

S M L O U V A

o poskytování a úhradě zdravotní péče

(818 - pro zdravotnická zařízení poskytující domácí zdravotní péči, fyzioterapii, odbornost 902 a 918, ergoterapii, porodní asistenci, ortoptickou a pleoptickou péči)

číslo: 040360408

Článek I. Smluvní strany

I. Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky,

se sídlem: Praha 9, Drahobejlova 1404/4, PSČ 190 00, IČ 47114975,
zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl A, vložka 7564,

jednající na základě pověření ředitelem pobočky VoZP ČR Brno,

panem [REDACTED]

tel.: 541 429 111, fax: 541 429 817, e-mail: [REDACTED]

číslo bankovního účtu / kód banky: [REDACTED]

název a pobočka banky: Československá obchodní banka, a. s.,

(dále jen „Pojišťovna“)

a

II. Provozovatel zdravotnického zařízení: Poliklinika Žďár nad Sázavou,

(vždy jméno a příjmení fyzické osoby provozovatele zdravotnického zařízení)

se sídlem: Žďár nad Sázavou, Studentská 4, PSČ 591 01,

(u fyzických osob nezapsaných do obchodního rejstříku bydliště nebo místo podnikání je-li odlišné od bydliště)

jednající statutárním orgánem: [REDACTED]

rozhodnutí o registraci (zřizovací listina): *Reg. listina č. j. KÚJ/71268/2007*, ze dne *24.10.2007*,
sp. zn.: *09VZ.2118/2007/2*

zápis v obchodním rejstříku: provozovatel zdravotnického zařízení je podnikatelem podnikajícím na základě zákona č. 160/1992 Sb., nezapsaným v obchodním rejstříku*, zapsaným v obchodním rejstříku*,

soud:, den:,

oddíl:, vložka:, den:,

IČ: 48899119,

jednající za zdravotnické zařízení uvedené pod body II.1. až II.1.:

II.1. Název zdravotnického zařízení: Poliklinika Žďár nad Sázavou příspěvková organizace ,

(název fakticky užívaný pro zdravotnické zařízení vedle jména provozovatele)

IČZ: 84312000,

místo provozování: Žďár nad Sázavou, Studentská 4, PSČ 591 01,

tel.: 566690111, fax: 566690200, e-mail:, mobil:

číslo bankovního účtu / kód banky: [REDACTED]

název a pobočka banky: *RAIFFEISEN BANKA Pobočka Žďár nad Sáz.*

kontaktní osoba pro komunikaci s Pojišťovnou: [REDACTED]

tel./fax: *566.690.244*, e-mail: [REDACTED]

(dále jen „Zdravotnické zařízení“)

* nehodící se proškrtně

II.2. Název zdravotnického zařízení: ,

(název fakticky užívaný pro zdravotnické zařízení vedle jména provozovatele)

IČZ: ,

místo provozování: , , PSČ ,

tel.: , fax: , e-mail: , mobil:

číslo bankovního účtu / kód banky:

název a pobočka banky:

kontaktní osoba pro komunikaci s Pojišťovnou:

tel./fax:, e-mail:, mobil:

(dále jen „Zdravotnické zařízení“)

II.3. Název zdravotnického zařízení: ,

(název fakticky užívaný pro zdravotnické zařízení vedle jména provozovatele)

IČZ: ,

místo provozování: , , PSČ ,

tel.: , fax: , e-mail: , mobil:

číslo bankovního účtu / kód banky:

název a pobočka banky:

kontaktní osoba pro komunikaci s Pojišťovnou:

tel./fax:, e-mail:, mobil:

(dále jen „Zdravotnické zařízení“)

II.4. Název zdravotnického zařízení: ,

(název fakticky užívaný pro zdravotnické zařízení vedle jména provozovatele)

IČZ: ,

místo provozování: , , PSČ ,

tel.: , fax: , e-mail: , mobil:

číslo bankovního účtu a kód banky:

název a pobočka banky:

kontaktní osoba pro komunikaci s Pojišťovnou:

tel./fax:, e-mail:, mobil:

(dále jen „Zdravotnické zařízení“)

uzavírají

v souladu s vyhláškou č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy, a dále se zákonem č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů v platném znění a s 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 zdravotnickým zařízením v oblasti domácí zdravotní péče, fyzioterapie, odbornosti 902 a 918, ergoterapie, porodní asistence, ortoptické a pleoptické péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění (dále jen „hrazená zdravotní péče“) pojištěncům Pojišťovny (dále jen „pojištěnci“) a při její úhradě. To platí i v případě, kdy Pojišťovna plní roli výpomocné instituce při realizaci práva Evropské unie, nebo na základě smluv o sociálním zabezpečení, uzavíraných Českou republikou.

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) zaváží své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců k zachování povinné mlčenlivosti o osobních údajích¹ 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 nimi².
- (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,
 - b) poskytuje hrazenou zdravotní péči pojištěncům z členských států EU, EHP a Švýcarska, podle příslušných předpisů Evropské unie³ a pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny Smlouvy o sociálním zabezpečení⁴ (dále jen „pojištěnci z EU“), za stejných podmínek jako pojištěncům Pojišťovny, v rozsahu podle 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 zaměstnanci⁵, kteří budou pojištěncům poskytovat ve smlouvě sjednanou hrazenou zdravotní péči, splňují požadavky stanovené právními předpisy pro výkon této činnosti⁶,

¹ Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

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

³ Nařízení Rady (EHS) č. 1408/71 a 574/72.

⁴ 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

- d) odpovídá za to, že zdravotničtí pracovníci poskytují hrazenou zdravotní péči na základě indikace ošetřujícího lékaře,
- e) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek stanovených pro jím poskytovanou zdravotní péči podle zvláštního právního předpisu⁷,
- f) poskytuje hrazenou zdravotní péči „lege artis“ bez zbytečných nákladů, vždy však se zřetelem k tomu, aby potřebného diagnostického nebo léčebného efektu bylo dosaženo s ohledem na individuální zdravotní stav pojištěnce,
- g) povede pro posouzení oprávněnosti vyúčtované zdravotní péče v průkazné formě zdravotní dokumentaci o léčení pojištěnců, ve které budou zaznamenávány provedené zdravotní výkony, vyžádaná zdravotní péče, předepisované léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a uchovány v ní doručené výsledky vyžádaných a provedených vyšetření, v souladu se zvláštním právním předpisem⁸,
- h) zajistí, v případě kdy není přítomen nositel výkonu oprávněný poskytovat zdravotní péči podle 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, a pokud nepřítomnost smluvně dohodnutého nositele výkonu, znamenající nedostupnost příslušné odbornosti, trvá déle než 5 pracovních dní, oznámí tuto skutečnost Pojišťovně na e-mailovou adresu: nepritomnost@vozp.cz.
- 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,
- j) neodmítne přijetí pojištěnce do své péče s výjimkou důvodů uvedených v ust. § 11 odst. 1 písm. b) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů,
- 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 ust. § 55 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, úrazy nebo jiná poškození zdraví osob, kterým poskytlo hrazenou zdravotní péči, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby,

zákonů.

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

⁸ Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění vyhlášky č. 497/2006 Sb.

- o) 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 unie³, 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 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) Hodnota bodu⁹ pro zdravotní péči hrazenou podle seznamu výkonů, výše úhrad hrazené zdravotní péče a regulační omezení objemu poskytnuté hrazené zdravotní péče podle ust. § 17 odst. 6 zákona č. 48/1997 Sb. se uvedou v dodatku ke Smlouvě podle zvláštního právního předpisu.
- (2) Za způsoby úhrady se považují zejména:
 - a) úhrada za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami,
 - b) paušální úhrada za poskytnutou zdravotní péči,
 - c) jiný dohodnutý způsob úhrady.
- (3) Mezi smluvními stranami musí být vždy předem dohodnuto zvýšení nebo snížení objemu poskytované hrazené zdravotní péče z důvodu změny kapacity, struktury Zdravotnického zařízení, 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

⁹ Ust. § 10 zákona č. 526/1990 Sb., o cenách, ve znění pozdějších předpisů
HCFYER -818-

zdravotní péči s přílohami. Faktura obsahuje náležitosti účetního dokladu¹⁰. Náležitosti faktury a její 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, popřípadě 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 unie³ předává Zdravotnické zařízení Pojišťovně spolu s vyúčtováním v termínu do 20. dne následujícího měsíce:

- a) na elektronickém nosiči dat, v elektronické podobě, elektronickou poštou*,
- b) na papírových dokladech*,
- c) přes portál zdravotních pojišťoven.

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 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 a pojištěnce z EU, kteří si Pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie³ 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 Zdravotnickému zařízení dodatečně, tj. 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-li mezi smluvními stranami dohodnut jiný termín úhrady, Pojišťovna jednostranným započtením pohledávky sníží Zdravotnickému zařízení o příslušnou 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 Zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů.
* nehodící se škrtně

- (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 ust. § 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 požadované doklady, sděluje údaje a poskytuje vysvětlení. Umožní revizním lékařům a odborným pracovníkům Pojišťovny vstup do svého objektu, nahlížení do zdravotnické dokumentace pojištěnců v souladu se zvláštním právním předpisem¹¹ a dalších dokladů bezprostředně souvisejících s prováděnou kontrolou vyúčtovaných zdravotních výkonů, léčiv a zdravotnických prostředků, včetně zvláště účtovaných léčiv a zvláště účtovaného materiálu.
- (5) V případě kontroly (šetření) ve Zdravotnickém zařízení bude na místě zpracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a se stanoviskem oprávněného zástupce Zdravotnického zařízení. Tento záznam nenahrazuje zprávu podle odstavce 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.
- (6) 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.
- (7) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazené zdravotní péče nebo její neodůvodněné poskytování, Pojišťovna podle ust. § 42 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb., v platném znění, takovou péči neuhradí. V případě, že se závěry kontroly prokáží jako

¹¹ Ust. 67b) zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.
HCFYER -818-

neodůvodněné, uhradí Pojišťovna Zdravotnickému zařízení částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče.

Článek VI. Doba účinnost smlouvy

Smlouva se uzavírá na dobu 8 let, tj.: ode dne 1.1. 2008 do dne 31.12. 2015. Doba účinnosti Smlouvy se prodlužuje vždy o další jeden rok, neoznámí-li některá smluvní strana druhé smluvní straně písemně nejpozději dva měsíce před skončením doby účinnosti Smlouvy, že nemá zájem o další pokračování smluvního vztahu.

Článek VII. Způsob a důvody ukončení Smlouvy

- (1) Smlouva nebo její část zaniká:
 - a) 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,
 - b) dnem zániku Zdravotnického zařízení nebo Pojišťovny nebo dnem úmrtí fyzické osoby, která byla provozovatelem zdravotnického zařízení,
 - c) dnem uvedeným v písemném oznámení Pojišťovně, pokud Zdravotnické zařízení ze závažných zdravotních či provozních důvodů nemůže zdravotní péči nadále poskytovat,
 - d) dnem, kdy Zdravotnické zařízení pozbylo věcné, technické nebo personální předpoklady pro poskytování zdravotní péče ve sjednaném rozsahu, stanovené 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 ust. § 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 (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 předpisy¹²,
- b) oznámí neprodleně, nejpozději do 30 kalendářních dnů druhé smluvní straně skutečnosti, které by podstatným způsobem mohly ovlivnit plnění Smlouvy, např.: vznik poruchy na výpočetním systému případně 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 výkonů 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 či další údaje vzájemně dohodnuté.

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 nedorazí 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 předpisu¹³, pokud se smluvní strany na řešení sporů v rozhodčím řízení ve Smlouvě dohodnou.
- (2) Smířčí jednání navrhuje jedna ze smluvních stran. Návrh musí obsahovat přesné a dostatečně podrobné vymezení sporu. Účastníkem smířčího jednání je smluvní strana, která podala návrh na projednání sporu, smluvní strana, které je návrh na projednání sporu adresován, zástupce příslušných skupinových smluvních zdravotnických zařízení zastupovaných zájmovými sdruženími¹⁴ podle ust. § 17 odstavce 3 zákona č. 48/1997 Sb. a zástupce Pojišťovny.

¹² Např. zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

¹³ Zákon č. 216/1994 Sb., o rozhodčím řízení a o výkonu rozhodčích nálezů, ve znění pozdějších předpisů.

¹⁴ Zákon č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů, ve znění pozdějších předpisů.

Ust. §§ 20f a násled. zákona č. 40/1964 Sb., Občanský zákoník, ve znění pozdějších.

K projednání sporu si každá smluvní strana může přizvat nejvýše dva odborné poradce. Smíří 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 článku 2 odst. 4 , přílohy číslo 6, vyhlášky č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy, dohody 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 unie³ za stejných podmínek jako pojištěncům Pojišťovny, a to v rozsahu podle jimi předložených dokladů, přitom postupuje podle platného metodického pokynu, zveřejněného ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR. Tuto péči vykazují 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 unie³ v souladu s právními předpisy platnými pro pojištěnce Pojišťovny.

Článek XI. Ostatní ujednání

- (1) Právní vztahy mezi smluvními stranami, ve věcech neupravených právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotní péče a neupravenými 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 a ověřená kopie výpisu z obchodního rejstříku u fyzických nebo právnických osob, zapisovaných 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 VZP ČR, verze 6.2., datové rozhraní VZP, verze 6.2.
 - č. 4: Kopie smlouvy o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou občanům v souvislosti s poskytováním zdravotní péče (u nestátních zdravotnických zařízení).
 - č. 5: Seznam odborných zdravotnických pracovníků oprávněných provádět zdravotní výkony účtované k proplacení, včetně dokladu o jejich odborné způsobilosti k výkonu povolání a rozsahu úvazku
 - č. 6: Vybavení zdravotnickou technikou nezbytnou pro úhradu vykazované zdravotní péče s dokladem o povolení k použití při poskytování zdravotní

péče, souhlas orgánu příslušného k registraci s personálním a věcným vybavením,

- č. 7: Přidělené identifikační číslo zdravotnického zařízení (IČZ), identifikační číslo pracoviště (IČP) a identifikační číslo (IČ).
- č. 8: Údaj o ordinačních hodinách.
- č. 9: U segmentu domácí péče též seznam automobilů vozového parku včetně vybavení, tovární značky, roku výroby a státní poznávací značky.

Článek XII. Závěrečná ujednání

1. Tato Smlouva nabývá platnosti dnem podpisu zástupci obou smluvních stran a účinnosti dnem 1. ledna 2008.
2. Dnem účinnosti této Smlouvy končí platnost dosavadní Smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče číslo: 040360401, ze dne: 1.7.2001 ve znění pozdějších změn a dodatků.
3. Smlouva je vyhotovena ve dvou stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení Smlouvy.
4. Veškeré změny a doplňky této Smlouvy lze provádět výhradně písemnými očíslovanými dodatky, podepsanými na znamení souhlasu oběma smluvními stranami.

VE ŽDÁRKU N. SÁZ dne 19. 11. 2007

U. B. un dne 3. 1. pros. 2007

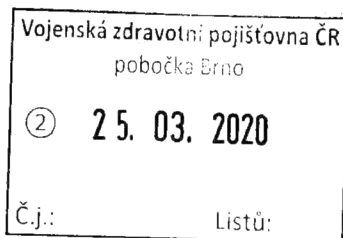
razítko a podpis

Za Zdravotnické zařízení

.....



č.j.: 4/45/616168-2020-1



Poliklinika Žďár nad Sázavou, příspěvková
organizace
Studentská 1699/4
591 01 Žďár nad Sázavou 4

Dodatek č. A/12/2020

Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky

se sídlem Praha 9, Drahobejlova 1404/4, PSČ 190 03

IČO: 47114975

jejímž jménem jedná na základě pověření generálního ředitele

JUDr. Pavel Stejskal, ředitel pobočky VoZP ČR, Pobočka Brno

adresa: Brno-Řečkovice, Banskobystrická 1948/40, PSČ 621 00

telefon: 541 429 840, e-mail: mslezingerova@vozp.cz, datová schránka: hmvf5pt

(dále jen „Pojišťovna“)

a

Poliklinika Žďár nad Sázavou, příspěvková organizace

jehož jménem jedná: *[Signature]*

se sídlem: Žďár nad Sázavou 4, Studentská 1699/4, PSČ 591 01

IČO: 48899119, IČZ: 84862000

(dále jen „Poskytovatel“)

uzavírají dodatek ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb č. **040360408**

(dále jen „Dodatek/Smlouva“) pro:

fyzioterapie, ergoterapie – vyhláška

Článek I.

Shora označené smluvní strany se dohodly v souladu s ustanovením § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „Zákon“), a v souladu se zdravotně pojistným plánem Pojišťovny pro rok 2020, že úhrada hrazených služeb poskytovaných Poskytovatelem v oboru **fyzioterapie, ergoterapie (odbornosti 902, 917)** pojištěncům Pojišťovny v období **od 1. 1. 2020 do 31. 12. 2020** (dále jen „hodnocené období“) bude provedena v souladu s vyhláškou č. 268/2019 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2020 (dále jen „Vyhláška“).

Článek II.

1. Předběžná měsíční úhrada se poskytne Poskytovateli ve výši odpovídající objemu hrazených služeb Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných, maximálně však v Pojišťovnou sdělené výši.

Článek III.

1. Poskytovatel předkládá Pojišťovně v souladu se Smlouvou fakturu za hrazené služby poskytnuté jejím pojištěncům. K faktuře připojí řádné vyúčtování hrazených služeb poskytnutých v účetním období, k němuž se faktura vztahuje, doložené příslušnými dávkami dokladů. Pokud Poskytovatel vykazuje pod jedním IČZ hrazené služby poskytované v různých segmentech, vykáže hrazené služby poskytované podle Dodatku samostatnou dávkou.
2. Hrazené služby poskytnuté před hodnoceným obdobím budou vykazovány samostatnou dávkou a samostatnou fakturou. Pro jejich úhradu platí cenová ujednání platná pro příslušné kalendářní období, ve kterém byly poskytnuty.

Článek IV.

1. Hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům vykazuje Poskytovatel samostatnou fakturou s dávkami dokladů.
2. Poskytovatelem vykázané a Pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům budou hrazeny podle Vyhlášky.
3. Zahraničním pojištěncem se rozumí pojištěnec podle § 1 Vyhlášky.

Článek V.

1. Dodatek se stává nedílnou součástí Smlouvy.
2. Způsob úhrady, výše úhrady a regulační omezení sjednané v Dodatku se použijí pro hodnocené období.
3. Dodatek nabývá platnosti dnem doručení Dodatku podepsaného Poskytovatelem na Centrální úložiště smluv, Banskobystrická 40, Brno. V případě pochybností je rozhodující datum uvedené na podacím razítku Pojišťovny.
4. Pokud Poskytovatel jím podepsaný Dodatek nedoručí **nejpozději do 31. 12. 2020**, platnost návrhu na uzavření Dodatku zaniká. V takovém případě bude úhrada za hrazené služby v hodnoceném období provedena podle Vyhlášky. Smluvní strany v souladu se zákonem č. 89/2012 Sb. vylučují přijetí návrhu nebo změny Dodatku s jakoukoliv výhradou, dodatkem nebo odchylkou od učiněného návrhu.
5. Dodatek nabývá účinnosti dnem zveřejnění podle § 17 odst. 9 Zákona.
6. Smluvní strany dále výslovně prohlašují, že Dodatek potvrzuje veškerá jejich právní jednání a ujednání související s plněním Dodatku učiněná též v období od 01.01.2020 do doby nabytí účinnosti tohoto Dodatku. Na takovém základě uznávají smluvní strany Dodatek za platný a účinný pro celé uvedené období, včetně období do dne jeho zveřejnění.
7. Poskytovatel bere na vědomí, že Pojišťovna zveřejní tento Dodatek podle Zákona.
8. Dodatek je vyhotoven ve dvou stejnopisech s platností originálu, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.

Pokud souhlasíte, doručte jedno Vámi podepsané vyhotovení Dodatku na adresu: VoZP ČR, Centrální úložiště smluv, Banskobystrická 40, Brno, 621 00. Druhé Vámi podepsané vyhotovení si ponechte.

Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že Dodatek je uzavřen podle jejich svobodné vůle a že souhlasí s jeho obsahem.

V dne 2020

V Brně dne 09.03.2020

