VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
ČESKÉ REPUBLIKY

Šablona: S170/10.2007

SMLOUVA č.: 8L50B015
o poskytování a úhradě zdravotní péče
(pro praktické lékaře a praktické lékaře pro děti a dorost)

Článek I.
Smluvní strany

Zdravotnické zařízení: **PRECIOSA-LUSTRY, akciová společnost,**

jehož jménem jedná: Ing. Pavel Brzák, **funkce:** personální ředitel,
se sídlem: Kamenický Šenov, Nový Svět 915, PSČ 47114,

rozhodnutí o registraci (zřizovací listina): Okresní úřad Česká Lípa,
sp. zn.: Č.j.:5/93/P/Z4 ze dne 30.9.1999,

zápis v obchodním rejstříku:
- Krajský soud v Ústí nad Labem, oddíl B, vložka 37, dne: 30.11.1990,

IČO: 00012645 **IČZ: 50096001,**
tel. 487 713 495,488 113 476, fax:, **e-mail:,**
bankovní spojení: [redacted]

(dále jen „**Zdravotnické zařízení**") na straně jedné

a

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky,

IČO 41197518, se sídlem v Praze 3, Orlická 4/2020, zřízena zák. č. 551/1991 Sb., do obchodního rejstříku se nezapisuje,
Krajská pobočka pro Liberecký kraj,
jejímž jménem jedná: Ing. Jiří Benedikt, **funkce:** ředitel KP VZP ČR pro Liberecký kraj,
doručovací adresa: ÚP VZP ČR ČESKÁ LÍPA,
Česká Lípa, U Vodního hradu 2974, PSČ 47001,
tel.: 487 805 211, fax: 487 522 412, e-mail: podatelna50@vzp.cz,
bankovní spojení: název a pobočka banky: ČSOB, .a.s., pob. Česká Lípa,
číslo účtu/kód banky: 200500018/0300,
(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, 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 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 mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení, uzavíraných Českou republikou.

Článek III.
Práva a povinnosti smluvních stran

(1) Smluvní strany

a) dodržují při vykazování a úhradě hrazené zdravotní péče dohodnutou metodiku, pravidla a datové rozhraní,

b) zavážou své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců, k zachování povinné mlčenlivosti o osobních údajích[1] 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].

(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, a to svým provozovatelem - fyzickou osobou, nebo zaměstnanci, zpravidla v rozsahu minimálně 32 hodin týdně, což odpovídá úvazku 0,8, z toho je 20 hodin ordinační doby (což odpovídá poměrnému kapacitnímu číslu 0,8), pokud se smluvní strany nedohodnou jinak. Ostatní doba bude využita pro návštěvní službu a administrativní činnost,

b) poskytuje hrazenou zdravotní péči pojištěncům z členských států EU, EHP a Švýcarska podle příslušných předpisů Evropské unie[3] a pojištěncům dalších států , se kterými má Česká republika uzavřeny Smlouvy o sociálním zabezpečení[4] (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[5], kteří budou pojištěncům poskytovat ve Smlouvě sjednanou hrazenou zdravotní péči, splňují požadavky stanovené právními předpisy pro výkon této činnosti[6],

d) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytovanou zdravotní péči podle zvláštního právního předpisu[7],

e) poskytuje hrazenou zdravotní péči „lege artis" bez nadbytečných nákladů, vždy však se zřetelem k tomu, aby potřebného diagnostického nebo léčebného efektu bylo dosaženo

---

[1] Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů
[2] zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně, ve znění pozdějších předpisů
[3] Nařízení Rady (EHS) 1408/71 a 574/72
[4] Např. Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 130/2002 Sb. m. s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Svazovou republikou Jugoslávie 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
[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

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,

g) povede pro posouzení oprávněnosti vyúčtované zdravotní péče v průkazné formě zdravotní dokumentaci 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 předpisem[8],

h) zajistí, v případě kdy není přítomen nositel výkonu oprávněný poskytovat zdravotní péči dle Smlouvy a splňující podmínky pro výkon této činnosti (provozovatel – fyzická osoba nebo zaměstnanec zdravotnického zařízení), zástup jiným kvalifikovaným nositelem výkonu a tuto skutečnost oznámí pojištěncům; v případě, že nepřítomnost dle věty první bude trvat déle než 3 dny, sdělí Zdravotnické zařízení podle metodiky tuto skutečnost Pojišťovně, a to na e-mailovou adresu nepritomnost50@vzp.cz, nebo prostřednictvím držitele poštovní licence, ev. osobně na adresu příslušného pracoviště Pojišťovny,

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 zvýhodňovat pojištěnce jedné nebo více pojišťoven v neprospěch pojištěnců pojišťoven ostatních a zhoršovat dostupnost zdravotní péče hrazené Pojišťovnou přednostním poskytováním péče hrazené jiným způsobem,

n) oznámí Pojišťovně, v souladu s § 55 zákona č.48/1997 Sb. úrazy nebo jiná poškození zdraví osob, kterým poskytlo hrazenou zdravotní péči, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby,

o) odpovídá podle zvláštního právního předpisu[9] 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 nebo zdravotnický prostředek 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[3], v souladu s právními předpisy a Smlouvou,

---

[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

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

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 IV.
Úhrada poskytované hrazené zdravotní péče

(1) Hodnoty bodu[10] pro zdravotní péči hrazenou podle seznamu výkonů, výše úhrad hrazené zdravotní péče a regulační omezení objemu poskytnuté zdravotní péče podle § 17 odst. 6 zák. č. 48/1997 Sb. se uvedou v dodatku ke Smlouvě podle zvláštního právního předpisu.

(2) Za způsoby úhrady se považují:

a) úhrada za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami,

b) kombinovaná úhrada za registrované pojištěnce a za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (kombinovaná kapitačně - výkonová platba) nebo

c) jiný dohodnutý způsob úhrady.

(3) Mezi smluvními stranami musí být vždy předem dohodnuta změna struktury, rozsahu a objemu poskytované hrazené zdravotní péče, zejména z důvodu změny kapacity, struktury Zdravotnického zařízení, změny či obnovy přístrojového vybavení specifikovaného ve Smlouvě.

(4) Zdravotnické zařízení pro uplatnění nároků na úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče předává Pojišťovně jednou měsíčně vyúčtování, doložené dávkami dokladů o poskytnuté zdravotní péči s přílohami. Faktura obsahuje náležitosti účetního dokladu[11]. 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 Pojišťovny a pojištěncům z EU, kteří si Pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie[3], předává Zdravotnické zařízení Pojišťovně spolu s vyúčtováním v termínu do 5. dne následujícího měsíce:

na papírových dokladech.

Pokud bude mezi smluvními stranami dohodnuto předávání vyúčtování prostřednictvím internetu, bude v této věci uzavřen samostatný dodatek ke Smlouvě.

---

[10] § 10 zák. č. 526/1990 Sb., o cenách, ve znění pozdějších předpisů

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

* nehodící se škrtne

(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 instituci při realizaci práva Evropské unie[3], 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) Zjistí-li Pojišťovna pochybení ve vyúčtování předaném Zdravotnickým zařízením dodatečně po úhradě a Zdravotnické zařízení do 10 pracovních dnů od doručení písemné výzvy Pojišťovny příslušnou částku samo neuhradí, nebo nedoloží oprávněnost vyúčtované sporné částky nebo nebude mezi smluvními stranami dohodnut jiný termín úhrady, Pojišťovna jednostranným započtením pohledávky sníží Zdravotnickému zařízení o příslušnou částku úhradu za vyúčtování hrazené zdravotní péče předložené v následujícím zúčtovacím období.

(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.

(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 V.
Kontrola

(1) Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona č. 48/1997 Sb. a Smlouvou kontrolu využívání a poskytování hrazené zdravotní péče v jejím objemu a kvalitě, včetně dodržování cen, a to prostřednictvím svého informačního systému, revizních lékařů a dalších odborných pracovníků ve zdravotnictví, způsobilých k revizní činnosti (dále jen „odborní pracovníci").

(2) V rámci své odborné způsobilosti revizní lékaři a odborní pracovníci oprávnění ke kontrole posuzují, zda zvolený způsob hrazené zdravotní péče byl indikován s ohledem na zdravotní stav pojištěnce, je v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a zda nebyl zbytečně ekonomicky náročný.

(3) V případech stanovených právními předpisy revizní lékař posuzuje i odůvodněnost ošetřujícím lékařem navrženého, popřípadě provedeného léčebného postupu a schvaluje, zda použitý postup Pojišťovna uhradí.

(4) Zdravotnické zařízení poskytne Pojišťovně při výkonu kontroly nezbytnou součinnost, zejména předkládá doklady potřebné k účelu kontroly, 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[12] a dalších dokladů bezprostředně souvisejících s prováděnou kontrolou vyúčtovaných zdravotních výkonů, léčiv a zdravotnických prostředků, včetně zvlášť účtovaných léčiv a zvlášť účtovaného

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

materiálu. Revizní lékař (revizní odborný pracovník) je povinen postupovat tak, aby kontrola nenarušila prováděný léčebný výkon.

(5) V případě kontroly (šetření) 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, lze je na žádost příslušné smluvní strany prodloužit až na dvojnásobek. Ve stanovené lhůtě Pojišťovna sdělí Zdravotnickému zařízení, zda potvrzuje nebo mění závěry kontroly. Podání námitek nemá z hlediska finančních nároků Pojišťovny vůči Zdravotnickému zařízení odkladný účinek. Tím není dotčeno právo Zdravotnického zařízení uplatnit svůj nesouhlas s rozhodnutím Pojišťovny v jiném řízení.

(8) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazené zdravotní péče nebo její neodůvodněné poskytování, Pojišťovna podle § 42 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb. takovou péči neuhradí a je oprávněna postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve Smlouvě. V případě, že se závěry kontroly prokážou jako neodůvodněné, uhradí Pojišťovna Zdravotnickému zařízení částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče. Zdravotnické zařízení je oprávněno postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve Smlouvě.

Článek VI.
Doba účinnosti Smlouvy

Smlouva se uzavírá na dobu neurčitou a lze ji ukončit pouze z důvodů uvedených v čl. VII.

Článek VII.
Způsob a důvody ukončení Smlouvy

(1) Smlouva nebo její část zaniká:

b) 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,

c) dnem zániku Zdravotnického zařízení nebo Pojišťovny nebo dnem úmrtí fyzické osoby, která byla provozovatelem zdravotnického zařízení,

d) dnem uvedeným v písemném oznámení Pojišťovně, pokud Zdravotnické zařízení ze závažných zdravotních či provozních důvodů nemůže zdravotní péči nadále poskytovat,

e) dnem, kdy Zdravotnické zařízení pozbylo věcné, technické nebo personální předpoklady pro poskytování zdravotní péče ve sjednaném rozsahu, stanovené právním předpisem nebo Smlouvou, ve smyslu čl. III. odst. 2 písm. a), pokud Zdravotnické zařízení nedostatky neodstranilo ani po dodatečně stanovené přiměřené lhůtě; Smlouva nebo její část zaniká pouze v části vymezující rozsah nasmlouvané zdravotní péče, ve kterém Zdravotnické zařízení 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) 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 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. přes písemné upozornění opakovaně 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.

(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 v souladu s metodikou pro jednoznačnou identifikaci Zdravotnického zařízení 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) 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[13],

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. Další případně zveřejňované údaje mohou být smluvními stranami sjednány v dodatku k této Smlouvě.

Článek IX.
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[14], 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 zájmovými sdruženími[15] podle § 17 odstavce 3 zákona č. 48/1997 Sb. 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 X.
Zvláštní ujednání

Smluvní strany se v souladu s ustanovením čl. 2 odst. 4 rámcové smlouvy (příloha č. 1 vyhlášky č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy), dohodly na dále uvedených ujednáních nezbytných pro plnění Smlouvy a její kontrolu:

(1) Zdravotnické zařízení poskytuje hrazenou zdravotní péči pojištěncům z EU, kteří si Pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie [3] za stejných podmínek

---

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

[14] Zákon č. 216/1994 Sb., o rozhodčím řízení a o výkonu rozhodčích nálezů, ve znění pozdějších předpisů

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

jako pojištěncům Pojišťovny, a to v rozsahu dle jimi předložených dokladů; přitom postupuje dle platného metodického pokynu, zveřejněného ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR. Tuto péči vykazuje Zdravotnické zařízení, v souladu s metodikou, samostatnou fakturou.

(2) Pojišťovna provádí úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče pojištěncům z EU, kteří si Pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie[3],v souladu s právními předpisy platnými pro pojištěnce Pojišťovny.

(3) Pojišťovna ke sjednocení způsobu komunikace mezi smluvními stranami bezplatně poskytuje Zdravotnickému zařízení oprávnění užívat počítačový program nazvaný „Příloha c2.exe" (tj. elektronický formulář pro reexport dat podle přílohy č. 2 Smlouvy) a související dokumentaci včetně datového rozhraní (dále jen „ASW").

Zdravotnické zařízení je oprávněno užívat ASW pouze k účelu, k němuž byl vytvořen, tj. pro komunikaci s Pojišťovnou, a to nejdéle po dobu trvání Smlouvy v potřebném rozsahu (počet počítačů) a za tím účelem si pořídit potřebný počet jeho rozmnožením. Do ASW nesmí provádět žádné úpravy či zásahy, poskytnout či umožnit jeho užití třetí osobě a při ukončení Smlouvy nebo při zániku oprávnění užívat ASW musí odstranit všechny instalace ASW ze všech počítačů.
Nedodržení tohoto ujednání je porušením dohodnutých smluvních podmínek a Pojišťovně zakládá právo na náhradu vzniklé škody.

Článek XI.
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 a dalšími příslušnými právními předpisy.

(2) Nedílnou součástí této Smlouvy jsou její přílohy:

č. 1 Ověřená kopie rozhodnutí o registraci vydaného orgánem příslušným k registraci podle místa provozování nestátního zdravotnického zařízení, nebo
ověřená kopie zřizovací listiny (statutu) schválené zřizovatelem Zdravotnického zařízení u státních zdravotnických zařízení,
ověřená kopie výpisu z obchodního rejstříku u fyzických nebo právnických osob, zapsaných do obchodního rejstříku.

č. 2 Smluvené druhy zdravotní péče, odbornosti pracovišť a jejich jednoznačná identifikace a rozsah poskytované hrazené zdravotní péče,

č. 3 Metodika pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR, verze 6.2
Pravidla pro vyhodnocování dokladů ve VZP ČR, verze 6.2
Datové rozhraní VZP ČR, verze 6.2.

č. 4 Soubor zdravotních výkonů, jejichž úhrada je za registrované pojištěnce zahrnuta do kapitační platby.

Pozn.: Ověření kopií provede územní pracoviště VZP ČR na základě předložení originálu dokladu.

Článek XII.
Závěrečná ujednání

(1) Tato Smlouva nabývá platnosti dnem podpisu zástupci obou smluvních stran a účinnosti dnem 1.1.2008

(2) Dnem účinnosti této Smlouvy se ve smyslu § 3 vyhlášky č. 618/2006 Sb. nahrazuje text Smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče č. K0503701 , ze dne 3.8.2001 textem této Smlouvy.

(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..... dne .....

[redacted]

V Liberci dne 31.12.2007

[redacted]