně v elektronické podobě, a to v prostředí Společného Portálu ZP či portálu Pojišťovny. Konkrétní podmínky elektronické administrace Přílohy č. 2 smluvní strany dohodnou samostatným dodatkem k této Smlouvě.

X.

Ostatní ujednání

- (1) Právní vztahy mezi smluvními stranami se řídí touto Smlouvou, právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění a poskytování hrazených služeb to 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. Ve věcech neupravených těmito právními předpisy, se řídí obchodním zákoníkem a dalšími příslušnými právními předpisy.
- (2) Nedílnou součástí této smlouvy jsou přílohy:
 - č. 1 - kopie zřizovací listiny (statutu) vydané zřizovatelem Poskytovatele oprávněného provozovat zdravotnické zařízení státu nebo kopie rozhodnutí o registraci vydaného orgánem příslušným k registraci podle místa provozování nestátního zdravotnického zařízení nebo rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb,
 - č. 2 - smluvené druhy zdravotních služeb, odbornosti pracovišť a rozsah poskytovaných hrazených služeb, pro které je Poskytovatel věcně a technicky vybaven a personálně zajištěn, seznam kódů zdravotních výkonů. Příloha je ve formě dle čl. IX, odst. 3 této Smlouvy,
 - č. 3 - souhrnný přehled smluveného rozsahu poskytovaných služeb včetně doby, na kterou se sjednává
 - č. 4 - kopie výpisu z obchodního rejstříku u právnických osob, nebo u fyzických osob, zapsaných do obchodního rejstříku,
 - č. 5 - kopie dokladu o výsledku výběrového řízení dle zákona č. 48/1997 Sb. ve znění pozdějších novel,
 - č. 6 - kopie smlouvy o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb.

XI.

Závěrečná ustanovení

- (1) Tato Smlouva nabývá platnosti dnem podpisu oběma smluvními stranami a účinnosti od **1.1.2013**.
- (2) Smlouva je vyhotovena ve dvou stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.
- (3) Veškeré změny a doplňky této Smlouvy lze provádět výhradně písemnými očíslovanými dodatky, podepsanými na znamení souhlasu oběma smluvními stranami.
- (4) Ke dni účinnosti této smlouvy pozbývá platnosti Smlouva č. _____ o poskytování zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění ze dne _____

V dne

V Ostravě dne

.....
razítko a podpis
oprávněného zástupce
Poskytovatele

.....
razítko a podpis
oprávněného zástupce
Pojišťovny