

## S M L O U V A

### o poskytování a úhradě hrazených služeb

pro poskytovatele poskytující ambulantní specializovanou péči a ambulantní gynekologické služby (odb. 603 a 604)

číslo: 1AS\_\_04890

### Článek I Smluvní strany

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky, zapsaná do obchodního rejstříku vedeného u Městského soudu v Praze dne 26. 10. 1992 pod spisovou značkou A.7216, statutární orgán: generální ředitel MUDr. David Kostka, MBA, se sídlem v Praze 3, Vinohradská 2577/178, PSČ 130 00, IČO: 47114304, kód 211

ředitelem pobočky ZP MV ČR PRAHA

kontaktní adresa: **Vinohradská 2577/178, Praha, 13000**

(dále jen "Pojišťovna")

a

**Poskytovatel zdravotních služeb** (jméno, popřípadě jména a příjmení u fyzických osob / název u právnických osob):

**Centrum sociálně zdravotních služeb**

zastoupen (pouze u právnických osob): ....., funkce: **ŘEDITEL**

....., funkce: ....., funkce: .....

sídlo (u právnických osob) / místo trvalého pobytu (u fyzických osob):

obec: **Praha 618**

ulice a č.p.: **Bendova 1121/5**

PSČ: **163 00**

rozhodnutí o oprávnění k poskytování zdravotních služeb vydané:

**MAGISTRÁT HLAVNÍHO MĚSTA PRAHY** sp. zn.: **S-MHMP/1224862/12/ZDR** ze dne: **13. 7. 2015**

zápis v obchodním rejstříku: soud **MĚSTSKÝ V PRAZE** oddíl **P** vložka **755** den **5. 8. 2003**

adresa místa (míst) poskytování zdravotních služeb (ulice a č. p., obec, PSČ) - je vymezena přílohou č. 2 této Smlouvy.

IČO (dle státní statistiky): **67365647**

IČZ (přidělené VZP ČR): **06998014**

(případně IČO se začíslím dle ZP MV ČR): **6736564791**

(dále jen "Poskytovatel")

### uzavírají

podle § 17 odst. 1 a 2 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 48/1997 Sb.“) a v souladu s vyhláškou č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy, a dalšími právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění tuto Smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb (dále jen „Smlouva“).

## Článek II Předmět Smlouvy

Předmětem této Smlouvy je stanovení podmínek a úprava vztahů vznikajících mezi Poskytovatelem a Pojišťovnou při poskytování zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění (dále jen „hrazené služby“) pojištěncům Pojišťovny (dále jen „pojištěnci“) a při jejich úhradě. To platí i v případě, kdy Pojišťovna plní roli výpomocné instituce při realizaci práva Evropské unie<sup>1)</sup>, nebo na základě mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení, uzavíraných Českou republikou<sup>2)</sup>

## Článek III Práva a povinnosti smluvních stran

### 1) Smluvní strany:

- a) dodržují při vykazování a úhradě hrazených služeb dohodnutou Metodiku pro pořizování a předávání dokladů pro komunikaci mezi poskytovateli zdravotních služeb a zdravotními pojišťovnami (dále jen „Metodika“), Pravidla pro vyhodnocování dokladů (dále jen „Pravidla“) a Datové rozhraní,
- b) zavázají své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců, k zachování povinné mlčenlivosti o osobních údajích<sup>3)</sup> 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<sup>4)</sup>.

### 2) Poskytovatel:

- a) poskytuje hrazené služby v souladu s právními předpisy v odbornostech a rozsahu dohodnutých a vymezených ve Smlouvě, pro které je věcně a technicky vybaven a personálně zajištěn,
- b) poskytuje hrazené služby pojištěncům z členských států EU, EHP a Švýcarska, podle příslušných předpisů Evropské unie<sup>1)</sup> a pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny Smlouvy o sociálním zabezpečení<sup>2)</sup> (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 hrazené služby v hotovosti,
- c) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci<sup>5)</sup>, kteří budou pojištěncům poskytovat ve Smlouvě sjednané hrazené služby, splňují požadavky stanovené právními předpisy pro výkon této činnosti<sup>6)</sup>,
- d) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytované hrazené služby podle zvláštního právního předpisu<sup>7)</sup>,
- e) poskytuje hrazené služby na náležitě odborné úrovni, tj. podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů při respektování individuality pacienta s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti - § 4 odst. 5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (dále jen „lege artis“), bez nadbytečných nákladů, vždy však se zřetelem k tomu, aby potřebného diagnostického nebo léčebného efektu bylo dosaženo s ohledem na individuální zdravotní stav pojištěnce,
- f) 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 vyúčtovaných hrazených služeb v průkazné formě zdravotní dokumentaci o léčení pojištěnců, ve které budou zaznamenávány provedené zdravotní výkony, vyžádané hrazené služby, včetně zdravotní přepravy, předepisované léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a uchovány v ní i doručené výsledky vyžádaných a provedených vyšetření a ošetření, v souladu se zvláštním právním předpisem<sup>8)</sup>,
- h) zajistí, v případě nepřítomnosti ve Smlouvě dohodnutého nositele výkonu zástup jiným kvalifikovaným nositelem výkonu a oznámí tuto skutečnost pojištěncům; pokud nepřítomnost smluvně dohodnutého nositele výkonu trvá déle než 7 kalendářních dnů, oznámí tuto skutečnost e-mailem nebo jiným vhodným způsobem na adresu příslušné pobočky Pojišťovny,
- i) poskytne v souladu s právními předpisy poskytovatelům, kterým pojištěnec předá do péče nebo které si pojištěnec zvolí, informace potřebné pro zajištění návaznosti hrazených služeb a k zamezení duplicitního provádění diagnostických a léčebných výkonů a při převzetí pojištěnce do péče bude takové informace od příslušných poskytovatelů vyžadovat,

<sup>1)</sup> Nařízení ES č. 883/2004 a č. 987/2009 a Nařízení EU č. 1231/2010.

<sup>2)</sup> Smlouva mezi Českou republikou a Svazovou republikou Jugoslávie o sociálním zabezpečení.

Smlouva mezi Českou republikou a Tureckou republikou o sociálním zabezpečení.

Smlouva mezi Českou republikou a Republikou Makedonie o sociálním zabezpečení.

<sup>3)</sup> Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>4)</sup> Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>5)</sup> Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>6)</sup> Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů.

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

<sup>7)</sup> Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče.

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

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

- j) neodmítne přijetí pojištění do své péče s výjimkou případů stanovených zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách,
  - k) nepodmíní právo pojištěnce na svobodnou volbu poskytovatele hrazených služeb, na výběr zdravotnického zařízení poskytovatele nebo na poskytnutí hrazených služeb žádnými registračními poplatky nebo sponzorskými dary a za poskytnuté hrazené služby nebude od pojištěnce, pokud to nevyplývá z právních předpisů, vybírat žádnou finanční úhradu,
  - l) nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí hrazených služeb změnou Pojišťovny nebo jiným způsobem,
  - m) nebude zvýhodňovat pojištěnce jedné nebo více pojišťoven v neprospěch pojištěnců pojišťoven ostatních a zhoršovat dostupnost hrazených služeb přednostním poskytováním zdravotních služeb hrazených jiným způsobem,
  - n) oznámí Pojišťovně, v souladu s § 55 zákona č. 48/1997 Sb. úrazy nebo jiná poškození zdraví osob, kterým poskytl hrazené služby, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby,
  - o) odpovídá podle zvláštního právního předpisu<sup>9)</sup> 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 poskytovateli lékárenské péče uhradila, má Pojišťovna právo požadovat od Poskytovatele úhradu zaplacené částky,
  - p) doloží při uzavírání Smlouvy s Pojišťovnou doklad o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou občanům v souvislosti s poskytováním hrazených služeb a bude pojištěn po celou dobu trvání smluvního vztahu s Pojišťovnou,
  - q) je povinen sdělovat Pojišťovně za uplynulé čtvrtletí seznam jednotlivých nositelů výkonů k poslednímu dni daného čtvrtletí, a to v souladu se zvláštním právním předpisem<sup>10)</sup>, v případě, že došlo ke změně od předchozího hlášení.
- 3) Pojišťovna:
- a) uhradí Poskytovateli provedené hrazené služby, průkazně zdokumentované a odůvodněně poskytnuté jejím pojištěncům i pojištěncům z EU, kteří si pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie<sup>11)</sup> v souladu s právními předpisy a Smlouvou,
  - b) dohledá na žádost Poskytovatele bez zbytečného prodlení příslušnost pojištěnce k Pojišťovně v případech, kdy není dostupný průkaz pojištěnce a jsou dostupné jeho osobní údaje,
  - c) nebude vyžadovat zvýhodňování svých pojištěnců na úkor pojištěnců ostatních pojišťoven,
  - d) je oprávněna provádět kontrolu plnění smluvně dohodnutých věcných a technických podmínek hrazených služeb poskytovaných Poskytovatelem podle Smlouvy,
  - e) poskytuje Poskytovateli prostřednictvím dálkového přístupu, k zajištění jednotných podmínek, dohodnutou Metodiku, Pravidla, Datové rozhraní a příslušné číselníky vydávané Všeobecnou zdravotní pojišťovnou k vykazování a výpočtu úhrady hrazených služeb,
  - f) seznámí Poskytovatele na svých webových stránkách 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. Smluvní strany jsou změnami vázány.

#### **Článek IV Úhrada poskytovaných hrazených služeb**

- 1) Hodnoty bodu<sup>11)</sup> hrazených služeb podle seznamu zdravotních výkonů, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení objemu poskytnutých hrazených služeb podle § 17 odst. 5 zákona 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, nebo
  - b) jiný dohodnutý způsob úhrady.
- 3) Mezi smluvními stranami musí být vždy předem dohodnuto zvýšení nebo snížení objemu poskytovaných hrazených služeb z důvodu změny kapacity, struktury hrazených služeb, změny či obnovy přístrojového vybavení specifikovaného ve Smlouvě.

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

Vyhláška č. 100/2012 Sb., o předepisování zdravotnických prostředků a podmínkách zacházení s nimi.

<sup>10)</sup> § 40 odst. 10 zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>11)</sup> § 10 zákon č. 526/1990/Sb., o cenách, ve znění pozdějších předpisů.

- 4) Poskytovatel pro uplatnění nároků na úhradu poskytnutých hrazených služeb předává Pojišťovně jednou měsíčně<sup>\*)</sup> – čtvrtletně<sup>\*)</sup> vyúčtování doložené dávkami dokladů o poskytnutých hrazených službách fakturou s přílohami. Faktura obsahuje náležitosti účetního dokladu<sup>12)</sup>. Náležitosti přílohy jsou obsaženy v Metodice nebo se v souladu s Metodikou upřesní ve Smlouvě. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu a příloha neobsahuje náležitosti podle dohodnuté Metodiky nebo Smlouvy, má Pojišťovna právo ji odmítnout a vrátit bez zbytečného odkladu Poskytovateli k doplnění, popřípadě k opravě; v takovém případě běží lhůta splatnosti až od termínu jejího opětovného převzetí Pojišťovnou.
- 5) Poskytovatel odpovídá za úplnost, formální i věcnou správnost dokladů a za jejich předávání způsobem dohodnutým v Metodice a Datovém rozhraní. Doklady za hrazené služby poskytnuté pojištěncům pojišťovny a pojištěncům z EU, kteří si pojišťovnu vybrali, jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie předává Poskytovatel Pojišťovně spolu s vyúčtováním v termínu a způsobem dohodnutým ve Smlouvě, a to
- a) na elektronickém nosiči<sup>\*)</sup>, nebo
  - b) elektronickou formou – prostřednictvím portálu Pojišťovny<sup>\*)</sup>, nebo
  - c) na papírových dokladech<sup>\*)</sup>.
- 6) Zjistí-li Pojišťovna ve vyúčtování před provedením úhrady nesprávně nebo neoprávněně vyúčtované hrazené služby, úhradu této části vyúčtovaných hrazených služeb v termínu splatnosti neprovede. Pojišťovna prokazatelným způsobem oznámí Poskytovateli bez zbytečného odkladu rozsah a důvod vyúčtovaných, ale neuhrazených služeb. Tím Pojišťovna vyzve Poskytovatele k opravě nesprávně vyúčtovaných služeb nebo k doložení poskytnutých hrazených služeb. Řádně poskytnuté a vyúčtované hrazené služby Pojišťovna uhradí v nejbližším termínu úhrady.
- 7) Hrazené služby poskytnuté pojištěncům z EU, kteří si Pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie poskytuje Poskytovatel za stejných podmínek jako pojištěncům Pojišťovny, a to v rozsahu dle jimi předložených dokladů; přitom postupuje podle platného metodického pokynu zveřejněného ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR. Tyto služby vykazuje Poskytovatel v souladu s Metodikou samostatnou dávkou a fakturou. Pojišťovna provádí úhradu poskytnutých hrazených služeb pojištěncům z EU v souladu s právními předpisy platnými pro pojištěnce Pojišťovny.
- 8) Poskytovatel se zavazuje vyúčtovat (fakturovat) hrazené služby poskytnuté v různém fakturačním období odděleně. Pokud Poskytovatel vyúčtuje hrazené služby z různých fakturačních období v jedné dávce (faktuře), Pojišťovna tuto úhradu neprovede a celou fakturu vrátí zpět Poskytovateli k rozúčtování. Stejný postup platí i pro případ opravných dávek.
- 9) Pojišťovna provede za své pojištěnce i pojištěnce z EU úhradu hrazených služeb, vyúčtovaných v souladu s právními předpisy a Smlouvou. Pokud při kontrole zjistí chyby v dokladech, postupuje podle Metodiky a Pravidel. Odmítnutí úhrady nebo části úhrady Pojišťovna bez zbytečného odkladu Poskytovateli písemně zdůvodní. Poskytnutím úhrady není dotčeno právo Pojišťovny k provádění následné kontroly proplacených vyúčtování v rozsahu a za podmínek stanovených právními předpisy a Smlouvou.
- 10) Zjistí-li Pojišťovna pochybení ve vyúčtování předaném Poskytovatelem dodatečně, tj. po úhradě a Poskytovatel do 10 pracovních dnů od doručení písemné výzvy Pojišťovny příslušnou částku sám neuhradí, nebo nedoloží oprávněnost vyúčtované sporné částky nebo nebude mezi smluvními stranami dohodnut jiný termín úhrady, Pojišťovna jednostranným započtením pohledávky sníží Poskytovateli o příslušnou částku úhradu za vyúčtování hrazených služeb předložených v následujícím zúčtovacím období.
- 11) Úhrada vyúčtování poskytnutých hrazených služeb bude provedena za následujících podmínek a ve lhůtách:
- a) Poskytovatel vyúčtuje (vystaví fakturu) za poskytnuté hrazené služby nejpozději do 30 kalendářních dnů po uplynutí fakturačního období (čtvrtletí, měsíce), v němž byly tyto služby poskytnuty. To neplatí, jde-li o vyřazenou dávku nebo její část podle této Smlouvy, kdy lhůta počíná běžet dnem, kdy Poskytovatel obdržel vyrozumění Pojišťovny o vyřazení dokladů a zkrácení platby, nebo jde-li o dávku vrácenou jinou zdravotní pojišťovnou z důvodu nepříslušnosti. Nedodržení uvedené lhůty pro předložení vyúčtování není důvodem k odmítnutí úhrady za poskytnuté hrazené služby, ale opakované neodůvodněné porušení této lhůty může být považováno za nedodržení podmínek této Smlouvy.
  - b) Pojišťovna uhradí poskytnuté hrazené služby po provedení kontroly vyúčtování a to nejpozději:
    1. do 30 kalendářních dnů při předání vyúčtování Pojišťovně na elektronickém nosiči či v elektronické podobě, ode dne doručení faktury Pojišťovně.
    2. do 50 kalendářních dnů ode dne doručení faktury Pojišťovně na papírových dokladech.Lhůta splatnosti je dodržena, je-li platba poslední den lhůty připsána na účet Poskytovatele. Za opožděnou platbu nebudou smluvní strany považovat případ, kdy zpoždění bylo způsobeno chybou v mezibankovním styku.

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

\*) nehodící se škrtně

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

## **Článek V Kontrola**

- 1) Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona č. 48/1997 Sb. a Smlouvou kontrolu využívání a poskytování hrazených služeb z hlediska objemu a kvality, včetně dodržování cen, a to prostřednictvím svého informačního systému, přístupu do Centrálního úložiště elektronických receptů podle zvláštního zákona<sup>14)</sup>, revizních lékařů a dalších odborných pracovníků ve zdravotnictví, způsobilých k revizní činnosti (dále jen "odborní pracovníci").
- 2) V rámci své odborné způsobilosti revizní lékaři a odborní pracovníci oprávnění ke kontrole posuzují, zda zvolený způsob hrazených služeb byl indikován s ohledem na zdravotní stav pojištěnce, je v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a zda nebyl zbytečně ekonomicky náročný.
- 3) V případech stanovených právními předpisy revizní lékař (odborný pracovník) posuzuje i odůvodněnost Poskytovatelem navrženého, popřípadě provedeného léčebného postupu a schvaluje, zda použitý postup Pojišťovna uhradí.
- 4) Poskytovatel poskytne Pojišťovně při výkonu kontroly nezbytnou součinnost, zejména předkládá požadované doklady, sděluje údaje a poskytuje vysvětlení. Umožní revizním lékařům a odborným pracovníkům Pojišťovny vstup do svého objektu, nahlížení do zdravotnické dokumentace pojištěnců v souladu se zvláštním právním předpisem<sup>14)</sup> a dalších dokladů bezprostředně souvisejících s prováděnou kontrolou vyúčtovaných zdravotních výkonů, léčiv a zdravotnických prostředků, včetně zvlášť účtovaných léčiv a zvlášť účtovaného materiálu. Revizní lékař (revizní odborný pracovník) je povinen postupovat tak, aby kontrola nenarušila prováděný léčebný výkon.
- 5) V případě kontroly (šetření) ve zdravotnickém zařízení provozovaném Poskytovatel bude na místě zpracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a stanoviska oprávněného zástupce Poskytovatele. Tento záznam nenahrazuje zprávu podle odstavce 6 tohoto článku.
- 6) Zprávu, obsahující závěry kontroly, Pojišťovna zpracuje a předá Poskytovateli do 15 kalendářních dnů po ukončení kontroly; pokud nebude možno z objektivních důvodů tuto lhůtu dodržet, oznámí Pojišťovna tuto skutečnost Poskytovateli. Kontrola bude ukončena zpravidla do 30 kalendářních dnů od jejího zahájení.
- 7) Poskytovatel je oprávněn do 15 kalendářních dnů od převzetí závěru kontroly podat Pojišťovně písemně zdůvodněné námitky. K námitkám sdělí Pojišťovna stanovisko do 30 kalendářních dnů od jejich doručení. Pokud nebude možno z objektivních důvodů tyto lhůty dodržet, lze je na žádost příslušné smluvní strany prodloužit až na dvojnásobek. Ve stanovené lhůtě Pojišťovna sdělí Poskytovateli, zda potvrzuje nebo mění závěry kontroly. Podání námitek nemá z hlediska finančních nároků Pojišťovny vůči Poskytovateli odkladný účinek. Tím není dotčeno právo Poskytovatele uplatnit svůj nesouhlas s rozhodnutím Pojišťovny v jiném řízení.
- 8) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazených služeb nebo jejich neodůvodněné poskytování, Pojišťovna podle § 42 odstavce 3 zákona č. 48/1997 Sb. takové služby neuhradí. V případě, že se závěry kontroly prokáží jako neodůvodněné, uhradí Pojišťovna Poskytovateli částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnutých hrazených služeb.

## **Článek VI Doba účinnosti Smlouvy**

- 1) Smlouva se uzavírá od 1. 1. 2017 na dobu neurčitou, a to za podmínky, že nejpozději do 15. 12. 2016 bude Smlouva, včetně přílohy č. 2, oboustranně podepsána a doručena Pojišťovně. Pokud tato podmínka splněna nebude, platnost návrhu na uzavření této Smlouvy, případně platnost oboustranně podepsané smlouvy dnem 15. 12. 2016 zaniká.
- 2) Smluvní strany se zavazují aktivně spolupracovat na uzavření přílohy č. 2 Smlouvy, aby nedocházelo k časovým prodávám při jejím uzavírání tak, aby k uzavření Smlouvy i přílohy č. 2 došlo nejpozději do 15. 12. 2016. Platně uzavřenou Smlouvu lze ukončit pouze z důvodů uvedených v článku VII odst. 2 a 3 a článku VIII odst. 2 této Smlouvy.

## **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 nebo její části podle zák. č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů, nebo došlo ke zrušení nebo změně činnosti uvedené ve zřizovací listině vydané Poskytovateli, anebo došlo k zániku, odejmutí, pozastavení nebo změně oprávnění Poskytovatele k poskytování zdravotních služeb podle zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů,
  - b) dnem zániku Poskytovatele nebo Pojišťovny nebo dnem úmrtí Poskytovatele - fyzické osoby,
  - c) dnem uvedeným v písemném oznámení Pojišťovně, pokud Poskytovatel ze závažných zdravotních či provozních důvodů nemůže hrazené služby nadále poskytovat,
  - d) dnem, kdy Poskytovatel pozbyl věcné, technické nebo personální předpoklady pro poskytování hrazených služeb ve sjednaném rozsahu, stanovené právním předpisem nebo Smlouvou, ve smyslu čl. III odst. 2 písm. a), pokud Poskytovatel nedostatky neodstranil ani po dodatečně stanovené přiměřené lhůtě; Smlouva nebo její část zaniká pouze v části vymezující rozsah nasmlouvaných hrazených služeb, ve kterém Poskytovatel nesplňuje právním předpisem nebo Smlouvou stanovené předpoklady, ledaže by šlo o tak závažné okolnosti, pro které nelze očekávat další plnění Smlouvy v celém rozsahu.
- 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

<sup>14)</sup> § 65 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

- 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 zdravotních služeb, nebo Smlouvou,
    3. opakovaně poruší povinnost vyplývající z § 40 odst. 10 zák. č. 48/1997 Sb.,
    4. vstoupí do likvidace nebo na její majetek soud prohlásí konkurz,
  - b) Poskytovatel:
    1. bez předchozí dohody s Pojišťovnou bezdůvodně neposkytuje hrazené služby ve sjednaném rozsahu a kvalitě,
    2. přes písemné upozornění bez předchozí dohody s Pojišťovnou opakovaně účtuje zdravotní služby poskytnuté nad rámec sjednaného druhu, odbornosti a rozsahu činnosti,
    3. přes písemné upozornění neodůvodněně omezuje pro pojištěnce Pojišťovny ordinační dobu, sjednanou ve Smlouvě,
    4. poskytuje hrazené služby bez odpovídajícího věcného a technického vybavení a personálního zajištění,
    5. prokazatelně neposkytuje pojištěncům hrazené služby kvalitně a lege artis, popřípadě opakovaně odmítne poskytnutí hrazených služeb z jiných, než právními předpisy stanovených důvodů,
    6. požaduje v rozporu s právními předpisy od pojištěnců finanční úhradu za zdravotní služby hrazené Pojišťovnou nebo za přijetí pojištěnce do péče,
    7. přes písemné upozornění prokazatelně opakovaně neoprávněně účtuje hrazené služby,
    8. neposkytne nezbytnou součinnost k výkonu kontrolní činnosti prováděné Pojišťovnou v souladu se zákonem,
  - c) Pojišťovna:
    1. přes písemné upozornění opakovaně neoprávněně neuhradí Poskytovateli poskytnuté hrazené služby,
    2. přes písemné upozornění opakovaně nedodrží lhůty splatnosti dohodnuté ve Smlouvě,
    3. přes písemné upozornění opakovaně překračuje rozsah kontrolní činnosti stanovený zákonem č. 48/1997 Sb.,
    4. poskytne třetí straně údaje o Poskytovateli nad rámec právních předpisů nebo Smlouvy.
- 3) Před uplynutím sjednané doby lze Smlouvu ukončit:
- a) stanoví-li tak zákon,
  - b) písemnou dohodou smluvních stran, a to za podmínek a ve lhůtě uvedené v této dohodě.

### **Článek VIII**

#### **Vzájemné sdělování údajů a předávání dokladů nutných ke kontrole plnění Smlouvy**

- 1) Smluvní strany:
  - a) používají pro jednoznačnou identifikaci Poskytovatele, v souladu s Metodikou, identifikační číslo Poskytovatele - organizace (IČO), identifikační číslo zařízení Poskytovatele (IČZ), identifikační číslo pracoviště (IČP),
  - b) sdělují si údaje nutné ke kontrole plnění Smlouvy,
  - c) zajistí trvale přístupné a jasné informace o existenci smluvního vztahu a právech vyplývajících z něho pro pojištěnce,
  - d) mohou si předávat údaje nezbytné k hodnocení kvality a efektivity poskytovaných hrazených služeb, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve Smlouvě.
- 2) Poskytovatel:
  - a) doloží Pojišťovně, při důvodném podezření na nedodržení postupu "lege artis", že zdravotnické prostředky byly při poskytování hrazených služeb použity v souladu se zvláštními právními předpisy<sup>15)</sup>,
  - 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. Naplnění skutečnosti, uvedené v písm. b) bodu 1 tohoto odstavce, nezakládá nárok smluvní strany na změnu Smlouvy a může vést k ukončení Smlouvy nebo její části, podle článku VII, odst. 1), písm. d), článku VII, odst. 2), písm. b), bod 1. a 3.
- 3) Pojišťovna:

<sup>15)</sup> Například zákon č. 268/2014 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně zákona č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů.

- a) může poskytnout Poskytovateli v zjednoděné formě informace potřebné k ekonomizaci jeho činnosti nebo k jeho vědecké a výzkumné činnosti a ke kontrole kvality poskytovaných hrazených služeb, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve Smlouvě,
- b) může zveřejnit na své internetové adrese v rámci seznamu smluvních Poskytovatelů jméno, případně název a adresu Poskytovatele, 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 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 předpisu<sup>16)</sup>, 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 poskytovatelů zastupovaných svými zájmovými sdruženími podle § 17 odstavce 2 zák. č. 48/1997 Sb. a zástupce Pojišťovny. K projednání sporu si 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 X Ostatní ujednání**

- 1) Právní vztahy mezi smluvními stranami se řídí touto Smlouvou, právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění a poskytování hrazených služeb, to i v případě, kdy Pojišťovna plní roli výpomocné instituce při realizaci práva Evropské unie nebo na základě mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení uzavíraných Českou republikou. Ve věcech neupravených těmito právními předpisy se řídí občanským zákoníkem a dalšími příslušnými právními předpisy.
- 2) Nedílnou součástí této Smlouvy jsou její přílohy:
  - a) Příloha č. 1
    - ověřená kopie rozhodnutí o registraci vydaného orgánem příslušným k registraci podle místa provozování nestátního zdravotnického zařízení, nebo
    - ověřená kopie rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb vydaného příslušným orgánem, nebo
    - ověřená kopie zřizovací listiny (statutu) schválené zřizovatelem Poskytovatele u státních zdravotnických zařízení,
    - ověřená kopie výpisu z obchodního rejstříku právnických osob nebo fyzických osob, zapsaných do obchodního rejstříku.

Pozn.: Ověření kopií provede pobočka Pojišťovny na základě předložení originálu, nebo úředně ověřené kopie dokladu.
  - b) Příloha č. 2

Smluvené druhy a formy zdravotní péče, odbornosti pracovišť a jejich jednoznačná identifikace, rozsah poskytovaných hrazených služeb, personální zabezpečení a technické a věcné vybavení pro poskytování hrazených služeb, přičemž kde je v této příloze použit pojem Zdravotnické zařízení (ZZ), je tím rozuměn Poskytovatel, a kde je použit pojem zdravotní péče, jsou tím zároveň rozuměny zdravotní služby.
  - c) Příloha č. 3

Smlouva o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou občanům v souvislosti s poskytováním hrazených služeb uzavřená s pojišťovnou vykonávající činnost na území České republiky, nebo potvrzení (doklad) pojišťovny o uzavření pojistné smlouvy tohoto druhu.
  - d) Příloha č. 4
    - Metodika pro pořizování a předávání dokladů pro komunikaci mezi poskytovateli zdravotních služeb a zdravotními pojišťovnami, v aktuálně platné verzi,
    - Číselníky VZP ČR, v aktuálně platné verzi,
    - Pravidla pro vyhodnocování dokladů, v aktuálně platné verzi,
    - Datové rozhraní, v aktuálně platné verzi.
- 3) Smluvní strany se dohodly, že oznámí neprodleně, nejpozději do 30 kalendářních dnů, druhé smluvní straně skutečnosti, které by podstatným způsobem mohly ovlivnit plnění Smlouvy např., pokud dojde:
  - ke změně názvu, sídla, IČ, čísla bankovního účtu, popř. změně peněžního ústavu,
  - ke změně údajů v přílohách této Smlouvy.
- 4) Smluvní strany se dohodly, že Poskytovatel v čekárně vhodným způsobem viditelně vyznačí, že je smluvní partner Pojišťovny.

<sup>16)</sup> Zákon č. 216/1994 Sb., o rozhodčím řízení a o výkonu rozhodčích nálezů, ve znění pozdějších předpisů.

- 5) Smluvní strany se dohodly, že ve vzájemném smluvním vztahu budou preferovat elektronickou komunikaci.
- 6) Smluvní strany v souladu s ustanovením § 1740 odst. 3 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, vylučují přijetí návrhu nebo změny smlouvy s jakoukoliv výhradou, dodatkem nebo odchylkou od učiněného návrhu.
- 7) Smluvní strany se dohodly, že výpověď, či jinou formu ukončení smluvního vztahu ve smyslu čl. VII této Smlouvy je možné doručovat též prostřednictvím datové schránky, je-li smluvní stranou zřízena. V takovém případě se má písemnost za doručenou sedmým dnem po jejím odeslání do datové schránky adresáta.

#### Článek XI Závěrečná ustanovení

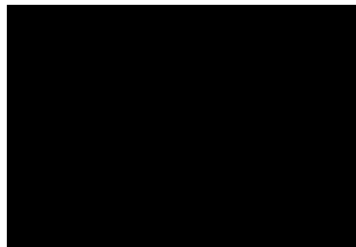
- 1) Tato Smlouva nabývá platnosti dnem doručení Smlouvy podepsané Poskytovatelem do Pojišťovny.
- 2) Bude-li tato Smlouva, včetně přílohy č. 2, uzavřena do 15. 12. 2016 ve smyslu článku VI této Smlouvy, zcela nahradí dnem 1. 1. 2017 Smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb doposud mezi smluvními stranami uzavřenou a účinnou, a to včetně jejích případných změn.
- 3) Zánikem nebo ukončením Smlouvy vznikne smluvním stranám povinnost vzájemně vypořádat své závazky, a to ve lhůtě do 150 kalendářních dnů.
- 4) Poskytovatel bere na vědomí, že tato Smlouva bude zveřejněna ve smyslu ustanovení § 17 odst. 9 zákona č. 48/1997 Sb.
- 5) Smlouva je vyhotovena ve 2 stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.
- 6) Veškeré změny a doplňky této Smlouvy lze provádět výhradně písemnými očíslovanými dodatky, podepsanými na znamení souhlasu oběma smluvními stranami.
- 7) Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že Smlouva byla uzavřena podle jejich svobodné vůle a že souhlasí s jejím obsahem.

V Praze 3 dne 09.02.2016



Razítko a podpis ředitele  
pobočky Pojišťovny

V PRAZE dne 29.2.2016



Razítko a podpis (případně funkce) osoby  
oprávněné zastupovat Poskytovatele