

SMLOUVA č.: 265003
o poskytování a úhradě léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely
a zdravotnických prostředků

**Článek I.
Smluvní strany**

Poskytovatel zdravotních služeb:	Komerční banka, a.s. Krajská nemocnice Liberec, a.s. Husova 1430/34, Liberec I. - Staré Město
Sídlo (obec):	Liberec 460 01 Liberec
Ulice, č.p., PSČ:	Husova 1430/34, 460 01 IČ: 27283933
Zápis v obchodním rejstříku:	
<ul style="list-style-type: none"> • KS v Ústí nad Labem, oddíl B, vložka 1651, dne 7.2.2006 • nezapisuje se 	
Zastoupený (jméno, funkce):	MUDr. Richard Lukáš, předseda představenstva
IČO:	27283933
IČZ:	50953000
Bankovní spojení (název banky), číslo účtu/kód banky:	KOMERČNÍ BANKA, A.S., 000000-36631461/0100

(dále jen „Poskytovatel“) na straně jedné

a

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky		
Sídlo:	Orlická 4/2020, Praha 3, 130 00	
IČO:	41197518	
Regionální pobočka Ústí nad Labem, pobočka pro Liberecký a Ústecký kraj		
Zastoupená (jméno a funkce):	[REDAKCE]	
Doručovací adresa (obec):	Ústí nad Labem	
Ulice, č.p., PSČ:	Mírové náměstí 35/C, 400 01	
tel.: 952 222 222	fax:	e-mail: info@vzp.cz
Bankovní spojení (název banky), číslo účtu/kód banky:	ČESKÁ NÁRODNÍ BANKA, 1114009411/0710	

(dále jen „Pojišťovna“) na straně druhé

u z a v í r a j í

v souladu s vyhláškou č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy, zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 48/1997 Sb.“) a dalšími právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotních služeb tuto **Smlouvu o poskytování a úhradě léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků** (dále jen „Smlouva“).

Článek II. Předmět Smlouvy

Předmětem této Smlouvy je stanovení podmínek a úprava vztahů vznikajících mezi Poskytovatelem a Pojišťovnou při poskytování léčivých přípravků (dále jen léčiva), potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků hrazených z veřejného zdravotního pojištění (dále jen „hrazené služby“) a při jejich úhradě za pojištěnce Pojišťovny (dále jen „pojištěnci“), a 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.

Článek III. Práva a povinnosti smluvních stran

(1) Smluvní strany

- a) dodržují při vykazování a úhradě hrazených služeb dohodnutou Metodiku pro pořizování a předávání dokladů (dále jen „Metodika“), Pravidla pro vyhodnocování dokladů ve VZP ČR (dále jen „Pravidla“), Datové rozhraní a Metodiku k Úhradovému katalogu VZP – ZP (Číselník zdravotnických prostředků), Pojišťovna za tímto účelem garantuje Poskytovateli možnost elektronické komunikace na základě samostatných smluv, ve kterých se zavazuje Poskyvateli zajistit přístup k aktuální verzi všech relevantních číselníků ve strojově čitelné podobě,
- b) zaváží své zaměstnance, případně i jiné osoby, s ohledem na ochranu práv pojištěnců a zájmu Poskytovatele 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) Poskytovatel

- a) poskytuje hrazené služby v souladu s právními předpisy,
- 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, 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 hrazené služby v hotovosti,
- c) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci, kteří budou pojištěncům poskytovat ve Smlouvě sjednané hrazené služby, splňují požadavky stanovené právními předpisy pro výkon této činnosti,
- d) zabezpečí při zacházení s léčivy, potravinami pro zvláštní lékařské účely a zdravotnickými prostředky podmínky pro zachování jakosti, účinnosti a bezpečnosti léčiv, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků pro pojištěnce a podmínky jejich výdeje v souladu se zvláštním právním předpisem,
- e) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytované hrazené služby podle zvláštního právního předpisu,
- f) odpovídá při přípravě léčiv za jejich jakost a bezpečnost přípravy pro pojištěnce,
- g) disponuje sortimentem hrazených léčiv, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků dostupných v České republice v rozsahu obvykle předepisovaném lékařem v příslušném regionu, který umožní uspokojit pojištěnce zpravidla po uplatnění receptu (poukazu) bez zbytečných nároků na jejich finanční spoluúčast; při své činnosti postupuje účelně a hospodárně. Za tím účelem zabezpečí v uvedeném rozsahu léčiva, potraviny pro zvláštní lékařské účely a zdravotnické prostředky tak, aby měl k dispozici plně hrazené i cenově nejméně náročné výrobky,
- h) plní povinnost nahrazení léčiva v případech stanovených v § 32 zákona č. 48/1997 Sb.; v případě náhrady léčiva postupuje podle zvláštního právního předpisu, při dodržení co nejvyšší hospodárnosti této náhrady,
- i) při výdeji zdravotnického prostředku předepsaného na poukaz informuje pacienta podle zvláštního právního předpisu o možných alternativách k předepsanému zdravotnickému prostředku v případě, že je možné jej zaměnit za jiný zdravotnický prostředek,
- j) nebude od pojištěnce vybírat, pokud to nevyplývá z právních předpisů, žádnou finanční úhradu za poskytnutá léčiva, potraviny pro zvláštní lékařské účely a zdravotnické prostředky hrazené Pojišťovnou,
- k) oznámí, v případě nemožnosti poskytovat lékárenskou hrazenou službu, pojištěncům nejbližší dostupné poskytovatele,
- l) nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí hrazených služeb změnou Pojišťovny nebo jiným způsobem.

(3) Pojišťovna

- a) uhradí Poskytovateli hrazené služby 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, ani směřovat své pojištěnce k vybraným smluvním poskytovatelům lékařské péče,
- d) poskytuje Poskytovateli prostřednictvím zveřejnění na internetových stránkách Pojišťovny www.vzp.cz k zajištění jednotných podmínek dohodnutou Metodiku, Pravidla, Datové rozhraní, příslušné číselníky vydávané Pojišťovnou k vykazování a výpočtu úhrady hrazených služeb a Metodiku k Úhradovému katalogu VZP – ZP,
- e) seznámí Poskytovatele prostřednictvím zveřejnění na internetových stránkách Pojišťovny www.vzp.cz 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 poskytnutých hrazených služeb

- (1) Léčiva ve smyslu zvláštního právního předpisu, potraviny pro zvláštní lékařské účely a zdravotnické prostředky ve smyslu zvláštního právního předpisu Pojišťovna hradí podle zvláštních právních předpisů nebo podle platných cenových předpisů vydaných příslušnými orgány.
- (2) Poskytovatel vykazuje Pojišťovně dvakrát měsíčně dávky dokladů o poskytnutých hrazených službách, a to v elektronické podobě. Metodika stanoví další podklady, které je Poskytovatel povinen předkládat spolu s dávkami dokladů o poskytnutých hrazených službách. Řádné a úplné předání dávek dokladů o poskytnutých hrazených službách a dalších podkladů stanovených Metodikou nebo dohodnutých mezi smluvními stranami je považováno za výzvu k úhradě. Součástí podkladů je i faktura, pokud se smluvní strany nedohodnou jinak. V případě, že Poskytovatelem předané podklady k úhradě nejsou úplné, nebo neobsahují požadované náležitosti, může je Pojišťovna obvykle do 3 pracovních dnů odmítnout a sdělit Poskytovateli důvod jejich odmítnutí. V takovém případě běží doba splatnosti ode dne jejich opětovného převzetí Pojišťovnou za předpokladu, že odpadne důvod k jejich odmítnutí.
- (3) Smluvní strany jsou povinny po celou dobu trvání smluvního vztahu podle této Smlouvy mít upraven způsob předávání dat s využitím zabezpečené elektronické komunikace mezi stranami.
- (4) Poskytovatel odpovídá za úplnost a formální správnost údajů předávaných k vyúčtování.
- (5) Budou-li poskytnuté hrazené služby v příslušném úhradovém období hrazeny způsobem, který nepředpokládá celkové finanční vypořádání a Pojišťovna před provedením úhrady zjistí nesprávně, nebo neoprávněně vyúčtované služby, úhradu nesprávně, nebo neoprávněně vyúčtovaných služeb neprovede. Pojišťovna oznámí Poskytovateli bez zbytečného odkladu rozsah a důvod nesprávně, či neoprávněně vykázaných služeb. Tím Pojišťovna vyzve Poskytovatele k opravě nesprávně, nebo neoprávněně vykázaných služeb prostřednictvím opravných dávek, nebo k doložení poskytnutí hrazených služeb.
- (6) Není-li mezi smluvními stranami dohodnuto jinak, je úhrada splatná do 25 dnů ode dne, kdy byly pojišťovně doručeny řádné a úplné dávky dokladů o poskytnutých hrazených službách a další podklady stanovené Metodikou, nebo dohodnuté mezi smluvními stranami.
- (7) Pojišťovna po úhradě předá Poskytovateli informaci obsahující zejména výši a identifikaci provedené úhrady a její variabilní symbol.
- (8) Pokud vznikne při úhradě hrazených služeb nedoplatek ze strany Pojišťovny, bude Poskytovateli příslušná částka poukázána samostatnou platbou. Přepatek ze strany Pojišťovny je Pojišťovna oprávněna započíst proti kterékoliv pohledávce Poskytovatele za Pojišťovnou, a to poté, co doručí Poskytovateli vyúčtování, či jiný dokument obdobné povahy, v němž bude přeplatek uveden, nedohodnou-li se smluvní strany jinak.

Článek V.

Kontrola

- (1) Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona č. 48/1997 Sb. a Smlouvou kontrolu výdeje a účtování hrazených služeb z hlediska objemu a zachování podmínek kvality, 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“). Revizním lékařem se rozumí i revizní farmaceut.
- (2) Poskytovatel poskytne Pojišťovně při výkonu kontroly nezbytnou součinnost, zejména předkládá požadované doklady, sděluje údaje a poskytuje vysvětlení. Umožní revizním lékařům a odborným pracovníkům Pojišťovny, zpravidla po předchozím projednání, vstup do zdravotnického zařízení, kde poskytuje zdravotní služby, a nahlížení do dokumentace bezprostředně související s prováděnou kontrolou vyúčtovaných hrazených služeb.
- (3) V případě kontroly (šetření) u Poskytovatele bude na místě zpracován záznam o proběhlém šetření s uvedením nejdůležitějších zjištění a stanoviska Poskytovatele. Tento záznam nenahrazuje zprávu podle odstavce 4.
- (4) Zprávu, obsahující závěry kontroly, Pojišťovna zpracuje a předá Poskytovateli do 30 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.

- (5) Poskytovatel je oprávněn 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 na žádost smluvní strany 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.
- (6) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazených služeb, Pojišťovna podle § 42 odstavce 3 zákona č. 48/1997 Sb. takové hrazené služby neuhradí. Pokud je již uhradila, je oprávněna vzniklou pohledávku započíst jako přeplatek v souladu s článkem IV. odst. 8 této Smlouvy. V případě, že se závěry kontroly prokážou jako neodůvodněné, uhradí Pojišťovna Poskytovateli částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnutých hrazených služeb.

Článek VI. Doba účinnosti Smlouvy

Smlouva se uzavírá do 31. 12. 2033. Pokud jedna ze smluvních stran neoznámí druhé straně nejpozději tři měsíce před uplynutím této doby, že nemá zájem o pokračování smluvního vztahu podle této Smlouvy, doba účinnosti Smlouvy se prodlužuje o jeden rok.

Článek VII. Způsob a důvody ukončení Smlouvy

- (1) Smlouva nebo její část zaniká:
- a) zánikem oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle § 22 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, nebo zrušením registrace nestátního zdravotnického zařízení vydané podle zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních,
 - b) dnem zániku Poskytovatele nebo Pojišťovny,
 - c) dnem uvedeným v písemném oznámení Pojišťovně, pokud Poskytovatel z provozních důvodů nemůže hrazené služby nadále poskytovat.
- (2) Před uplynutím sjednané doby lze Smlouvu ukončit písemnou výpovědí s výpovědní dobou 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, ve smluvních vztazích hrubým způsobem porušila závažnou povinnost uloženou jí příslušným právním předpisem, upravujícím veřejné zdravotní pojištění nebo poskytování zdravotních služeb nebo Smlouvou,
 2. vstoupí do likvidace nebo na její majetek soud prohlásí konkurz,
 - b) Poskytovatel přes písemné upozornění
 1. prokazatelně opakovaně neoprávněně účtuje hrazené služby,
 2. požaduje v rozporu s právními předpisy od pojištěnců finanční úhradu za hrazené služby,
 3. neposkytne nezbytnou součinnost k výkonu kontrolní činnosti prováděné Pojišťovnou v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb.,
 4. poskytuje hrazené služby bez odpovídajícího věcného a technického vybavení a personálního zabezpečení,
 - c) Pojišťovna
 1. přes písemné upozornění opakovaně neoprávněně neuhradí Poskytovateli poskytnuté a vykázané hrazené služby,
 2. nedodrží doby splatnosti dohodnuté ve Smlouvě,
 3. přes písemné upozornění opakovaně překračuje rozsah kontrolní činnosti stanovený zákonem.
- (3) Před uplynutím sjednané doby lze Smlouvu ukončit
- a) stanoví-li tak zákon,
 - b) písemnou dohodou smluvních stran, a to za podmínek a ve lhůtě uvedené v této dohodě.

Článek VIII. 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 (IČO), 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) předávají si údaje nezbytné k hodnocení kvality a efektivity poskytovaných hrazených služeb, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých pro každý konkrétní případ.
- (2) Poskytovatel 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.
- (3) Pojišťovna může zveřejnit na svých internetových stránkách, popř. v jiných zdrojích určených svým pojištěncům v rámci seznamu smluvních poskytovatelů obchodní jméno či název, adresu Poskytovatele, telefonické, případně e-mailové spojení či další údaje vzájemně dohodnuté.

Článek IX. Řešení sporů

- (1) Smluvní strany budou řešit případné spory týkající se plnění Smlouvy především vzájemným jednáním. Dohodnou-li se tak smluvní strany, mohou projednat spor ve smířčím jednání. Tím není dotčeno právo smluvních stran uplatnit svůj nárok na řešení sporu u soudu nebo v rozhodčím řízení, pokud se smluvní strany na řešení sporu v rozhodčím řízení dohodnou.
- (2) Smířčí jednání navrhuje jedna ze smluvních stran. Návrh musí obsahovat přesné a dostatečně podrobné vymezení sporu společně s návrhem na jeho řešení. Účastníky smířčího jednání jsou obě smluvní strany a spolek uplatňující zájmy jednotlivých skupin poskytovatelů, nedohodnou-li se smluvní strany jinak. K projednání sporu si dále každá smluvní strana může přizvat nejvýše dva odborné poradce, nedohodnou-li se smluvní strany jinak. Smířčí jednání se ukončí zápisem, obsahujícím výsledek smířčího jednání a stanoviska obou stran.

Článek X. Zvláštní ujednání

Smluvní strany se 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, a to v rozsahu dle jimi předložených dokladů; přitom postupuje dle platného metodického pokynu, zveřejněného ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR.
- (2) Pojišťovna provádí úhradu poskytnutých hrazených služeb pojištěncům z EU, kteří si Pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie, v souladu s právními předpisy platnými pro pojištěnce.

Článek XI. Ostatní ujednání

Nedílnou součástí této Smlouvy jsou její přílohy:

- č. 1 Kopie rozhodnutí o registraci vydaného orgánem příslušným k registraci podle místa provozování nestátního zdravotnického zařízení, nebo
Kopie rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb
- č. 2 Přehled zdravotnických prostředků, na jejichž výdej se tato smlouva nevztahuje, s uvedením čísla skupiny a typu zdravotnického prostředku dle Číselníku ZP VZP ČR
- č. 3 Metodika pro pořizování a předávání dokladů, v aktuálně účinné verzi
Pravidla pro vyhodnocování dokladů ve VZP ČR, v aktuálně účinné verzi
Datové rozhraní, v aktuálně účinné verzi

Tyto dokumenty jsou zpřístupněny v plném znění v elektronické formě.

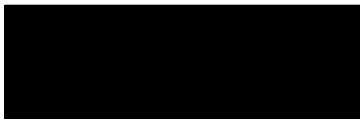
<https://www.vzp.cz/poskytovatele/vyuctovani-zdravni-pece/metodika-vyuctovani-aktualni-stav>

Článek XII. Závěrečná ujednání

- (1) Tato Smlouva nabývá platnosti dnem jejího uzavření a upravuje práva a povinnosti smluvních stran v období od 1.1.2026.
- (2) Smlouva je uzavírána v elektronické nebo listinné podobě. Smlouva v listinné podobě 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.

za Poskytovatele



za Pojišťovnu

