



Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank,
pojišťoven a stavebnictví
IČ: 47114321, DIČ: CZ47114321, kód 207
Zástupce: **Ing. Radovan Kouřil**
generální ředitel
se sídlem: **Roškotova 1225/1**
140 21 Praha 4
zapsaná v obchodním rejstříku, vedeném
Městským soudem v Praze oddíl A, vložka 7232
Bankovní spojení: [redacted]
(dále jen „Zdravotní pojišťovna“) na straně jedné a

Centrum sociálně zdravotních služeb
Bendova 1121/5
163 00 Praha 6

10/6
4130_3/36

Poskytovatel zdravotních služeb²⁾: Centrum sociálně zdravotních služeb		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 2 DOŠLO (10) 15-12-2016 PODATELNA OZP Roškotova 1, Praha 4 </div>
IČ: 67365647	Specifikace ¹⁾ :	
Sídlo: Bendova 1121/5 Praha 6	IČZ ³⁾ : 06375000 IČP ³⁾ : PSC: 163 00	
Zástupce: PhDr. Jindřich Kadlec		

(dále jen „Poskytovatel“) na straně druhé uzavírají po dohodě tuto

SMLOUVA HC č. 27482053

o poskytování a úhradě zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění

Článek I.

Základní ustanovení

- Smluvní strany se na základě zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (dále jen zákon), v souladu s vyhláškou č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy a v souladu s § 1746 odst. 2 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník a dalších právních předpisů dohodly na uzavření této **Smlouvy HC č. 27482053** o poskytování a úhradě hrazených zdravotních služeb (dále jen Smlouva).
- Předmětem této Smlouvy je stanovení podmínek a úprava vztahů mezi Poskytovatelem a Pojišťovnou při poskytování hrazených služeb pojištěncům Pojišťovny a dalším osobám, za které je Pojišťovna povinna hrazené zdravotní služby uhradit podle práva Evropské unie nebo na základě smluv o sociálním zabezpečení uzavíraných Českou republikou (dále jen pojištěnci).
- V případech výslovně neupravených touto Smlouvou se použijí ustanovení vyhlášky č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy a občanského zákoníku, vždy s přihlédnutím k oprávněným zájmům stran a s cílem minimálních důvodných nákladů na hrazené služby vzhledem ke zdravotnímu stavu pojištěnce.

Článek II.

Práva a povinnosti smluvních stran

A) Smluvní strany se dohodly:

- Dodržovat a akceptovat při vykazování a úhradě hrazených zdravotních služeb Metodiku pro pořizování a předávání dokladů (dále jen metodika), Pravidla pro vyhodnocování dokladů (dále jen pravidla), datové rozhraní a číselníky Svazu zdravotních pojišťoven České republiky. Metodiku, pravidla, datové rozhraní a číselníky vytváří Svaz zdravotních pojišťoven České republiky (dále jen SZP ČR), a tyto dokumenty jsou uveřejněny na jeho internetových stránkách. Nevydá-li některý z těchto dokumentů SZP ČR, řídí se strany v minimálním nutném chybějícím rozsahu dokumenty vytvořenými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky (dále jen VZP ČR).
- Zavázat své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců, k zachování povinné mlčenlivosti o osobních údajích a skutečnostech, o nichž se dozvěděli při výkonu své funkce nebo zaměstnání anebo při zpracování údajů z informačního systému na základě Smlouvy, popřípadě v souvislosti s nimi.

B) Poskytovatel se zavazuje:

- Poskytovat hrazené služby v nejvyšší jakosti v souladu s právními předpisy v odbornostech a rozsahu dohodnutých a vymezených ve Smlouvě, pro které je technicky a věcně vybaven a personálně zabezpečen.
- Poskytovat hrazené služby pojištěncům z EU za stejných podmínek jako ostatním pojištěncům Pojišťovny, v rozsahu dle jimi předložených dokladů tak, aby nedocházelo k jejich diskriminaci ani upřednostňování zejména při přijímání na lékařské zákroky, na které se čeká, a to ani v případě, že by pojištěnec z EU hradil zdravotní péči v hotovosti.
- Odpovídat za to, že jeho zaměstnanci nebo osoby v obdobném poměru, kteří budou pojištěncům poskytovat ve Smlouvě sjednané hrazené služby, splňují požadavky stanovené právními předpisy pro výkon této činnosti.
- Odpovídat za plnění technických a věcných podmínek, stanovených pro jim poskytované hrazené služby podle zvláštního právního předpisu.
- Poskytovat hrazené služby "lege artis" na náležité odborné úrovni, tj. podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů při respektování individuality pacienta s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti, bez nadbytečných nákladů (zejm. v provedení ekonomicky nejméně náročném), vždy však se zřetelem k tomu, aby potřebného diagnostického nebo léčebného efektu bylo dosaženo s ohledem na individuální zdravotní stav pojištěnce.
- Vést pro posouzení oprávněnosti vyúčtovaných hrazených služeb v průkazné formě zdravotní dokumentaci o léčení pojištěnců, ve které budou zaznamenávány provedené zdravotní výkony, vyžádané hrazené služby, 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.
- Poskytovat v souladu s právními předpisy poskytovatelům, které si pojištěnec zvolí, případně kterým pojištěnec předá do

1) Vyplní Zdravotní pojišťovna

2) Jméno Poskytovatele dle údajů v Obchodním rejstříku, živnostenském rejstříku event. v žádosti o přidělení IČ, příp. dle názvu ve zřizovací listině

3) Případná další IČZ, IČP přidělená Poskytovateli uveďte ve zvláštní příloze

péče informace potřebné pro zajištění návaznosti hrazených služeb a k zamezení duplicitního provádění diagnostických a léčebných výkonů a při přijetí pojištěnce do péče bude takové informace od příslušných poskytovatelů a od pojištěnce vyžadovat. V opačném případě Poskytovatel nahradí Pojišťovně újmu, která nedodržením těchto smluvních povinností vznikne.

8. Neodmítat přijetí pojištěnce do péče s výjimkou zákonných důvodů. Odmítá-li Poskytovatel přijetí pojištěnce do péče, nebo ukončuje-li péči o pojištěnce z důvodů, při nichž je povinen podle zákona o zdravotních službách vydat pojištěnci písemnou zprávu, odesílá Poskytovatel tuto písemnou zprávu ihned po předání pojištěnci na vědomí Pojišťovně. To neplatí v případě odmítnutí přijetí pojištěnce do péče, protože není pojištěncem Pojišťovny.
9. Nepodmínit právo pojištěnce na výběr smluvního poskytovatele hrazených služeb nebo na poskytnutí hrazených služeb žádnými registračními poplatky, sponzorskými dary nebo obdobnými platbami ve prospěch Poskytovatele nebo osob jemu blízkých a za poskytnutí hrazených služeb nebude od pojištěnce vyžadovat ani přijímat žádné plnění.
10. Nepodmínit právo pojištěnce na poskytnutí hrazených služeb změnou zdravotní pojišťovny nebo jiným způsobem.
11. Nezvýhodňovat pojištěnce jedné nebo více zdravotních pojišťoven v neprospěch pojištěnců ostatních zdravotních pojišťoven a nezhoršovat dostupnost hrazených služeb přednostním poskytováním těchto služeb hrazených jiným způsobem.
12. Oznámit v souladu se zákonem Pojišťovně úrazy nebo jiná poškození zdraví osob, kterým poskytl hrazené služby, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby, včetně poskytovatele zdravotních služeb.
13. Předem oznámit Pojišťovně přerušení poskytování hrazených služeb na dobu delší než 5 kalendářních dnů v případě, že Poskytovatelem není pro danou odbornost sjednán jiný nositel výkonu, jméno zastupujícího poskytovatele, který splňuje podmínky zákona a této Smlouvy pro poskytování hrazených služeb. Zastupujícím poskytovatelem se pro účely tohoto ustanovení rozumí i poskytovatel poskytující hrazené služby u jiného poskytovatele mimo prostory Poskytovatele, kterého zastupuje. Tuto skutečnost oznámí Poskytovatel Pojišťovně písemně případně e-mailem na adrese: nepritomnost@ozp.cz. Poskytovatel se zavazuje, že o této skutečnosti bude průkazně ve stejných lhůtách informovat i pojištěnce Pojišťovny.
14. Doložit při uzavírání Smlouvy Pojišťovně doklad o pojištění pro případ odpovědnosti za škodu způsobenou v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb a jeho změnách a být pojištěn po celou dobu trvání smluvního vztahu s Pojišťovnou.
15. Respektovat při jednání o způsobu a výši úhrad hrazených služeb ekonomické možnosti Pojišťovny definované jejím zdravotně pojistným plánem pro příslušný kalendářní rok, vyjádřené v návrhu Pojišťovny o způsobu a výši úhrady hrazených služeb na příslušné období.

C) Pojišťovna se zavazuje:

1. Uhradit Poskytovateli oprávněně poskytnuté hrazené služby, které byly zároveň průkazně zdokumentované a důvodně poskytnuté jejím pojištěncům, pokud pro to byly splněny podmínky stanovené právními předpisy a touto Smlouvou.
2. Ověřit na žádost Poskytovatele bez zbytečného prodlení příslušnost pojištěnce k Pojišťovně v případech, kdy není dostupný průkaz pojištěnce a jsou dostupné jeho osobní údaje, a to výhradně prostřednictvím internetových nástrojů.
3. Nevyžadovat zvyšování svých pojištěnců na úkor pojištěnců ostatních zdravotních pojišťoven.
4. Poskytnout Poskytovateli k zajištění jednotných podmínek dohodnutou metodiku, pravidla, datové rozhraní a příslušné číselníky k vykazování a výpočtu úhrady hrazených zdravotních služeb, pokud o ně Poskytovatel požádá, a to výhradně v elektronické podobě prostřednictvím nástrojů elektronické komunikace.
5. Seznámit Poskytovatele 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, pokud o to Poskytovatel požádá. V případě změny právních předpisů, která neumožní tuto lhůtu dodržet, může být uvedená lhůta přiměřeně zkrácena.

Článek III.

Úhrada poskytovaných hrazených služeb

1. Hodnoty bodu, pro hrazené služby hrazené podle Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení objemu poskytnutých hrazených služeb se uvedou v dodatku ke Smlouvě.
2. Za způsoby úhrady se považují zejména
 - a) úhrada za zdravotní výkony podle Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami nebo
 - b) jiný způsob úhrady
3. Poskytovatel se zavazuje neprodleně a průkazně požádat Pojišťovnu o změnu rozsahu hrazených služeb uvedeného v této Smlouvě například z důvodu změny kapacity popřípadě struktury Poskytovatele a dále bez zbytečného odkladu oznámit Pojišťovně veškeré změny skutečností obsažených v přílohách této Smlouvy.
4. Smluvní strany se dohodly, že fakturačním obdobím je kalendářní měsíc. V případě ošetření méně než 10 pojištěnců v měsíci je fakturačním obdobím kalendářní čtvrtletí.
5. Poskytovatel vyúčtovává hrazené služby podle příslušného právního předpisu, kterým se vydává Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, není-li smluvně dohodnuto jinak.
6. Lhůta splatnosti uvedená níže v tomto článku Smlouvy je dohodnuta v závislosti na způsobu předání podkladů k vyúčtování. Při předávání podkladů k vyúčtování v elektronické podobě musí být výkony Poskytovatele uloženy v jediném souboru označeném "KDAVKA.207". Poskytovatel odpovídá za formální a věcnou správnost údajů předávaných podkladů k vyúčtování. Poskytovatel předkládá podklady k vyúčtování jedním z následujících způsobů:
 - a) na datovém nosiči se všemi náležitostmi podle datového rozhraní a metodiky (datový nosič Pojišťovna nevrací) nebo
 - b) elektronickou formou cestou Portálu zdravotních pojišťoven nebo
 - c) písemným zpracováním vyúčtování.
7. Podklady k vyúčtování, které nemají předepsané náležitosti, Pojišťovna neuhradí a vrátí je do 14 dnů po jejich zaevidování v podatelně Pojišťovny Poskytovateli k opravě. Lhůta pro úhradu podle této Smlouvy v takovém případě neběží. Součástí podkladů k vyúčtování je mimo jiné průvodní list, v němž Poskytovatel uvede:
 - IČ (rozšířené případně o smluvně dohodnutou specifikaci), IČZ a jméno Poskytovatele,
 - celkový počet vyúčtovaných bodů,
 - cenu ZUM, ZÚLP v Kč,
 - počet předávaných dávek (s uvedením počtu bodů a Kč, Pmat a ZUM, ZÚLP v každé dávce),
 - počet předávaných dokladů,

- datum vyhotovení podkladů,
 - podpis oprávněného zástupce Poskytovatele, případně razítko Poskytovatele.
8. Poskytovatel předloží Pojišťovně podklady k vyúčtování:
 - a) poštou na určenou kontaktní adresu Pojišťovny nebo
 - b) elektronickou cestou Portálu zdravotních pojišťoven nebo
 - c) osobně - oprávněným zástupcem Poskytovatele - na kterémkoliv pracoviště Pojišťovny určené pro styk s veřejností, není-li z provozních důvodů dohodnuto jinak. Územní působnost pracovišť a jejich změny zveřejňuje Pojišťovna ve svých informačních materiálech a na svých internetových stránkách.
 9. Poskytovatel se zavazuje, že zdravotní výkony vyúčtuje Pojišťovně zpravidla do 15 dnů měsíce následujícího po poskytnutí výkonu, nejpozději do 12 měsíců po jejich provedení. Překročí-li doba dle předchozí věty 12 měsíců, zaniká právo Poskytovatele požadovat úhradu, pokud se strany nedohodnou jinak.
 10. Pojišťovna se zavazuje vydat v návaznosti na provedenou úhradu za poskytnuté hrazené služby zúčtovací zprávu. V této zúčtovací zprávě jsou uvedeny údaje dokumentující výši provedené úhrady, číslo faktury – daňového dokladu Poskytovatele (pokud je uvedeno) a variabilní symbol, pod kterým Pojišťovna úhradu (platbu) poukázala.
 11. V případě, že Pojišťovna zjistí při kontrole předloženého vyúčtování vady nebo chyby, nesprávné údaje nebo nesprávné nebo neoprávněně vyúčtované hrazené služby, nebo vzniknou-li pochybnosti o správnosti, pravdivosti, průkaznosti nebo úplnosti vyúčtování a příložených dokladů, úhradu této části vyúčtovaných hrazených služeb v termínu splatnosti v požadované výši neprovede. Důvod snížení vyznačí Pojišťovna na zaslané zúčtovací zprávě a úhradu provede ve schválené výši. Pojišťovna vyzve Poskytovatele k opravě nesprávně vyúčtovaných hrazených služeb nebo k doložení poskytnutí hrazených služeb. Řádně poskytnuté a vyúčtované hrazené služby Pojišťovna uhradí v nejbližším termínu úhrady. Pokud výše uvedené chyby ve vyúčtování bylo možno odstranit bez zásahu Poskytovatele a Pojišťovna tak učinila, prodlužuje se lhůta splatnosti o dobu nezbytně nutnou na toto odstranění.
 12. Poskytovatel odpovídá za to, že jím uplatněná faktura obsahuje náležitosti účetního dokladu. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu a příloha neobsahuje stanovené náležitosti, Pojišťovna má právo ji odmítnout a vrátit bez zbytečného odkladu Poskytovateli k doplnění, případně k opravě. V takovém případě běží lhůta splatnosti až od termínu jejího opětovného převzetí Pojišťovnou.
 13. Poskytovatel odpovídá za úplnost, formální i věcnou správnost dokladů a za jejich předávání. Individuální doklady za hrazené služby poskytnuté pojištěncům předává Poskytovatel Pojišťovně spolu s vyúčtováním v termínu a způsobem uvedeným v této Smlouvě.
 14. Provedením úhrady nebo zasláním zúčtovací zprávy není dotčeno právo Pojišťovny provádět následnou kontrolu poskytování hrazených služeb podle této Smlouvy týkající se jejich objemu, kvality a účelnosti, včetně dodržování cen, právních předpisů a této Smlouvy. Zjistí-li přitom Pojišťovna nesprávné nebo neoprávněně účtování hrazených služeb, je Poskytovatel povinen nesprávně nebo neoprávněně získané finanční prostředky Pojišťovně vrátit. Pojišťovna je oprávněna jakoukoli pohledávku za poskytovatelem započíst proti následujícím úhradám.
 15. Prokáže-li Poskytovatel Pojišťovně nesprávné vyplacení účtovaných hrazených služeb, je Pojišťovna povinna tento nedoplatek uhradit do třiceti dnů po písemném oznámení zjištění a současně o této úhradě informovat Poskytovatele.
 16. Poskytovatel se zavazuje, že za poskytnutí hrazených služeb nebo za přijetí do péče nebude přijímat od pojištěnců žádné plnění.
 17. 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, Pojišťovna jednostranným započtením pohledávky sníží Poskytovateli o příslušnou částku úhradu za vyúčtování hrazených služeb předložené v následujících zúčtovacích obdobích. Totéž platí při zjištění pochybení v preskripci, kterým Poskytovatel způsobil neoprávněnou či nesprávnou úhradu třetí straně.
 18. Úhrada vyúčtovaných hrazených služeb, při dodržení zákonných a smluvními stranami v předchozích ustanoveních uvedených podmínek, bude provedena při předání vyúčtování Pojišťovně v elektronické podobě cestou "Portálu zdravotních pojišťoven", se splatností do 15 kalendářních dnů, při předání v elektronické podobě na magnetickém nosiči nebo písemným zpracováním se splatností do 30 kalendářních dnů ode dne doručení faktury a všech podkladů pro vyúčtování Pojišťovně.
 19. Lhůta splatnosti je dodržena, je-li platba poslední den lhůty připsána na účet Poskytovatele.
 20. V případě poruchy výpočetního systému, znemožňující včasné provedení vyúčtování nebo úhrady hrazených služeb, poskytne Pojišťovna Poskytovateli v dohodnutém termínu úhrady zálohu ve výši průměrného měsíčního objemu vykázaných hrazených služeb, vypočteného z posledních dvou uzavřených kalendářních čtvrtletí, pokud se smluvní strany v daném případě nedohodnou jinak.
 21. Sjedná-li si strany regulační omezení výše úhrady, nebo je-li regulační omezení součástí mechanismu výpočtu ceny obvyklé v případech, kdy se podle této ceny má stanovit výše plnění dle této Smlouvy, dohodly se strany pro vyloučení sporů následovně:
 - a) Regulační omezení se řídí § 2048 občanského zákoníku.
 - b) Poskytovatel může požádat o prominutí regulačního omezení do 30 dnů ode dne, kdy se o něm dozvěděl, a to na základě medicínského odůvodnění individuálního léčebného postupu u konkrétních pojištěnců. Medicínské odůvodnění doplní o vysvětlení, proč nemohl uvedenou zdravotní potřebu předpokládat ani statisticky předvídat již při akceptaci příslušného dodatku/cenového ujednání.
 - c) Pojišťovna je povinna přezkoumat odůvodnění Poskytovatele. Pokud žádosti nevyhoví, nebo vyhoví jen částečně, odůvodní své rozhodnutí v obdobném rozsahu, v jakém to podle Smlouvy má učinit Poskytovatel. O prominutí regulačního omezení nebo o nevyhovění či částečném nevyhovění žádosti informuje Pojišťovna Poskytovatele do 30 dnů od přijetí žádosti.

Článek IV. Kontrola

1. Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona a touto Smlouvou kontrolu využívání a poskytování hrazených služeb týkající se jejich objemu a kvality, včetně dodržování cen, a to prostřednictvím svého informačního systému, revizních lékařů a dalších odborných pracovníků, 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 individuální léčebný postup a navazující hrazené služby byly indikovány s ohledem na zdravotní stav pojištěnce, byly v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a zda nebyly více než ekonomicky nejméně náročné či neúčelné.

3. Revizní lékař (odborný pracovník) posuzuje i důvodnost Poskytovatelem navrženého, popřípadě provedeného individuálního léčebného postupu a v případech stanovených právními předpisy 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 vstup do zdravotnického zařízení, jehož je Poskytovatel provozovatelem, nahlížení do zdravotnické dokumentace pojištěnců v souladu se zvláštním právním předpisem a nahlížení do dalších dokladů bezprostředně souvisejících s prováděnou kontrolou vyúčtovaných hrazených služeb, výkonů, léčiv a zdravotnických prostředků, včetně zvlášť účtovaných léčivých přípravků a zvlášť účtovaného materiálu. Revizní lékař (odborný pracovník) je povinen postupovat tak, aby kontrola nenarušila prováděný léčebný výkon.
5. V případě kontroly ve zdravotnickém zařízení provozovaném Poskytovatelem bude na místě vypracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a se stanoviskem oprávněného zástupce Poskytovatele, tento záznam nenahrazuje zprávu podle odstavce 6 tohoto článku Smlouvy.
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 odůvodněné námitky. K námitkám sdělí Pojišťovna stanovisko do 30 kalendářních dnů od jejich doručení. Pokud nebude možno z objektivních důvodů tyto lhůty dodržet, prodlouží se příslušná lhůta na žádost smluvní strany až na dvojnásobek. Ve stanovené lhůtě Pojišťovna sdělí Poskytovateli, zda potvrzuje nebo mění závěry kontroly. Podání námitek nemá z hlediska finančních nároků Pojišťovny vůči Poskytovateli odkladný účinek. Tím není dotčeno právo Poskytovatele uplatnit svůj nesouhlas s rozhodnutím Pojišťovny v jiném řízení.
8. Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtovaných hrazených služeb nebo jejich nedůvodné poskytování, nebo jiné pochybení Poskytovatele, Pojišťovna podle § 42 odstavce 3 zákona tyto hrazené služby neuhradí. Pokud je již uhradila, je oprávněna pohledávku ve výši jejich hodnoty započíst na další úhrady. Pokud se kontrolou prokáže, že neúčelnost, nedůvodnost, nesprávná indikace nebo zbytečná ekonomická náročnost poskytnutých hrazených služeb vyplývala z ordinace ošetřujícího lékaře, nebudou důsledky tohoto zjištění uplatněny vůči poskytovateli indukovaných hrazených služeb, ale vůči indukujícímu poskytovateli. V případě, že se závěry kontroly prokážou jako neodůvodněné, vrátí Pojišťovna Poskytovateli částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnutých hrazených služeb.

Článek V.

Doba účinnosti Smlouvy

1. Tato Smlouva se uzavírá na dobu určitou od 1.1.2017 do 31.12.2017.
2. Pokud kterákoliv ze smluvních stran 1 rok před ukončením platnosti a účinnosti Smlouvy písemně nesdělí druhé smluvní straně úmysl nepokračovat ve smluvním vztahu, smlouva se automaticky prodlužuje vždy o další 1 rok.

Článek VI.

Způsob a důvody ukončení Smlouvy

1. Smlouva nebo její část zaniká:
 - a) Dnem, kdy nabylo právní moci rozhodnutí o zrušení nebo změně registrace Poskytovatele nebo došlo ke zrušení nebo změně zřizovací listiny, vydané Poskytovateli, anebo došlo k zániku, odejmutí, pozastavení, změně oprávnění Poskytovatele k poskytování zdravotních služeb, v důsledku čehož nesmí Poskytovatel dále poskytovat zdravotní služby v rozsahu dle této Smlouvy.
 - b) Dnem zániku Poskytovatele nebo Pojišťovny nebo dnem úmrtí fyzické osoby, která byla Poskytovatelem, s výjimkou případu splnění podmínek pokračování v poskytování hrazených služeb.
 - c) Dnem uvedeným v písemném oznámení druhé smluvní strany, pokud oznamující ze závažných zdravotních či provozních důvodů nemůže podle této Smlouvy nadále postupovat.
 - d) Dnem, kdy Poskytovatel pozbyl technické a věcné nebo personální předpoklady pro poskytování hrazených služeb ve sjednaném rozsahu, stanovené právním předpisem nebo Smlouvou, pokud Poskytovatel nedostatky neodstraní ani po dodatečně stanovené přiměřené lhůtě; Smlouva nebo její část zaniká pouze v rozsahu hrazených služeb, ve které 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. Smlouvu lze ukončit písemnou výpovědí kterékoli smluvní strany bez uvedení důvodu vždy k 1. 1. následujícího roku, přičemž výpovědní doba činí šest měsíců.
3. Smlouvu lze ukončit písemnou výpovědí s výpovědní dobou pěti měsíců, která začne běžet prvním dnem měsíce následujícího po doručení výpovědi druhé smluvní straně, 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 hrazených služeb, nebo Smlouvou.
 3. Opakovaně poruší informační povinnosti stanovené zákonem nebo podle této Smlouvy.
 4. Vstoupí do likvidace nebo insolvenční soud rozhodne o jejím úpadku.
 - b) **Poskytovatel**
 1. Bez předchozí dohody s Pojišťovnou bezdůvodně neposkytne hrazené služby ve sjednaném rozsahu a kvalitě.
 2. Přes písemné upozornění bez předchozí dohody s Pojišťovnou opakovaně účtuje hrazené služby poskytnuté nad rámec sjednaného druhu, odbornosti a rozsahu činnosti.
 3. Přes písemné upozornění nedůvodně omezuje pro pojištěnce ordinační dobu sjednanou ve Smlouvě.
 4. Poskytuje zdravotní služby bez odpovídajícího technického a věcného vybavení a personálního zajištění.
 5. Prokazatelně neposkytuje pojištěncům hrazené služby kvalitně a "lege artis", na náležitě odborné úrovni, tj. podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů při respektování individuality pacienta s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti, v provedení ekonomicky nejméně náročném, popřípadě opakovaně odmítne přijetí do péče, ukončí péči nebo odmítne poskytnutí zdravotních služeb z jiných, než právními předpisy stanovených, důvodů.
 6. Požaduje v rozporu s právními předpisy od pojištěnců finanční úhradu či jiné plnění za hrazené služby 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 a Smlouvou.

4. Poskytne třetí straně údaje o Poskytovateli nad rámec právních předpisů nebo Smlouvy.

4. Smlouvu lze dále ukončit:

a) Stanoví-li tak zákon.

b) Písemnou dohodou smluvních stran, a to za podmínky a ve lhůtě uvedené v této dohodě.

Článek VII.

Vzájemné sdělování údajů a předávání dokladů nutných ke kontrole plnění Smlouvy

1. Smluvní strany používají v souladu s metodikou pro jednoznačnou identifikaci Poskytovatele identifikační číslo osoby (IČ), případně rozšířené o smluvně dohodnutou specifikaci, spolu s identifikačním číslem Poskytovatele (IČZ) a identifikačním číslem pracoviště (IČP).

2. Smluvní strany se zavazují sdělovat si navzájem údaje nutné ke kontrole plnění této Smlouvy.

3. Smluvní strany se zavazují zajistit trvale přístupné a jasné informace o existenci smluvního vztahu a právech vyplývajících z něho pro pojištěnce Pojišťovny.

4. Pojišťovna může zveřejnit na své internetové adrese v rámci seznamu smluvních poskytovatelů obchodní firmu, adresu sídla zdravotnického zařízení Poskytovatele, odbornosti, v nichž poskytuje hrazené služby podle této Smlouvy, telefonické a e-mailové spojení, ordinační dobu případně i další údaje vzájemně dohodnuté.

5. Poskytovatel doloží Pojišťovně, při důvodném podezření, že nebyly dodrženy právní předpisy, že zdravotnické prostředky byly při poskytování hrazených služeb použity v souladu se zvláštními právními předpisy.

6. Poskytovatel se zavazuje, že oznámí neprodleně, nejpozději do 30 kalendářních dnů, Pojišťovně skutečnosti, které by podstatným způsobem mohly ovlivnit plnění Smlouvy, např. vznik závad na výpočetním systému, změny údajů uvedených ve Smlouvě apod., zejména pokud dojde

a) ke zrušení pracoviště nebo jeho části bez náhrady, nebo jeho uzavření na dobu delší než 30 kalendářních dnů,

b) k ukončení pracovního poměru zaměstnance jmenovitě uvedeného ve Smlouvě,

c) k výpadku přístroje nezbytného pro provádění výkonu bez náhrady na dobu delší než 30 kalendářních dnů.

7. Nedojde-li k oznámení dle předchozího odstavce v uvedené lhůtě, Smlouva zaniká v rozsahu dotčených závažných skutečností, ke dni vzniku těchto skutečností. Pokud včas neoznámene závažné skutečnosti brání plnění Smlouvy, Smlouva rovněž zaniká ke dni vzniku těchto skutečností.

8. Pojišťovna poskytne Poskytovateli a registrujícímu praktickému lékaři pojištěnce v zobecněné formě informace potřebné k ekonomizaci jejich činnosti nebo k jeho vědecké a výzkumné činnosti a ke kontrole kvality poskytovaných hrazených služeb, a to v rozsahu a za podmínek stanovených ve Smlouvě.

Článek VIII.

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 písemné výzvy jedné ze smluvních stran. Pokud mezi nimi nedojde k dohodě, projednají sporné otázky ve smírčím jednání. Tím není dotčeno právo smluvních stran uplatnit svůj nárok na řešení sporu u soudu nebo v rozhodčím řízení podle zvláštního právního předpisu, pokud se smluvní strany na řešení sporu v rozhodčím řízení dohodnou.

2. Smírčí jednání navrhuje jedna ze smluvních stran. Písemný návrh musí obsahovat přesné a dostatečně podrobné vymezení sporu. Pokud se nepodaří sporné otázky vyřešit korespondenčně, koná se ústní jednání. Účastníkem smírčího jednání je smluvní strana, která podala návrh na projednání sporu a smluvní strana, které je návrh na projednání sporu adresován. Účastníkem ústního jednání je zástupce příslušných skupinových smluvních poskytovatelů zastupovaných svými zájmovými sdruženími a zástupce Pojišťovny. K ústnímu jednání si každá smluvní strana může přizvat nejvýše dva odborné poradce. Smírčí jednání se ukončí zápisem, obsahujícím smír nebo závěr, že rozpor nebyl odstraněn s uvedením stanovisek obou stran.

Článek IX.

Ostatní ujednání

1. Nedílnou součástí této Smlouvy jsou její přílohy:

Příloha č. 1 Kopie základních dokumentů osvědčujících oprávnění Poskytovatele ke smluvně dohodnuté činnosti

Příloha č. 2 Smluvně dohodnutý rozsah druhů zdravotních služeb poskytovaných Poskytovatelem

Příloha č. 3 Smluvně sjednané místo poskytování hrazených služeb a smluvně sjednané ordinační hodiny

Příloha č. 4 Výčet přístrojů a dalšího technického vybavení pro poskytování smluvně dohodnutých hrazených služeb

Příloha č. 5 Seznam nositelů výkonů a dalších specialistů oprávněných k poskytování smluvně dohodnutých hrazených služeb

2. Smluvní strany se dále dohodly, že si neprodleně oznámí, nejpozději do 30 kalendářních dnů, skutečnosti, které by podstatným způsobem mohly ovlivnit plnění Smlouvy např. pokud dojde ke změně jména, sídla, IČ, kontaktních údajů, čísla bankovního účtu, popř. změně peněžního ústavu či údajů, které jsou uvedeny v přílohách této Smlouvy.

3. Smluvní strany se dohodly, že ve vzájemném smluvním vztahu budou preferovat elektronickou komunikaci.

Článek X.

Závěrečná ustanovení

1. Smluvní strany výslovně prohlašují, že je-li tato Smlouva podepsána po **1.1.2017** potvrzuje tato Smlouva veškerá jejich právní jednání a ujednání učiněná mezi nimi, související s plněním dle této Smlouvy, v období od **1.1.2017** do podpisu resp. zveřejnění této Smlouvy, a že na takovém základě uznávají tuto Smlouvu za platnou a účinnou i pro uvedené období.

2. Pokud nastanou okolnosti, na základě kterých Pojišťovna ručí za nezaplacenou daň z přidané hodnoty Poskytovatelem podle

zákona o dani z přidané hodnoty, v platném znění, pak je Pojišťovna oprávněna uhradit část úhrady Poskytovatele ve výši vyúčtované daně z přidané hodnoty na bankovní účet místně příslušného správce daně Poskytovatele.

3. Postoupení pohledávky za Pojišťovnou Poskytovatelem je z důvodů možného ručení Pojišťovny za neodvedenou daň z přidané hodnoty jen s výslovným předchozím písemným souhlasem Pojišťovny.
4. Smluvní strany se dohodly, že pokud je tato Smlouva uzavřena v souvislosti se změnou právní formy činnosti Poskytovatele, do smluvního vztahu vznikajícího podle této Smlouvy přebírají referenční údaje plynoucí z dodatků a dohod k dřívější smlouvě a veškeré závazky vážící se k této dřívější smlouvě. Uvedené přiměřeně platí i při transakcích s obchodním závodem, pro které se strany dohodly na změně smlouvy nebo podpisu nové smlouvy.
5. Smlouva je vyhotovena ve 2 stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.
6. Smluvní strany se dohodly, že mohou právní jednání související s plněním této Smlouvy činit elektronickými prostředky. V případě, že jednání nebude činěno prostřednictvím datových schránek, musí být podepsáno zaručeným elektronickým podpisem, s tím, že tento podpis bude založen na kvalifikovaném certifikátu, vydaném v souladu s platnými právními předpisy akreditovaným poskytovatelem certifikačních služeb. Elektronická komunikace, která nesplní výše uvedená pravidla, nebude považována za právní jednání.
7. Smluvní strany se dohodly, že písemnosti doručované při plnění této Smlouvy nebo při jednáních, která s ní souvisejí, se považují za doručené desátým dnem od dodání do datové schránky. V případě doručování prostřednictvím držitele poštovní licence se uvedené písemnosti považují za doručené desátým dnem od prokazatelného předání písemnosti držiteli poštovní licence k doručení.
8. Zánikem této Smlouvy vznikne smluvním stranám povinnost vzájemně vypořádat své závazky, a to ve lhůtě do 120 kalendářních dnů.
9. Veškeré změny a doplňky této Smlouvy lze provádět výhradně písemnými číslovanými dodatky, podepsanými na znamení souhlasu oběma smluvními stranami.
10. Smluvní strany shodně prohlašují, že tato Smlouva je souhlasným, svobodným a vážným projevem jejich skutečné vůle, že Smlouvu neuzavřely v tísní nebo za nápadně nevýhodných podmínek a že s obsahem této Smlouvy souhlasí, což potvrzují svým podpisem.

15 -12- 2016

V Praze

dne

V

PRAZE

dne

9.12.2016

