

**Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank,
pojišťoven a stavebnictví**

IČ: 47114321, DIČ: CZ47114321, kód 207

Zástupce: **Ing. Ladislav Friedrich, CSc.**
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: Komerční banka, a.s., pobočka
Praha 4 č.ú.:10006-18432071/0100

(dále jen „Zdravotní pojišťovna“) na straně jedné a

Poskytovatel zdravotních služeb²⁾:

IČ :	Specifikace¹⁾:	IČZ³⁾ :
Sídlo :		IČP³⁾ :
		PSČ :
Zástupce:		
Bankovní ústav:		
Číslo účtu:	Směrový kód banky:	
Specifický symbol:		

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

SMLOUVA A Č.

o poskytování a úhradě zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění
(pro ambulantní specializovanou péči)

Článek I.

Základní ustanovení

podle § 17 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů (dále jen „zákon č. 48/1997 Sb.“), v souladu s § 1746 odst. 2 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník v platném znění a v souladu s vyhláškou č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy (dále jen „vyhláška č. 618/2006 Sb.“), tuto **Smlouvu A č. 23550923 o poskytování a úhradě zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění (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, nebo na základě mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení, uzavíraných Českou republikou. V případech výslovně neupravených touto Smlouvou se použijí ustanovení vyhlášky č. 618/2006 Sb. a zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník (dále jen „občanský zákoník“), vždy s přihlédnutím k oprávněným zájmům smluvních stran a s cílem minimalizovat zjevně nedůvodné náklady na hrazené služby vzhledem ke zdravotnímu stavu pojištěnce.

Článek III.

Práva a povinnosti smluvních stran

1) Smluvní strany:

- dodržují při vykazování a úhradě hrazených služeb dohodnutou metodiku, pravidla a datové rozhraní, a to zejména:
 - Metodiku pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR, v aktuálně platné verzi (dále jen „metodika“),
 - Číselníky VZP ČR, v aktuálně platné verzi (dále jen „číselníky“),
 - Datové rozhraní VZP ČR, v aktuálně platné verzi (dále jen „datové rozhraní“) a
 - Pravidla pro vyhodnocování dokladů VZP ČR, v aktuálně platné verzi (dále jen „pravidla“),
- zavází své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců i zájmů smluvních stran, 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 nimi²⁾.

2) Poskytovatel:

- poskytuje hrazené služby v souladu s právními předpisy v oborech a rozsahu dohodnutých a vymezených ve Smlouvě, pro které je zároveň věcně a technicky vybaven a personálně zajištěn,
- poskytuje hrazené služby 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 zabezpečení (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,
- odpovídá za to, že jeho zaměstnanci⁵⁾, kteří budou pojištěncům poskytovat ve Smlouvě sjednané hrazené služby, splňují požadavky stanovené právními předpisy pro výkon této činnosti⁶⁾,
- odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytované hrazené služby podle zvláštního

- právního předpisu⁷,
- e) poskytuje hrazené služby „lege artis“ v souladu s právními předpisy, na náležité odborné úrovni, tedy podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pojištěnce, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti, bez nadbytečných nákladů, vždy však se zřetelem k tomu, aby potřebného diagnostického nebo léčebného efektu bylo dosaženo s ohledem na individuální zdravotní stav pojištěnce (dále jen „lege artis“),
 - f) odpovídá za účelnost indikace při odesílání pojištěnce ke komplementárním a konziliárním vyšetřením a na základě jejich výsledků upravuje diagnózu nebo léčebný postup,
 - g) vede pro posouzení oprávněnosti vyúčtovaných hrazených služeb v průkazné formě zdravotní dokumentaci, ve které budou zaznamenávány zejména provedené zdravotní výkony, vyžádané hrazené služby a uchovány v ní i doručené výsledky vyžádaných a provedených vyšetření a ošetření, v souladu se zvláštním právním předpisem⁸,
 - h) zajistí, v případě nepřítomnosti ve Smlouvě dohodnutého nositele výkonu, zástup jiným nositelem výkonu s odpovídající kvalifikací a tuto skutečnost oznámí pojištěncům,
 - i) poskytne v souladu s právními předpisy poskytovatelům, kterým pojištěnce 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,
 - j) neodmítne přijetí pojištěnce do své péče s výjimkou zákonných důvodů,
 - k) nepodmíní právo pojištěnce na svobodnou volbu lékaře, poskytovatele nebo na poskytnutí hrazených služeb žádnými registračními poplatky nebo sponzorskými dary a za poskytnutí 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 poškození bylo způsobeno jednáním právnické nebo fyzické osoby,
 - o) odpovídá podle zvláštního právního předpisu⁹ za správné a úplné vyplnění tiskopisu receptu; dále odpovídá za správné a úplné vyplnění poukazu na zdravotnické prostředky nebo poukazu na vyšetření/ošetření nebo příkazu ke zdravotní přepravě. Pokud při preskripci nebylo respektováno preskripční omezení vyplývající z právních předpisů a Pojišťovna tento léčivý přípravek 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.
- 3) **Pojišťovna:**
- a) uhradí Poskytovateli oprávněně provedené hrazené služby, průkazně zdokumentované a důvodně poskytnuté 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) dohlédá na žádost Poskytovatele bez zbytečného odkladu, nejpozději do 7 kalendářních dnů, 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 hrazených služeb poskytovaných Poskytovatelem podle Smlouvy,
 - e) poskytuje na základě žádosti Poskytovatele k zajištění jednotných podmínek dohodnutou metodiku, pravidla, datové rozhraní a příslušné číselníky k vykazování a výpočtu úhrady hrazených zdravotních služeb, a to výhradně v elektronické podobě prostřednictvím nástrojů elektronické komunikace,
 - f) seznámí 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. 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 bodu¹⁰ hrazených služeb, podle seznamu výkonů, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení objemu poskytnutých hrazených služeb podle § 17 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 zdravotních služeb z důvodu změny kapacity, struktury Poskytovatele, změny či obnovy přístrojového vybavení specifikovaného ve Smlouvě.
- 4) Poskytovatel pro uplatnění nároků na úhradu poskytnutých hrazených služeb předává Pojišťovně jednou měsíčně vyúčtování doložené dárkami dokladů o poskytnutých hrazených službách s přílohami, pokud se smluvní strany nedohodnou na předávání vyúčtování za delší období. Faktura musí obsahovat všechny zákonem požadované náležitosti účetního dokladu. Náležitosti faktury a přílohy jsou stanoveny v metodice nebo se v souladu s metodikou upřesní ve Smlouvě. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu a příloha neobsahuje náležitosti podle dohodnuté metodiky nebo Smlouvy, má Pojišťovna právo ji odmítnout a vrátit bez zbytečného odkladu Poskytovateli k doplnění, případně 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 a pojištěncům z EU, kteří si Pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie³, předává Poskytovatel Pojišťovně spolu s vyúčtováním zpravidla v termínu do 15. dne následujícího měsíce:
 - a) na elektronickém nosiči dat či v elektronické podobě
 - b) na papírových dokladech.

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) Předává další IČ z IČD přidělené Poskytovateli v souladu s metodikou

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 k vyúčtování. Poskytovatel předkládá podklady k vyúčtování jedním z následujících způsobů:

- a) na elektronickém nosiči dat se všemi náležitostmi podle datového rozhraní a metodiky (elektronický nosič dat Pojišťovna nevrací) nebo
 - b) elektronickou formou cestou Portálu zdravotních pojišťoven.
- 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 hrazených služeb. Tím 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.
 - 7) Pojišťovna provede za své pojištěnce i pojištěnce z EU, kteří si Pojišťovnu vybrali jako vypomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie³, 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.
 - 8) 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-li mezi smluvními stranami individuálně dohodnut jiný termín úhrady, Pojišťovna jednostranným započtením pohledávky sníží Poskytovateli o příslušnou částku úhradu za vyúčtování hrazených služeb předložené v následujících zúčtovacích obdobích.
 - 9) Úhrada vyúčtovaných poskytnutých hrazených služeb, při dodržení podmínek dohodnutých ve Smlouvě, bude provedena při předání vyúčtování Pojišťovně na elektronickém nosiči dat či v elektronické podobě cestou Portálu zdravotních pojišťoven do 15 kalendářních dnů a při předání vyúčtování Pojišťovně na papírových dokladech do 30 kalendářních dnů ode dne doručení faktury Pojišťovně. Lhůta splatnosti je dodržena, je-li platba poslední den lhůty připsána na účet Poskytovatele. Lhůty splatnosti se vztahují i na pololetní (nebo roční) vyúčtování v případě doplatku ze strany Pojišťovny s tím, že lhůta splatnosti se počítá ode dne odeslání vyúčtování Poskytovateli.
 - 10) 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.

Článek V. Kontrola

- 1) Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona č. 48/1997 Sb. a Smlouvou kontrolu využívání a poskytování hrazených služeb a jejich vyúčtování z hlediska objemu a kvality, 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 hrazených služeb byl indikován s ohledem na zdravotní stav pojištěnce, zda byl „lege artis“.
- 3) V případech stanovených právními předpisy revizní lékař, případně odborný pracovník posuzuje důvodnost 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 objektu, ve kterém poskytuje zdravotní služby, nahlížení do zdravotnické dokumentace pojištěnců v souladu se zvláštním právním předpisem a nahlížení do dalších dokladů bezprostředně souvisejících s prováděnou kontrolou. Revizní lékař a odborný pracovník jsou povinni postupovat tak, aby kontrola nenarušila prováděný léčebný výkon.
- 5) V případě kontroly u Poskytovatele bude na místě vypracován protokol s uvedením nejdůležitějších zjištění a stanoviska Poskytovatele. Tento protokol nenahrazuje zprávu podle odstavce 6.
- 6) Zprávu o kontrole Pojišťovna zpracuje do 30 kalendářních dnů po ukončení kontroly. Stejnopis zprávy Pojišťovna doručí Poskytovateli elektronicky do datové schránky Poskytovatele, a není-li to možné, poštou do vlastních rukou Poskytovatele. Pokud nebude možno z objektivních důvodů tuto lhůtu dodržet, oznámí Pojišťovna tuto skutečnost Poskytovateli.
- 7) Poskytovatel je oprávněn do 30 kalendářních dnů ode dne doručení zprávy o kontrole podat Pojišťovně písemně odůvodněné námitky. K neodůvodněným námitkám se nepřihlíží. Pojišťovna sdělí k uplatněným námitkám stanovisko Poskytovateli do 30 kalendářních dnů od jejich doručení. Tuto lhůtu lze z objektivních důvodů prodloužit až o dalších 30 kalendářních dnů. 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 nedůvodné poskytování, Pojišťovna podle § 42 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb. takové služby neuhradí. V případě, že se závěry kontroly prokážou jako neodůvodněné, vrátí Pojišťovna Poskytovateli částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnutých hrazených služeb.

Článek VI. Doba účinnosti Smlouvy

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

Článek VII. Způsob a důvody ukončení Smlouvy

- 1) Smlouva nebo její část zaniká:
 - a) zánikem oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle § 22 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, a dnem nabytí právní moci rozhodnutí o odejmutí nebo pozastavení nebo změně oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle § 23 a § 24 téhož zákona,
 - b) dnem zániku Poskytovatele nebo Pojišťovny nebo dnem úmrtí Poskytovatele,

- 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 oboru nebo rozsahu, stanovené právním předpisem nebo Smlouvou, ve smyslu čl. III. odst. 2 písm. a), pokud Poskytovatel nedostatky neodstraní ani po dodatečně stanovené přiměřené lhůtě; Smlouva nebo její část zaniká pouze v části vymezující obor nebo rozsah nasmlouvaných hrazených služeb, ve kterých 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 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, nezakládá-li toto jednání neplatnost Smlouvy,
 - 2. ve smluvních vztazích hrubým způsobem porušila povinnost uloženou jí příslušným právním předpisem, upravujícím veřejné zdravotní pojištění nebo poskytování zdravotních služeb, nebo Smlouvou,
 - 3. opakovaně poruší informační povinnosti stanovené zákonem,
 - 4. vstoupí do likvidace nebo bude soudem rozhodnuto o jejím úpadku.
 - b) **Poskytovatel**
 - 1. bez předchozí dohody s Pojišťovnou bezdůvodně neposkytuje hrazené služby ve sjednaném oboru nebo 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 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 hrazené služby nebo za přijetí pojištěnce do péče,
 - 7. přes písemné upozornění opakovaně neoprávněně účtuje hrazené služby,
 - 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 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) Smlouvu lze dále ukončit:
- a) písemnou dohodou smluvních stran, a to za podmínek a ve lhůtě uvedené v této dohodě,
 - b) stanoví-li tak zákon.

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 Poskytovatele identifikační číslo organizace (IČO), identifikační číslo zařízení (IČZ), identifikační číslo pracoviště (IČP),
 - b) sdělují si údaje nutné ke kontrole plnění Smlouvy,
 - c) zajistí trvale přístupné a jasné informace o existenci smluvního vztahu a právech vyplývajících z něho pro pojištěnce,
 - d) mohou si předávat údaje nezbytné k hodnocení kvality a efektivity poskytovaných hrazených služeb, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve Smlouvě.
- 2) Poskytovatel
 - a) doloží Pojišťovně, při důvodném podezření na nedodržení postupu že zdravotnické prostředky byly při poskytování hrazených služeb použity v souladu se zvláštními právními předpisy,
 - 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 nebo změny údajů uvedených ve Smlouvě, pokud dojde
 - 1. ke zrušení pracoviště nebo jeho části bez náhrady, nebo jeho uzavření na dobu delší než 30 kalendářních dnů,
 - 2. k odchodu zaměstnance jmenovitě uvedeného ve Smlouvě,
 - 3. k výpadku přístroje nezbytného pro provádění výkonu bez náhrady na dobu delší než 30 kalendářních dnů.

Nesplnění povinností uvedených v písmenech a) nebo b), anebo pozdní splnění povinností uvedených v písmenu b) se považuje za závažné porušení smluvní povinnosti.
- 3) Pojišťovna
 - a) může poskytnout Poskytovateli v zobecněné 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, popř. v jiných zdrojích, určených svým pojištěncům, v rámci seznamu smluvních poskytovatelů obchodní jméno či firmu 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 smluvními stranami nedojde k

dohodě, mohou smluvní strany 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, 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 odst. 2 zákona 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. Zvláštní ujednání

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

- 1) Poskytovatel poskytuje hrazené služby pojištěncům z EU, kteří si Pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie³, za stejných podmínek jako pojištěncům, a to v rozsahu dle jimi předložených dokladů; přitom postupuje dle platného metodického pokynu, zveřejněného ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR. Tyto hrazené služby vykazuje Poskytovatel, v souladu s metodikou, samostatnou fakturou.
- 2) Pojišťovna provádí úhradu poskytnutých hrazených služeb pojištěncům z EU, kteří si Pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie³, v souladu s právními předpisy platnými pro pojištěnce.

Článek XI. Ostatní ujednání

- 1) Právní vztahy mezi smluvními stranami, ve věcech neupravených právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění a poskytování hrazených služeb a touto Smlouvou, se řídí občanským zákoníkem.
- 2) Nedílnou součástí této Smlouvy jsou její přílohy:

- Příloha č. 1** Kopie základních dokumentů osvědčujících oprávnění Poskytovatele ke smluvně dohodnuté činnosti
Příloha č. 2 Rozsah smluvně dohodnutých hrazených 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

Článek XII. Závěrečná ustanovení

- 1) Tato Smlouva nabývá platnosti dnem podpisu zástupci obou smluvních stran a účinnosti dnem 1.1.2016, za předpokladu, že ze strany Poskytovatele bude podepsaná Smlouva doručena Pojišťovně nejpozději do 31.10.2015.
- 2) Smluvní strany berou na vědomí, že Smlouva včetně jejich příloh, změn a všech dodatků může být uveřejněna na základě zákonem uložené povinnosti.
- 3) Smluvní strany se dohodly, že do smluvního vztahu vznikajícího podle této Smlouvy přebírají údaje, včetně smluvně dohodnutého rozsahu hrazených služeb, plynoucí z dodatků a dohod k předchozí Smlouvě. V návaznosti na to se Poskytovatel zavazuje, že pokud došlo ke změně údajů v dosud platných přílohách, poskytne při podpisu této Smlouvy Pojišťovně tyto přílohy v novém znění.
- 4) Smluvní strany se dohodly, že do smluvního vztahu vznikajícího podle této Smlouvy přebírají referenční údaje, plynoucí ze Smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče A č. 8460241, ke dni 31.12.2015. Tím není dotčena povinnost smluvních stran vypořádat své závazky podle ustanovení dříve uzavřené Smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče A č. 8460241, a jejich dodatků tj. při vyúčtování a úhradě hrazených služeb poskytnutých před účinností této Smlouvy.
- 5) Dnem účinnosti této Smlouvy se nahrazuje text příslušné dosavadní Smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče, uzavřené mezi smluvními stranami. Tímto není dotčena povinnost smluvních stran vypořádat své závazky podle ustanovení předchozí smlouvy a jejich dodatků, tj. při vyúčtování a úhradě hrazené zdravotní péče poskytnuté před účinností této Smlouvy.
- 6) Zánikem této Smlouvy vznikne smluvním stranám povinnost vzájemně vypořádat své závazky, a to ve lhůtě do 120 kalendářních dnů.
- 7) Smlouva je vyhotovena ve dvou stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.
- 8) Veškeré změny a doplňky této Smlouvy lze provádět výhradně písemnými dodatky, podepsanými na znamení souhlasu oběma smluvními stranami.

V Praze _____ dne _____

V _____ dne _____

za Pojišťovnu

za Poskytovatele

Odkazy

- 1) Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů
- 2) Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně, ve znění pozdějších předpisů
- 3) Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004, o koordinaci systémů sociálního zabezpečení a č. 987/2009, kterým se stanoví prováděcí pravidla k nařízení (ES) č. 883/2004, o koordinaci systémů sociálního zabezpečení. Nařízení Rady (EHS) 1408/71 a 574/72
- 4) Např. Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 130/2002 Sb.m.s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Svazovou republikou Jugoslávií 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, 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
- 7) Vyhláška č. 92/2012 Sb. o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče
- 8) Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách); Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci
- 9) Vyhláška č. 54/2008 Sb., kterou se stanoví způsob předepisování léčivých přípravků, náležitosti lékařských předpisů a pravidla jejich používání, ve znění pozdějších předpisů
- 10) § 10 zákona č.526/1990 Sb., o cenách, ve znění pozdějších předpisů
- 11) Zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů
- 12) § 65 odst. 2 písm. c) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách
- 13) Např. zákon č. 268/2014 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně zákona o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů.
- 14) Zákon č. 216/1994 Sb., o rozhodčím řízení a o výkonu rozhodčích nálezů, ve znění pozdějších předpisů



OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
ZAMĚSTNANCŮ BANK, POJIŠŤOVEN
A STAVEBNICTVÍ

Příloha č. 1 ke Smlouvě č.

Roškotova 1225/1
140 21 Praha 4
www.ozp.cz

IČ
IČZ

Kopie základních dokumentů osvědčujících oprávnění Poskytovatele ke smluvně dohodnuté činnosti.

Název dokumentu
kopie zřizovací listiny (statutu) schválené zřizovatelem Poskytovatele
kopie oprávnění k poskytování zdravotních služeb příp. kopie dříve uděleného rozhodnutí o registraci nestátního zdravotnického zařízení, vydaného orgánem příslušným k registraci podle místa provozování nestátního zdravotnického zařízení
kopie výpisu z obchodního nebo jiného veřejného rejstříku, pokud je v něm Poskytovatel zapsán
kopie smlouvy o pojištění pro případ odpovědnosti za škodu způsobenou v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb uzavřené s pojišťovnou vykonávající činnost na území ČR
doklad o bankovním spojení
doklad o přidělení IČ
doklad o přidělení IČZ
doklad o splnění podmínek na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení (vyhl. č. 92/2012Sb.)

Poskytovatel svým podpisem stvrzuje a Pojišťovna potvrzuje, že Pojišťovně byly Poskytovatelem předány veškeré výše uvedené doklady platné ke dni podpisu této Smlouvy.

V Praze dne _____

V _____ dne _____

za Pojišťovnu

za Poskytovatele