



OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA  
ZAMĚSTNANCŮ BANK, POJIŠŤOVEN  
A STAVEBNICTVÍ

Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank,  
pojišťoven a stavebnictví  
IČ: 47114321, DIČ: CZ47114321, kód 207  
Jednatel: Ing. Ladislavem Friedrichem, Csc.  
generálním ředitelem  
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.:10006-18432-071/0100  
(dále jen Pojišťovna) na straně jedné a

## SMLOUVA H – A o poskytování a úhradě hrazených služeb

### Článek I. Smluvní strany

uzavírají podle ust. § 17 odst. 1 a 2 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů 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.

### Článek III. Práva a povinnosti smluvních stran

1. Smluvní strany
  - a. dodržují při vykazování a úhradě hrazených služeb dohodnutou metodiku, pravidla a datové rozhraní, v platném znění. V době uzavření smlouvy je platná verze metodiky č. 6. 2. 15.
  - b. zaváží své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců, k zachování povinné mlčenlivosti o osobních údajích<sup>2</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>3</sup>.
2. Poskytovatel
  - a. poskytuje hrazené služby v souladu s právními předpisy v oborech a rozsahu dohodnutých a vymezených ve Smlouvě, pro které je technicky a věcně vybaven<sup>4</sup> a personálně zabezpečen<sup>5</sup>,
  - b. poskytuje hrazené služby pojištěncům z členských států EU, EHP a Švýcarska podle příslušných předpisů Evropské unie<sup>3</sup> a pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny smlouvy o sociálním zabezpečení<sup>6</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, zejména při přijímání na operace a jiné lékařské zákroky, na které se čeká, a to ani v případě, že by pojištěnec z EU hradil zdravotní služby v hotovosti. Tyto hrazené služby jsou však vykazovány, vyúčtovány a hrazeny samostatně, odděleně od hrazených služeb poskytovaných pojištěncům Pojišťovny,
  - c. odpovídá za to, že jeho zaměstnanci<sup>7</sup>, kteří budou pojištěncům poskytovat ve Smlouvě sjednané hrazené služby, splňují požadavky stanovené právními předpisy pro výkon této činnosti<sup>8</sup>,
  - d. odpovídá za plnění technických a věcných podmínek, stanovených pro jim poskytované hrazené služby podle zvláštního právního předpisu<sup>9</sup>,
  - e. poskytuje hrazené služby na náležité odborné úrovni, tj. podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti (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. přijme pojištěnce k hospitalizaci, jen vyžaduje-li to jeho zdravotní stav, zpravidla na doporučení ošetřujícího lékaře,
  - g. odpovídá za účelnost indikace při odeslání pojištěnce ke komplementárním a konziliárním vyšetřením a dalším hrazeným službám, a na základě jejich výsledků upraví diagnózu nebo iniciuje úpravu individuálního léčebného postupu,
  - h. povede pro posouzení oprávněnosti vyúčtovaných hrazených služeb v průkazné formě zdravotnickou dokumentaci, ve které budou zaznamenávány zejména provedené zdravotní výkony, vyžádané hrazené služby včetně zdravotnické dopravní služby, předepisované léčivé přípravky, potraviny pro zvláštní lékařské účely a zdravotnické prostředky, a budou v ní uchovány i

- doručené výsledky vyžádaných a provedených vyšetření a ošetření, v souladu se zvláštním právním předpisem<sup>10</sup>,
- i. zajistí, v případě nepřítomnosti ve Smlouvě dohodnutého nositele výkonu, zástup jiným kvalifikovaným nositelem výkonu a ve smluvně dohodnutých případech tuto skutečnost vhodným způsobem průkazně oznámí pojištěncům a Pojišťovně,
  - j. 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 přijetí pojištěnce do péče bude takové informace od příslušných poskytovatelů vyžadovat,
  - k. neodmítne přijetí pojištěnce do své péče, s výjimkou případů stanovených právním předpisem,
  - l. nepodmíní právo pojištěnce na svobodnou volbu poskytovatele a zdravotnického zařízení nebo na poskytnutí hrazených služeb žádnými registračními poplatky nebo sponzorskými dary, a za poskytnutí hrazených služeb hrazených Pojišťovnou nebude od pojištěnce, pokud to nevyplývá z právních předpisů, požadovat žádné finanční plnění,
  - m. nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí hrazených služeb změnou Pojišťovny nebo jiným způsobem,
  - n. nebude zvyšovat pojištěnce jedné nebo více zdravotních pojišťoven v neprospěch pojištěnců zdravotních pojišťoven ostatních a zhoršovat dostupnost hrazených služeb, hrazených Pojišťovnou, přednostním poskytováním zdravotních služeb hrazených jiným způsobem,
  - o. oznámí Pojišťovně, v souladu s § 55 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, úrazy nebo jiná poškození zdraví osob, kterým poskytl hrazené služby, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jedním z právních předpisů nebo fyzické osoby,
  - p. odpovídá podle zvláštního právního předpisu<sup>11</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 zdravotní dopravě, nebo dalších tiskopisů. Pokud při preskripci nebylo respektováno preskripční omezení vyplývající z právních předpisů a Pojišťovna tento léčivý přípravek, potravinu pro zvláštní lékařské účely nebo zdravotnický prostředek poskytovateli lékárenské péče uhradila, má Pojišťovna právo požadovat od Poskytovatele úhradu zaplacené částky,
  - q. doloží Pojišťovně při uzavírání Smlouvy doklad o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou v souvislosti s poskytováním hrazených služeb a bude pojištěn po celou dobu trvání smluvního vztahu s Pojišťovnou,
  - r. je povinen pojištěnce informovat o cenách doporučených zdravotních služeb včetně podmínek a rozsahu jejich úhrady z veřejného zdravotního pojištění, zejména v případech, kdy doporučené zdravotní služby nejsou plně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění,
  - s. je povinen pojištěnci nabídnout poskytnutí zdravotních služeb v základní variantě a informovat ho též o ekonomicky náročnější variantě, včetně rozdílu mezi cenou ekonomicky náročnější varianty stanovenou v souladu s cenovým předpisem a uvedenou v ceníku poskytovatele, a vyšší úhrady zdravotních služeb v základní variantě stanovenou prováděcím právním předpisem vydaným podle § 17 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů a cenovým předpisem. Postup podle věty první se nepoužije, není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu pojištěnce vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví. Ceník ekonomicky náročnějších variant zdravotních služeb musí být poskytovatelem zveřejněn v prostorách zdravotnického zařízení na veřejnosti přístupném místě a dále způsobem umožňujícím dálkový přístup,
  - t. v případech uvedených v písm. s) je povinen do zdravotnické dokumentace pojištěnce zaznamenat, že mu bylo nabídnuto poskytnutí zdravotních služeb v základní variantě a že byl informován o možnostech poskytnutí zdravotních služeb i v ekonomicky náročnější variantě,
  - u. nebude při poskytování zdravotních služeb upřednostňovat pojištěnce, který si zvolí ekonomicky náročnější variantu,
  - v. 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>12</sup>, a to v elektronické podobě,
  - w. který je oprávněn provozovat nestátní zdravotnické zařízení na základě rozhodnutí o registraci podle dosavadního zákona o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních (dále jen „registrace“), může na základě registrace poskytovat zdravotní služby, které odpovídají druhu a rozsahu zdravotní péče uvedené v registraci, a to po dobu nejdéle do 31. 3. 2015. Nejpozději k tomuto termínu je Poskytovatel povinen Pojišťovně předložit rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů,
  - x. se zavazuje při poskytování hrazených služeb v rámci ambulantní péče, za účelem poskytování hrazených služeb bez zbytečných nákladů, aktivně využívat Pozitivních listů dle odst. 3 písm. e) tohoto článku Smlouvy,
  - y. oznámí neprodleně Pojišťovně skutečnosti, které mu brání v poskytování služeb, které jsou předmětem této Smlouvy, v termínech uvedených v nařízení vlády č. 307/2012 Sb., v platném znění.
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>1</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 zvyšování svých pojištěnců na úkor pojištěnců ostatních zdravotních pojišťoven,
  - d. je oprávněna provádět kontrolu rozsahu technického a věcného vybavení a personálního zajištění hrazených služeb poskytovaných Poskytovatelem podle Smlouvy,
  - e. poskytuje prostřednictvím dálkového přístupu Poskytovateli dohodnutou metodiku, pravidla, datové rozhraní a příslušné číselníky vydávané elektronicky Svazem zdravotních pojišťoven České republiky, popř. Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky, nejsou-li vydávány Svazem zdravotních pojišťoven České republiky, k vykazování a výpočtu úhrady hrazených služeb, a dále poskytuje Poskytovateli za účelem úspory nákladů při současném zachování kvality poskytování zdravotních služeb (při poskytování hrazených služeb v rámci ambulantní péče) Pozitivní seznam léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely (dále jen „Pozitivní list“), který definuje takové léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely, které Pojišťovna hodnotí jako účelné k preskripci. Pozitivní list vydávaný Svazem zdravotních pojišťoven České republiky je dostupný na webových stránkách Svazu zdravotních pojišťoven České republiky – [www.szpcr.cz](http://www.szpcr.cz) i [www.ozp.cz](http://www.ozp.cz)
  - 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.

#### Článek IV.

#### Úhrada poskytovaných hrazených služeb

1. Způsob úhrady, hodnoty bodů<sup>13</sup> pro zdravotní služby uvedené v Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení poskytnutých hrazených služeb se uvedou v dodatku ke Smlouvě.

2. Za způsoby úhrady se považují
  - a. úhrada za zdravotní výkony podle Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami,
  - b. paušální úhrada za poskytnuté hrazené služby,
  - c. úhrada za registrované pojištěnce (kombinovaná kapitálně výkonová platba),
  - d. platba za diagnózu,
  - e. 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 zdravotnického zařízení Poskytovatele nebo 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. Faktura obsahuje náležitosti účetního dokladu<sup>15</sup>. 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 běžící lhůta splatnosti až od termínu jejího opětovného převzetí Pojišťovnou.
5. Smluvní strany se dohodly, že fakturačním obdobím je zpravidla kalendářní měsíc, výjimečně kalendářní čtvrtletí (při malém počtu ošetřených pojištěnců).
6. 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<sup>1</sup>, předává Poskytovatel Pojišťovně spolu s vyúčtováním způsobem uvedeným v odstavci 4 tohoto článku
  - a. prostřednictvím internetu se zabezpečeným přístupem\*
  - b. na nosiči dat\*
  - c. na papírových dokladech\*.\* (nehodící se škrtně)
7. Lhůta splatnosti uvedená v této Smlouvě bude nastavena v závislosti na formě předaného vyúčtování. Při předávání podkladů k vyúčtování výkonů poskytnutých hrazených služeb v elektronické podobě musí být výkony Poskytovatele uloženy v jediném souboru označeném "KDAVKA.207". Poskytovatel odpovídá za úplnost a formální a věcnou správnost údajů předávaných k vyúčtování. Při předávání podkladů k vyúčtování dle odst. 6 písm. a) postupuje Poskytovatel dle podmínek zveřejněných na [www.ozp.cz](http://www.ozp.cz).
8. Poskytovatel vyúčtuje Pojišťovně hrazené služby poskytnuté pojištěncům nejpozději 6 měsíců po jejich poskytnutí.
9. Pojišťovna provede za své pojištěnce a pojištěnce z EU, kteří si Pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie<sup>1</sup>, úhradu hrazených služeb, vyúčtovaných v souladu s právními předpisy a Smlouvou.
10. Pojišťovna vydá v návaznosti na provedenou úhradu za vyúčtované hrazené služby zúčtovací zprávu, kterou doručí Poskytovateli. V této zúčtovací zprávě jsou uvedeny zejména údaje dokumentující výši provedené platby, číslo faktury – daňového dokladu Poskytovatele (pokud je uvedeno) a variabilní symbol, pod kterým Pojišťovna platbu poukázala.
11. Zjistí-li Pojišťovna ve vyúčtování před provedením úhrady nesprávné nebo neoprávněné vyúčtované hrazené služby, úhradu této vyúčtované hrazené služby neprovede. Důvod neprovedení úhrady této vyúčtované hrazené služby uvede Pojišťovna na zasílané zúčtovací zprávě, čímž Pojišťovna zároveň vyzve Poskytovatele k opravě vadného vyúčtování. Pokud lze vady vyúčtování odstranit a Pojišťovna tak sama učiní, prodlužuje se lhůta splatnosti o dobu nezbytně nutnou k tomuto odstranění.
12. 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 neuhradí, vyúčtování neopraví nebo nedoloží oprávněnost vyúčtování této sporné částky nebo nebude mezi smluvními stranami dohodnut jiný termín úhrady, Pojišťovna jednostranným započtením pohledávky sníží o tuto částku Poskytovateli úhradu za vyúčtované hrazené služby v následujícím zúčtovacím období.
13. Provedením úhrady není dotčeno právo Pojišťovny provádět následnou kontrolu poskytování hrazených služeb. Zjistí-li přitom Pojišťovna nesprávné či neoprávněné účtování nákladů způsobené Poskytovatelem, je Poskytovatel povinen vrátit Pojišťovně příslušné uhrazené částky. Tato pohledávka může být započtena na nároky Poskytovatele z této Smlouvy.
14. Prokáže-li Poskytovatel Pojišťovně nesprávnou úhradu vyúčtovaných hrazených služeb, je Pojišťovna povinna nedoplatek uhradit do třiceti dnů po potvrzení správnosti oznámení Poskytovatele a současně o této úhradě bude Pojišťovna Poskytovatele informovat.
15. Úhrada vyúčtovaných hrazených služeb, při dodržení podmínek dohodnutých ve Smlouvě, bude provedena při předání vyúčtování Pojišťovně v elektronické podobě prostřednictvím internetu, je-li tento způsob vyúčtování smluvně dohodnut mezi smluvními stranami, se splatností do 15 kalendářních dnů, při předání na nosiči dat se splatností do 30 kalendářních dnů a při předání na papírových dokladech se splatností do 50 kalendářních dnů ode dne doručení vyúčtování Pojišťovně, nedohodnou-li se smluvní strany jinak. Lhůta splatnosti je dodržena, je-li platba poslední den lhůty připsána na účet Poskytovatele.
16. V případě poruchy výpočetního systému, znemožňující včasné vyúčtování nebo provedení úhrady hrazených služeb, poskytne Pojišťovna Poskytovateli v dohodnutém termínu úhrady zálohu ve výši průměrné měsíční úhrady hrazených služeb, vypočteného z posledního uzavřeného pololetí, pokud se smluvní strany v daném případě nedohodnou jinak.

## Článek V. Kontrola

1. Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů a Smlouvou kontrolu využívání a poskytování hrazených služeb a jejich vyúčtování, z hlediska objemu a kvality, včetně dodržování cen, a to zejména prostřednictvím svého informačního systému, přístupu do Centrálního úložiště elektronických receptů podle zvláštního zákona<sup>16</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, byl v souladu s pravidly lege artis a zda nebyl

- zbytečně ekonomicky náročný.
3. Revizní lékař posuzuje odůvodněnost individuálního léčebného postupu a v případech stanovených právními předpisy nebo dohodou stran 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 (zejm. zdravotnického zařízení), kde poskytuje zdravotní služby, nahlížení do zdravotnické dokumentace pojištěnců v souladu se zvláštním právním předpisem<sup>17</sup> a dalších dokladů bezprostředně souvisejících s prováděnou kontrolou.
  5. V případě prováděné kontroly na místě, kde Poskytovatel poskytuje zdravotní služby, bude na místě zpracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a stanoviska pracovníka Poskytovatele přítomného při kontrole. Tento záznam nenahrazuje zprávu podle odstavce 6.
  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 30 kalendářních dnů od převzetí závěrů kontroly podat Pojišťovně písemně zdůvodněné námítky. K námítkám sdělí Pojišťovna stanovisko do 30 kalendářních dnů od jejich doručení. Pokud nebude možno z objektivních důvodů tyto lhůty dodržet, prodlouží se příslušná lhůta oznámením 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 vyúčtování nebo indikace hrazených služeb, nebo jejich neodůvodněné poskytování či indikování, Pojišťovna, podle § 42 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, takové služby neuhradí. Pokud je již uhradila, je oprávněna vzniklou pohledávku započíst proti dalším úhradám podle této Smlouvy. Pokud se kontrolou prokáže, že neúčelnost, nesprávná indikace nebo zbytečná ekonomická náročnost poskytnutých služeb vyplývala z doporučení poskytovatele zdravotních služeb, nebudou důsledky tohoto zjištění uplatněny vůči poskytovateli, který poskytl indukované hrazené služby, ale vůči poskytovateli, který tyto služby doporučil. V případě, že se závěry kontroly prokážou jako neodůvodněné, uhradí Pojišťovna Poskytovateli částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnutých hrazených služeb, ve lhůtě podle čl. IV. odst. 15.

## Článek VI.

### Doba účinnosti Smlouvy

Smlouva se uzavírá na dobu určitou od 1. 1. 2013 do 31. 12. 2017. Pokud jedna ze smluvních stran neoznámí druhé straně jeden rok před uplynutím této doby, že nemá zájem o pokračování smluvního vztahu podle této Smlouvy, doba účinnosti Smlouvy se prodlužuje o jeden rok.

## Článek VII.

### Způsob a důvody ukončení Smlouvy

1. Smlouva nebo její část končí:
  - a. dnem, kdy nabylo právní moci rozhodnutí o zrušení nebo změně registrace nebo její části podle zákona 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 nebo změně oprávnění Poskytovatele k poskytování zdravotních služeb podle zákona č. 372/2011 Sb., v důsledku čehož nemůže Poskytovatel dále poskytovat hrazené služby v daném rozsahu,
  - b. dnem zániku Poskytovatele nebo Pojišťovny,
  - c. dnem, uvedeným v písemném oznámení Pojišťovně, pokud Poskytovatel z provozních důvodů nemůže hrazené služby nadále poskytovat,
  - d. dnem, kdy Poskytovatel pozbyl technické a věcné vybavení, anebo personální zabezpečení pro poskytování hrazených služeb ve sjednaném rozsahu, stanovené právním předpisem nebo Smlouvou, ve smyslu čl. III. odst. 2 písm. a), pokud Poskytovatel nedostatky neodstraní ani po dodatečně stanovené přiměřené lhůtě,
  - e. nesplní-li Poskytovatel svou povinnost dle čl. III. odst. 2 písm. w), věta druhá této Smlouvy;Smlouva nebo její část končí pouze pro ty hrazené služby, pro jejichž poskytování 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
  - 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. 6 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů,
    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 hrazené služby poskytnuté nad rámec sjednaného druhu, oboru a rozsahu činnosti,
    3. přes písemné upozornění neodůvodněně omezuje pro pojištěnce Pojišťovny ordinační dobu sjednanou ve Smlouvě,
    4. prokazatelně neposkytuje pojištěncům Pojišťovny zdravotní služby kvalitně a „lege artis“, popřípadě opakovaně odmítne poskytnutí hrazených služeb z jiných, než právními předpisy stanovených důvodů,
    5. požaduje v rozporu s právními předpisy od pojištěnců finanční úhradu za poskytnuté hrazené služby hrazené

- Pojišťovnou nebo za přijetí pojištěnce do péče,
6. přes písemné upozornění opakovaně neoprávněně účtuje hrazené služby,
  7. neposkytne nezbytnou součinnost k výkonu kontrolní činnosti prováděné Pojišťovnou v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů,
- c. Pojišťovna
1. přes písemné upozornění opakovaně neoprávněně neuhradí Poskytovateli poskytnuté vyúčtované 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., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů,
  4. poskytne třetí straně údaje o Poskytovateli nad rámec právních předpisů nebo Smlouvy.
3. Před uplynutím sjednané doby lze Smlouvu ukončit rovněž
- 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 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 „lege artis“, že léčivé přípravky, potraviny pro zvláštní lékařské účely a zdravotnické prostředky byly při poskytování hrazených služeb použity v souladu se zvláštními právními předpisy<sup>16,18</sup>,
  - b. oznámí neprodleně, nejpozději do 30 kalendářních dnů Pojišťovně skutečnosti, které by podstatným způsobem mohly ovlivnit plnění Smlouvy, např. vznik závad na výpočetním systému nebo změny údajů uvedených ve Smlouvě, zejména pokud dojde
    1. ke zrušení pracoviště (zdravotnického zařízení) nebo jeho části bez náhrady, nebo jeho uzavření na dobu delší než 30 kalendářních dnů,
    2. k ukončení pracovního poměru zaměstnance Poskytovatele jmenovitě uvedeného ve Smlouvě,
    3. k výpadku přístroje nezbytného pro poskytování hrazených služeb 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 hrubé porušení závažné 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 svých internetových stránkách v rámci seznamu smluvních poskytovatelů obchodní firmu či název a adresu Poskytovatele, obor zdravotní péče, v němž poskytuje hrazené služby a telefonické, případně e-mailové spojení či další údaje vzájemně dohodnuté,
  - c. může sdělit registrujícímu praktickému lékaři pojištěnce údaje o úhradě hrazených služeb vyúčtovaných Poskytovatelem jako poskytnutých tomuto pojištěnci, a to v souvislosti s uplatňováním regulačních mechanismů u praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost vyplývajících z právních předpisů a smluv uzavřených mezi Pojišťovnou a těmito poskytovateli.

### 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 smírčím jednání. Tím není dotčeno právo smluvních stran uplatnit svůj nárok na řešení sporu u soudu nebo v jiném rozhodčím řízení<sup>19</sup>, pokud se tak smluvní strany dohodnou. Smírčí jednání navrhuje jedna ze smluvních stran. Návrh musí obsahovat přesné a dostatečně podrobné vymezení sporu. Účastníkem smírčího 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<sup>20</sup> podle § 17 odstavce 2 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, a zástupce Pojišťovny. K projednání sporu si dále 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. Smírčí jednání se řídí Jednacím řádem smírčího jednání vydaným v souladu s vyhláškou č. 457/2000 Sb.

### Článek X.

#### Zvláštní ujednání

Smluvní strany se, v souladu s čl. 2 odst. 4 rámcové smlouvy (příloha č. 4 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 unie<sup>1</sup>, za stejných podmínek jako pojištěncům Pojišťovny, 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 a touto Smlouvou, samostatnou fakturou.
- Pojišťovna provádí úhradu vykázaných poskytnutých hrazených služeb pojištěncům z EU, kteří si Pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie<sup>1</sup>, za stejných podmínek jako pojištěncům Pojišťovny, v souladu s právními předpisy platnými pro pojištěnce Pojišťovny.
  - Smluvní strany se dohodly, že příloha č. 2 k této Smlouvě bude administrována pouze a výlučně prostřednictvím elektronické komunikace. Konkrétní podmínky elektronické komunikace pro tento účel smluvní strany dohodnou samostatným dodatkem k této Smlouvě.
  - Smluvní strany se dohodly, že písemnosti doručované v souvislosti s touto smlouvou budou doručovány elektronicky. Doručované písemnosti se považují za doručené nejpozději desátým dnem po jejich doručení do datové schránky.
  - Smluvní strany se dohodly, že do smluvního vztahu vznikajícího podle této Smlouvy přebírají referenční údaje, plynoucí ze Smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče H č. , ke dni 31. 12. 2012. Tím není dotčena povinnost smluvních stran vypořádat své závazky podle ustanovení dříve uzavřené Smlouvy a jejich dodatků tj. při vyúčtování a úhradě hrazených služeb poskytnutých před účinností této Smlouvy.

## Článek XI. Ostatní ujednání

- Právní vztahy mezi smluvními stranami, ve věcech neupravených právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění a poskytování hrazených služeb a touto Smlouvou, se řídí obchodním zákoníkem.
- Nedílnou součástí této Smlouvy jsou její přílohy:
  - Příloha č. 1. Kopie rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb vydaného příslušným orgánem nebo ověřená kopie rozhodnutí o registraci nestátního zdravotnického zařízení, nebo ověřená kopie zřizovací listiny (statutu) osoby oprávněné provozovat zdravotnické zařízení státu, a dále ověřená kopie výpisu z obchodního rejstříku právnických osob nebo u fyzických osob, zapsaných do obchodního rejstříku.
  - Příloha č. 2. Smluvené druhy služeb a to ve struktuře:
    - Příloha č. 2a - Smluvně dohodnutý rozsah hrazených služeb poskytovaných Poskytovatelem.
    - Příloha č. 2b - Smluvně sjednané místo poskytování hrazených služeb (zdravotnické zařízení) a smluvně sjednané minimální ordinační hodiny.
    - Příloha č. 2c - Výčet přístrojů a dalšího technického vybavení pro poskytování smluvně dohodnutých hrazených služeb, včetně kopie právního titulu pro jejich užívání a aktuálních dokladů prokazujících jejich použitelnost.
    - Příloha č. 2d - Seznam nositelů výkonů a dalších specialistů oprávněných k poskytování smluvně dohodnutých hrazených služeb, včetně kopií oprávnění podle zvláštních právních předpisů, informací o rozsahu úvazku a identifikátoru nositelů výkonů uváděných ve vyúčtování hrazených služeb.
  - Příloha č. 3. Číselníky vydávané Svazem zdravotních pojišťoven České republiky, v aktuálně účinné verzi, zveřejňované na webových stránkách – [www.szpcr.cz](http://www.szpcr.cz)
  - Metodika pro pořizování a předávání dokladů Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky (dále jen VZP ČR), v aktuálně účinné verzi, Číselníky VZP ČR, pokud nejsou vydávány Svazem zdravotních pojišťoven České republiky v aktuálně účinné verzi, Pravidla pro vyhodnocování dokladů ve VZP ČR, v aktuálně účinné verzi, Datové rozhraní VZP ČR, v aktuálně účinné verzi.
- Smluvní strany si pro sjednání a aktualizaci příloh poskytují nezbytné podklady a součinnost. Neposkytnutí podkladů a součinnosti smluvní strany považují za hrubé porušení smluvní povinnosti. V případě neposkytnutí součinnosti dle čl. X odst. 4 této Smlouvy má každá ze smluvních stran právo od Smlouvy, nebo její části odstoupit.

## Článek XII. Závěrečné ujednání

- Smlouva je vyhotovena ve dvou stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.
- Smluvní strany se dohodly na struktuře a rozsahu zdravotní péče poskytované pojištěncům pojišťovny sjednaných v Příloze č. 2 dosavadní smlouvy ve znění účinném ke dni 31.12.2012. Dále se dohodly, že struktura a rozsah zdravotní péče v této příloze budou aktualizovány v souladu se závěry z jednání o struktuře a rozsahu zdravotní péče nemocnic v jednotlivých krajích.
- Veškeré změny a doplňky této Smlouvy lze provádět výhradně písemnými očíslovanými dodatky, podepsanými na znamení souhlasu oběma smluvními stranami.
- Zánikem nebo ukončením smlouvy vznikne smluvním stranám povinnost vzájemně vypořádat své závazky, a to ve lhůtě do 150 kalendářních dnů.
- Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že Smlouva byla uzavřena podle jejich svobodné vůle a že souhlasí s jejím obsahem.

V Praze dne .....

V ..... dne .....

.....  
za Pojišťovnu

.....  
za Poskytovatele

## POZNÁMKY POD ČAROU

1. Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004, Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 987/2009, Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 1231/2010
2. Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů
3. Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů  
§ 51 a násl. zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů
4. Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, ve znění pozdějších předpisů
5. Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů
6. 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. 83/2000 Sb. m. s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Chorvatskou republikou o sociálním zabezpečení, Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 135/2004 Sb. m. s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Tureckou republikou o sociálním zabezpečení, Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 2/2007 Sb. m. s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Republikou Makedonie o sociálním zabezpečení
7. Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů
8. 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 hrazených služeb a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů
9. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů  
Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů
10. Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů
11. 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 o podmínkách zacházení s nimi
12. § 40 odst. 6 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů
13. Zákon č. 526/1990 Sb., o cenách, ve znění pozdějších předpisů
14. např. dohodnuté hodnoty bodu, maximální dohodnutý objem hrazených služeb a maximální dohodnutá výše úhrady či předběžná zálohová platba
15. Zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů
16. Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech), ve znění pozdějších předpisů
17. § 65 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění
18. Např. zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů
19. Zákon č. 216/1994 Sb., o rozhodčím řízení a o výkonu rozhodčích nálezů, ve znění pozdějších předpisů
20. Zákon č. 83/1990 Sb. o sdružování občanů, ve znění pozdějších předpisů  
§ 20 f a násl. zákona č. 40/1964 Sb., Občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů