

S M L O U V A č. 6P44A022

o poskytování a úhradě zdravotní péče

Článek I. Smluvní strany

Zdravotnické zařízení: **OFTA, s. r. o.**

zastoupené jednatelem společnosti MUDr. Petrem Sapfickým nebo MUDr. Gabrielem Hadrávkem
se sídlem Sokolovská 82, 323 00 Plzeň

Rozhodnutí o změně registrace vydané KÚ Plzeňského kraje č. j.: SVZ/10440/05 ze dne 8. 9. 2005

Rozhodnutí vydané KÚ Karlovarského kraje číslo jednací: 619/ZD/RG/SP/04 ze dne 21.7.2004

Rozhodnutí vydané KÚ Karlovarského kraje číslo jednací: 573/ZD/05 ze dne 4. 10. 2005

Zápis v obchodním rejstříku	Krajský soud v Plzni, oddíl C, vložka 3657, dne 17. 3. 1993
IČ (dle statistiky)	48362000
IČZ	44499000
název zdravotnického zařízení	OFTA, s. r. o.
místo provozování	Sokolovská 82, 323 00 Plzeň

dále jen "Zdravotnické zařízení" na straně jedné

a

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky se sídlem v Praze 3, Orlická 4/2020, PSČ 130 00

IČ (dle statistiky) 41197518

DIČ CZ41197518

Zápis v obchodním rejstříku VZP ČR není podnikatelem ve smyslu § 1 a § 2 obchodního zákoníku
a nezapisuje se do obchodního rejstříku

zastoupená Ing. Karlem Würflem, ředitelem Územního pracoviště Plzeň - město,
se sídlem Jiráskovo nám. 31, 326 00 Plzeň

bankovní spojení GE Money Bank, a. s., pobočka Plzeň, Částkova 8,
č. ú. 442223704/0600
Československá obchodní banka, a. s., pobočka Praha 3, Na Příkopě 14,
č. ú. 0200440000/0300
Komerční banka a. s., pobočka Praha 1, Na Příkopě 33,
č. ú. 27-8244400277/0100

dále jen "Pojišťovna" na straně druhé

uzavírají

v souladu s vyhláškou č. 290/2006 Sb., kterou se vydává rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví o rámcových smlouvách podle § 17 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, 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 ¹⁾, nebo na základě smluv o sociálním zabezpečení, uzavíraných Českou republikou ²⁾ (dále jen pojištěnci EU).

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) zavázají své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců a zájmů zdravotnického zařízení i pojišťovny, 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 nimi,
- c) dodržují přímo použitelné předpisy Evropských společenství.

(2) Zdravotnické zařízení

- a) poskytuje hrazenou zdravotní péči v souladu s právními předpisy v odbornostech dohodnutých a vymezených ve Smlouvě, pro které je věcně a technicky vybaveno a personálně zajištěno, v rozsahu alespoň 35 ordinačních hodin (včetně hodin pro posuzování pracovní neschopnosti) rozdělených do 5 pracovních dnů týdně, se započítáním doby uvedené v písmenu o). Rozsah 35 hodin týdně odpovídá poměrnému kapacitnímu číslu 1, přičemž souhrnné poměrné kapacitní číslo jednoho smluvního nositele výkonu⁴⁾ může činit nejvýše 1,4. Souhrnné poměrné kapacitní číslo na jedno zdravotnické zřízení může činit nejméně 0,25.
- b) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci⁵⁾, kteří budou pojištěncům poskytovat ve Smlouvě sjednanou hrazenou zdravotní péči, splňují požadavky odborné způsobilosti stanovené právními předpisy pro poskytování této zdravotní péče⁶⁾,
- c) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytovanou zdravotní péči podle zvláštního právního předpisu⁷⁾,
- d) 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,

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 Chorvatskou republikou o sociálním zabezpečení,
Smlouva mezi Českou republikou a Rumunskou republikou o sociálním zabezpečení,
Smlouva mezi Českou republikou a Tureckou republikou 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. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, 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

- e) povede pro posouzení oprávněnosti vyúčtované zdravotní péče v průkazné formě zdravotnickou dokumentaci⁸⁾, 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,
- f) 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,
- g) neodmítne přijetí pojištěnce do své péče s výjimkou důvodů uvedených v § 11 odst. 1 písm. b) zákona č. 48/1997 Sb.,
- h) 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,
- i) nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí hrazené zdravotní péče změnou Pojišťovny nebo jiným způsobem,
- j) 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,
- k) 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,
- l) zajistí, že lékaři, kteří nejsou oprávněni k samostatnému výkonu povolání lékaře, budou toto povolání vykonávat pouze pod odborným dohledem lékaře, který je k samostatnému výkonu povolání lékaře oprávněn, a to jen v rozsahu stanoveném tímto lékařem ve smyslu ustanovení § 2 písm. f) zákona č. 95/2004 Sb.
- m) 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 zdravotnímu transportu. 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. Pojišťovna není oprávněna požadovat tuto úhradu, pokud byl léčivý přípravek nebo zdravotnický prostředek předepsán pro jejího pojištěnce a Zdravotnické zařízení odstranilo nedostatky ve lhůtě do jednoho měsíce od předání příslušného receptu nebo poukazu Pojišťovnou. Stejný postup bude vůči Zdravotnickému zařízení uplatněn i v případě chybného vyplnění poukazu na vyšetření/ošetření,
- n) je oprávněno na jeden den v měsíci přerušit poskytování zdravotní péče za účelem zajištění odborného vzdělávání svých pracovníků, přičemž takové přerušení nemá vliv na výši úhrady zdravotní péče ze strany Pojišťovny,
- o) předem oznámí Pojišťovně přerušení poskytování zdravotní péče na dobu delší než tři dny a jméno zastupujícího lékaře, splňujícího podmínky zákona č. 95/2004 Sb.; zastupujícím lékařem se pro účely tohoto ustanovení rozumí i lékař poskytující zdravotní péči v jiném zdravotnickém zařízení mimo prostory Zdravotnického zařízení, které zastupuje,
- p) zajistí, v případě nepřítomnosti některého z nositelů výkonů na dobu delší než tři dny, zástup jiným nositelem výkonu, splňujícím podmínky zákona č. 95/2004 Sb., a dohodnutým způsobem tuto skutečnost oznámí Pojišťovně a pojištěncům,
- q) může poskytovat lékařskou službu první pomoci pojištěncům Pojišťovny tehdy, dohodne-li se na tom s Pojišťovnou a uzavře-li dodatek ke Smlouvě na poskytování této péče,
- r) může poskytovat ústavní pohotovostní službu ve smluvním zařízení Pojišťovny tehdy, dohodne-li se na tom s Pojišťovnou a uzavře-li dodatek ke Smlouvě na poskytování této péče.

⁸⁾ Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, 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

(3) Pojišťovna

- a) uhradí Zdravotnickému zařízení provedenou hrazenou zdravotní péči, průkazně zdokumentovanou a odůvodněně poskytnutou jejím pojištěncům i pojištěncům z EU v souladu s právními předpisy a Smlouvou,
- b) dohledá na žádost Zdravotnického zařízení bez zbytečného prodlení příslušnost pojištěnce k Pojišťovně v případech, kdy není dostupný průkaz pojištěnce a jsou dostupné jeho osobní údaje,
- c) nebude vyžadovat zvýhodňování svých pojištěnců na úkor pojištěnců ostatních pojišťoven,
- d) je oprávněna provádět kontrolu plnění smluvně dohodnutých věcných a technických podmínek 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 České republiky 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,
- g) je oprávněna zveřejnit rozsah nasmlouvané zdravotní péče, výši celkové úhrady poskytnuté Pojišťovnou Zdravotnickému zařízení z veřejného zdravotního pojištění za kalendářní rok a výši úhrady za zdravotnickým zařízením předepsaná léčiva a zdravotnické prostředky za kalendářní rok; rozsah a způsob zveřejňování celkové výše úhrady poskytnuté Pojišťovnou Zdravotnickému zařízení se sjedná samostatným dodatkem ke Smlouvě,
- h) uhradí Zdravotnickému zařízení poskytnuté zdravotní výkony v rámci lékařské služby první pomoci, popřípadě ústavní pohotovostní služby podle odst. 2 písm. r) a s) podle výsledků dohodovacího řízení, popřípadě v souladu se zvláštním právním předpisem.

Článek IV.

Úhrada poskytované hrazené zdravotní péče

- (1) Hodnoty bodu, výše úhrad a regulační omezení objemu poskytnuté hrazené zdravotní péče se sjednávají ve Smlouvě podle výsledků dohodovacího řízení, popřípadě v souladu se zvláštním právním předpisem.
- (2) Za způsoby úhrady se považují zejména
 - a) úhrada za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami,
 - b) jiné způsoby úhrady dohodnuté v dohodovacím řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, nebo v souladu se zvláštním právním předpisem.
- (3) Mezi smluvními stranami musí být vždy předem dohodnuto zvýšení nebo snížení objemu poskytované hrazené zdravotní péče z důvodu změny kapacity popřípadě struktury zdravotnického zařízení.
- (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 je účetním dokladem a splňuje náležitosti účetního dokladu¹⁰⁾. 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. Individuální doklady za hrazenou zdravotní péči poskytnutou pojištěncům předává Zdravotnické zařízení Pojišťovně spolu s vyúčtováním v termínu do 10. dne následujícího měsíce na magnetických nosičích dat nebo na papírových dokladech.

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

- (7) Pojišťovna provede za své pojištěnce 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, případně o smluvní pokutu dohodnutou ve Smlouvě, 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 magnetickém mediu do 30 kalendářních dnů a při předání vyúčtování Pojišťovně na papírových dokladech do 40 kalendářních dnů ode dne doručení faktury Pojišťovně. Závazek k úhradě je splněn dnem odepsání z účtu Pojišťovny.
- (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 (revizní klinický psycholog) posuzuje i odůvodněnost ošetřujícím lékařem (klinickým psychologem) navrženého, popřípadě provedeného léčebného postupu a schvaluje, zda použitý postup Pojišťovna uhradí. Rozhodnutí o použití léčebného postupu je v kompetenci ošetřujícího lékaře, včetně jím navržené farmakoterapie, nebo klinického psychologa.
- (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.
- (5) Revizní lékař je v rámci kontroly povinen postupovat tak, aby nenarušil provoz Zdravotnického zařízení. V případě kontroly ve Zdravotnickém zařízení bude na místě vypracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a se stanoviskem oprávněného zástupce Zdravotnického zařízení. Tento záznam nenahrazuje zprávu podle odstavce 6.

¹⁰⁾ Zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů

- (6) Revizní zprávu, obsahující závěry kontroly, Pojišťovna zpracuje a předá Zdravotnickému zařízení do 15 kalendářních dnů po ukončení kontroly; pokud nebude možno z objektivních důvodů tuto lhůtu dodržet, oznámí Pojišťovna tuto skutečnost Zdravotnickému zařízení. Kontrola bude ukončena zpravidla do 30 kalendářních dnů od jejího zahájení.
- (7) Zdravotnické zařízení je oprávněno do 15 kalendářních dnů od převzetí závěru kontroly podat Pojišťovně písemně zdůvodněné námitky. K námitkám sdělí Pojišťovna stanovisko do 30 kalendářních dnů od jejich doručení. Pokud nebude možno z objektivních důvodů tyto lhůty dodržet, prodlouží se příslušná lhůta na žádost smluvní strany 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 prokáží jako neodůvodněné, vrátí 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.
- (9) Revizní lékaři zdravotní pojišťovny mohou kontrolovat podle tohoto článku jen zdravotní péči a výkony vykázané Zdravotnickým zařízením nejvýše 3 roky zpět; tím není dotčeno právo na provedení kontroly stanovené zákonem, právo na přístup do zdravotnické dokumentace podle § 67b zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů a tímto ustanovením není dotčena ani obecná promlčecí lhůta stanovená obchodním zákoníkem.

Článek VI. Sankční ujednání

- (1) Smluvní strany si mohou účtovat smluvní pokutu až do výše 2 % měsíční platby za porušení povinností podle odstavce 2.
- (2) Za porušení smlouvy se považují případy, kdy
 - a) smluvní strana
 1. uvede nepravdivé, neúplné či zkreslující údaje při uzavírání Smlouvy, nebo při jejím plnění,
 2. nedodrží ustanovení Smlouvy, s následkem prokazatelně neúčelného vynaložení prostředků veřejného zdravotního pojištění,
 3. neposkytne informace sjednané ve Smlouvě,
 - b) Zdravotnické zařízení
 1. prokazatelně neoprávněně nebo vícenásobně účtuje zdravotní péči,
 2. opakovaně porušilo povinnost ohlásit Pojišťovně v souladu s § 55 zákona č. 48/1997 Sb. úrazy nebo jiná poškození zdraví pojištěnce způsobená jednáním právnické nebo fyzické osoby,
 - c) Pojišťovna
prokazatelně neodůvodněně sníží nebo odmítne úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče.
- (3) Uplatněním sankce není dotčeno právo smluvních stran na vrácení úhrady za neoprávněně nebo nesprávně vyúčtovanou a uhrazenou hrazenou zdravotní péči.
- (4) S ohledem na finanční situaci Pojišťovny v době uzavření Smlouvy se smluvní pokuta podle čl. 6 odst. 4 rámcové smlouvy nesjednává; tím není dotčeno právo Zdravotnického zařízení na úroky z prodlení podle obecně závazných právních předpisů (zákonný úrok z prodlení) v případě prodlení Pojišťovny s úhradou podle článku IV. Smlouvy.
- (5) Uplatněním smluvní pokuty není dotčeno právo smluvních stran na uplatnění úroku z prodlení podle obecně závazných právních předpisů ani na náhradu případně vzniklé škody.

Článek VII. Doba účinnosti Smlouvy

Smlouva se uzavírá na dobu neurčitou jako trvalý smluvní vztah, který lze ukončit pouze z důvodů uvedených v čl. VIII Smlouvy.

Článek VIII. Způsob a důvody ukončení Smlouvy

Smlouvu lze ukončit vždy k 1. lednu následujícího roku

- a) písemnou dohodou smluvních stran,
- b) výpovědí ze strany Pojišťovny s výpovědní lhůtou nejméně 6 měsíců pokud Zdravotnické zařízení
 1. opakovaně porušuje ustanovení Smlouvy uvedená v ustanovení článku III odst. 2 písm. b), c), d), h), i) a m) této Smlouvy; porušení ostatních ustanovení Smlouvy je výpovědním důvodem pouze v případě, že by šlo o porušení takového charakteru, že by nebylo možno z tohoto důvodu rozumně očekávat další plnění Smlouvy, pokud není dále uvedeno jinak,
 2. přes písemné upozornění a bez předchozí dohody s Pojišťovnou opakovaně neposkytuje zdravotní péči ve sjednaném rozsahu a kvalitě,
 3. bez předchozí dohody s Pojišťovnou opakovaně účtuje zdravotní péči poskytnutou nad rámec sjednaného druhu, odbornosti a rozsahu činnosti,
 4. přes písemné upozornění opakovaně omezuje pro pojištěnce Pojišťovny ordinační dobu sjednanou ve Smlouvě,
 5. přes písemné upozornění opakovaně poskytuje zdravotní péči v rozporu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy nebo v rozporu s profesními povinnostmi zdravotnických pracovníků,
 6. prokazatelně opakovaně neoprávněně účtuje zdravotní péči a způsobí tím Pojišťovně finanční škodu,
 7. přes písemné upozornění neposkytne nezbytnou součinnost k výkonu kontrolní činnosti prováděné Pojišťovnou v souladu se Smlouvou a zákonem č. 48/1997 Sb.,
 8. prokazatelně neposkytuje pojištěncům zdravotní péči kvalitně a při poskytování zdravotní péče nedodržuje správný postup, popřípadě opakovaně odmítne poskytnutí zdravotní péče z jiných, než právními předpisy stanovených důvodů,
- c) výpovědí ze strany Zdravotnického zařízení s výpovědní lhůtou nejméně 6 měsíců pokud
 1. Pojišťovna opakovaně porušuje ustanovení Smlouvy,
 2. Pojišťovna přes písemné upozornění opakovaně nedodrží lhůty splatnosti dohodnuté ve Smlouvě,
 3. Pojišťovna poskytne třetí straně údaje o Zdravotnickém zařízení nad rámec právních předpisů nebo Smlouvy,
 4. Pojišťovna překračuje rozsah kontrolní činnosti stanovený Smlouvou nebo zákonem č. 48/1997 Sb.,
 5. Pojišťovna přes písemné upozornění neoprávněně neuhradí Zdravotnickému zařízení poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
 6. se pokračování smluvního vztahu s Pojišťovnou stane pro Zdravotnické zařízení ekonomicky nevýhodným.

Článek IX. Vzájemné sdělování údajů a předávání dokladů nutných ke kontrole plnění Smlouvy

- (1) Smluvní strany
 - a) používají v souladu s metodikou pro jednoznačnou identifikaci zdravotnického zařízení identifikační číslo organizace (IČ), identifikační číslo zařízení (IČZ), identifikační číslo pracoviště (IČP),
 - b) sdělují si údaje nutné ke kontrole plnění Smlouvy,
 - c) zajistí trvale přístupné a jasné informace o existenci smluvního vztahu a právech vyplývajících z něho pro pojištěnce,
 - d) mohou si předávat údaje nezbytné k hodnocení kvality a efektivity poskytované hrazené zdravotní péče, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve Smlouvě.

(2) Zdravotnické zařízení

- a) doloží Pojišťovně, při důvodném podezření na nedodržení postupu "lege artis", že zdravotnické prostředky byly při poskytování hrazené zdravotní péče použity v souladu se zvláštními právními předpisy¹¹⁾,
 - 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.
- (3) Pojišťovna 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.

**Článek X.
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 předpisu¹²⁾.
- (2) Smířčí jednání navrhuje jedna ze smluvních stran. Návrh musí obsahovat přesné a dostatečně podrobné vymezení sporu. Smířčího jednání se účastní zmocněný zástupce Zdravotnického zařízení a statutární zástupce Pojišťovny nebo jím zmocněný vedoucí pracovník oprávněný samostatně jménem Pojišťovny v dané věci jednat a rozhodovat. Zdravotnické zařízení je oprávněno přizvat ke smířčímu jednání profesní komoru zřízenou zákonem nebo občanské sdružení uvedené v § 17 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb. a právního zástupce. Místo a čas smířčího jednání navrhuje účastník, který k němu dal podnět. 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.

**Článek XI.
Zvláštní ujednání**

Smluvní strany se, v souladu s čl. 2 odst. 4 rámcové smlouvy (příloha č. 2 vyhlášky č. 290/2006 Sb., kterou se vydává rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví o rámcových smlouvách), dohodly na dále uvedených ujednáních nezbytných pro plnění Smlouvy a její kontrolu:

- a) Zdravotnické zařízení poskytuje hrazenou zdravotní péči pojištěncům z členských států Evropské Unie, Islandu, Lichtenštejnska a Norska, podle příslušných předpisů Evropské Unie¹⁾ a pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny Smlouvy o sociálním zabezpečení²⁾, za stejných podmínek jako pojištěncům Pojišťovny, a to v rozsahu dle jimi předložených dokladů. Tuto péči vykazuje Zdravotnické zařízení, v souladu s metodikou, samostatnou fakturou v papírové formě.
- b) Pojišťovna provádí úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče pojištěncům EU v souladu s právními předpisy platnými pro pojištěnce Pojišťovny.
- c) Zdravotnické zařízení při uzavírání Smlouvy předloží Pojišťovně 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.

¹¹⁾ Např. zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

¹²⁾ Zákon č. 216/1994 Sb., o rozhodčím řízení a o výkonu rozhodčích nálezů, ve znění pozdějších předpisů

Článek XII. 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,
Pravidla pro vyhodnocování dokladů ve VZP ČR,
Datové rozhraní VZP ČR.

Článek XIII. Závěrečná ujednání

1. Tato Smlouva nabývá platnosti dnem podpisu zástupci obou smluvních stran a účinnosti dnem 1. 11. 2006.
2. Dnem účinnosti této Smlouvy se nahrazuje text Smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče č. K744D202, ze dne 31. 7. 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 Plzni dne 26. 10. 2006

V Plzni dne 26. 10. 2006

