

SMLOUVA č.

o poskytování a úhradě hrazených služeb

(pro poskytovatele lůžkové péče)

Článek I.

Smluvní strany

jednající :
se sídlem :
zápis v OR :
IČ :

telefon :
e-mail :
bankovní spojení :

(dále jen „**Poskytovatel**“) na straně jedné

a

Ceská průmyslová zdravotní pojišťovna

se sídlem : Jeremenkova 11, Ostrava-Vitkovice, PSČ 703 00
jednající : JUDr. Petrem Vaňkem, Ph.D.
generálním ředitelem České průmyslové zdravotní pojišťovny
zápis v OR : vedeném Krajským soudem v Ostravě, oddíl AXIV, složka 545
IČ : 47672234

telefon : 810 800 000
e-mail : posta@cpzp.cz
bankovní spojení : ČSOB, a. s., č. účtu 2347534/0300

(dále jen „**Pojišťovna**“) na straně druhé

u z a v í r a j í

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

Článek II.

Předmět Smlouvy

Předmětem této Smlouvy je stanovení podmínek a uprava 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 vypomocné instituce při realizaci práva Evropské unie, 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, a to zejména:
 - Číselníky vydávané Svazem zdravotních pojišťoven ČR, v aktuálně platné verzi, zveřejňované na webových stránkách – www.szpcr.cz.
 - Metodiku pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR, v aktuálně platné verzi.
 - Číselníky VZP ČR, pokud nejsou vydávány Svazem zdravotních pojišťoven ČR v aktuálně platné verzi,
 - Pravidla pro vyhodnocování dokladů VZP ČR, v aktuálně platné verzi,
 - Datové rozhraní VZP ČR, v aktuálně platné verzi.
- b) zaváží své zaměstnance, s ohledem na ochranu prav 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.

(2) Poskytovatel

- a) poskytuje hrazené služby v souladu s právními předpisy v odbornostech a rozsahu dohodnutých a vymezených ve Smlouvě, pro které je technicky a věcně vybaven a personálně zabezpečen.
- b) poskytuje hrazené služby pojištěncům z členských států EU, EHP a Švýcarska podle příslušných předpisů Evropské unie¹ a pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny smlouvy o sociálním zabezpečení² (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 zdravotní služby jsou však vykazovány, vyúčtovány a hrazeny samostatně, odděleně od zdravotních služeb poskytovaných pojištěncům Pojišťovny.
- c) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci, kteří budou pojištěncům poskytovat ve Smlouvě sjednané hrazené služby, splňují požadavky stanovené právními předpisy pro výkon této činnosti.
- d) odpovídá za plnění technických a věcných podmínek, stanovených pro jim poskytované hrazené služby podle zvláštního právního předpisu³.
- 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 - § 4 odst. 5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (dále jen „lege artis“), bez nadbytečných nákladů, vždy však se zřetelem k tomu, aby potřebného diagnostického nebo léčebného efektu bylo dosaženo s ohledem na individuální zdravotní stav pojištěnce.
- f) přijme pojištěnce k hospitalizaci, jen vyžaduje-li to jeho zdravotní stav, zpravidla na doporučení ošetřujícího lékaře.
- g) povede pro posouzení oprávněnosti vyúčtovaných hrazených služeb v průkazné formě zdravotnickou dokumentaci, ve které budou zaznamenávány, zejména provedené zdravotníkony, vyžádané hrazené služby, včetně zdravotnické dopravní 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 předpisem⁴.
- h) zajistí, v případě nepřítomnosti ve Smlouvě dohodnutého nositele výkonu, zástup jiným kvalifikovaným nositelem výkonu a ve smluvně dohodnutých případech tuto skutečnost vhodným způsobem oznámí pojištěncům a Pojišťovně.
- i) poskytne v souladu s právními předpisy poskytovatelům, kterým pojištěnce předá do péče nebo kterého 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 případů stanovených právním předpisem nebo uvedených ve Smlouvě, příp. v jejich dodatcích.
- k) 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, vybírat žádnou finanční úhradu.
- l) nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí hrazených služeb změnou Pojišťovny nebo jiným způsobem.
- m) nebude zvyhodňovat pojištěnce jedné nebo více pojišťoven v neprospěch pojištěnců pojišťoven ostatních a zhoršovat dostupnost hrazených služeb, hrazených Pojišťovnou, 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 poskytlo hrazené služby, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby.
- o) odpovídá podle zvláštního právního předpisu¹⁾ za správné a úplné vyplnění tiskopisu receptu, dále odpovídá za správné a úplné vyplnění poukazu na zdravotnické prostředky nebo poukazu na vyšetření/šetření nebo příkazu ke zdravotní dopravě. Pokud při preskripci nebylo respektováno preskripční omezení vyplývající z právních předpisů a Pojišťovna tento léčivý přípravek nebo zdravotnický prostředek poskytovateli lékařské péče uhradila, má Pojišťovna právo požadovat od Poskytovatele úhradu zaplacené částky.
- p) doloží při uzavírání Smlouvy s Pojišťovnou doklad o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou občanům v souvislosti s poskytováním hrazených služeb a bude pojištěn po celou dobu trvání smluvního vztahu s Pojišťovnou.
- q) je povinen 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. a cenovým předpisem. Postup podle věty první se nepoužije, není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného 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.
- r) v případech uvedených v písm. q) 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.
- s) nebude při poskytování zdravotních služeb upřednostňovat pojištěnce, který si zvolí ekonomicky náročnější variantu.
- t) je povinen sdělovat Pojišťovně za uplynulé čtvrtletí seznam jednotlivých nositelů výkonů k poslednímu dni daného čtvrtletí, a to v souladu se zvláštním právním předpisem²⁾, a to v elektronické podobě.
- u) 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.

(3) Pojišťovna

- a) uhradí Poskytovateli provedené hrazené služby, průkazně zdokumentované a odůvodněné 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 prodlení příslušnost pojištěnce k Pojišťovně v případech, kdy není dostupný průkaz pojištěnce a jsou dostupné jeho osobní údaje.
- c) nebude vyžadovat zvýhodňování svých pojištěnců na úkor pojištěnců ostatních zdravotních pojišťoven.
- d) je oprávněna provádět kontrolu plnění smluvně dohodnutých technických a věcných podmínek a smluvně dohodnutého personálního zajištění hrazených služeb poskytovaných Poskytovatelem podle Smlouvy.

- e) poskytuje (prostřednictvím dálkového přístupu) Poskytovateli k zajištění jednotných podmínek dohodnutou metodiku, pravidla, datové rozhraní a příslušné číselníky vydávané elektronicky Svazem zdravotních pojišťoven ČR, popř. všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR, nejsou-li vydávané Svazem zdravotních pojišťoven ČR, 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 ČR je dostupný na webových stránkách Svazu zdravotních pojišťoven – www.szpcr.cz.
- f) seznámí Poskytovatele s dohodnutými změnami metodiky, pravidel a se změnami číselníku 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 uvedena lhůta přiměřeně zkrácena.

Článek IV.

Úhrada poskytovaných hrazených služeb

- (1) Hodnoty bodů¹² pro zdravotní péči hrazenou podle seznamu výkonů, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení podle § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., se uvedou v dodatku ke Smlouvě podle zvláštního právního předpisu.
- (2) Za způsoby úhrady se považují,
 - a) úhrada za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami,
 - b) paušální úhrada za poskytnuté hrazené služby,
 - c) úhrada za registrované pojištěnce (kombinovaná kapitačně - výkonová platba),
 - d) platba za diagnózu,
 - e) paušální sazba za jeden den hospitalizace,
 - f) 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 obvykle jednou měsíčně vyúčtování, doložené dawkami dokladů o poskytnutých hrazených službách s přílohami. Faktura obsahuje náležitosti účetního dokladu¹³. 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 Pojišťovny a pojištěncům z EU, kteří si Pojišťovnu vybrali jako vypomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie¹⁴, předává Poskytovatel Pojišťovně spolu s vyúčtováním zpravidla do 10 dne následujícího měsíce:
 - a) prostřednictvím internetu se zabezpečeným přístupem,
 - b) na elektronickém nosiči dat či v elektronické podobě,
 - c) na papírových dokladech.
- (6) Zjistí-li Pojišťovna ve vyúčtování před provedením úhrady nesprávně nebo neoprávněně vyúčtovanou hrazenou službu, úhradu této části vyúčtované hrazené služby v termínu splatnosti neprovede. Pojišťovna prokazatelným způsobem oznámí Poskytovateli bez zbytečného odkladu rozsah, důvod a částku vyúčtované, ale neuhrazené hrazené služby. Tím Pojišťovna vyzve Poskytovatele k opravě nesprávně vyúčtované hrazené služby nebo k doložení poskytnuté hrazené služby. Řádně poskytnutou a vyúčtovanou hrazenou službu Pojišťovna uhradí v nejbližším termínu úhrady.
- (7) Pojišťovna provede za své pojištěnce a pojištěnce z EU, kteří si Pojišťovnu vybrali jako vypomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie¹⁴, úhradu hrazených služeb, vyúčtované v souladu s právními předpisy a Smlouvou. Pokud při kontrole zjistí chyby v dokladech, postupuje podle metodiky a pravidel.

- Odmítnutí úhrady nebo části úhrady Pojišťovna bez zbytečného odkladu 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 neuhradí nebo nedoloží oprávněnost vyúčtované sporné částky nebo nebude mezi smluvními stranami dohodnut jiný termín úhrady, Pojišťovna jednostranným započtením pohledávky ve smyslu zvláštního právního předpisu (§ 580 a § 581 Občanského zákoníku) sníží Poskytovateli o příslušnou částku úhradu za vyúčtování hrazených služeb předloženou v následujícím zúčtovacím období. Pokud jde o započtení proti pohledávce státu, je přípustné pouze na základě dohody (§ 42 odst. 2 zák. č. 219/2000 Sb.).
- (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 do 30 kalendářních dnů a při předání vyúčtování Pojišťovně na papírových dokladech do 50 kalendářních dnů ode dne doručení faktury Pojišťovně, nedohodnou-li se smluvní strany jinak. Lhůta splatnosti je dodržena, je-li platba poslední den lhůty připsána na účet Poskytovatele.
- (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 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. a Smlouvou kontrolu využívání a poskytování hrazených služeb v jejich objemu a kvalitě, včetně dodržování cen, a to zejména prostřednictvím svého informačního systému, přístupu do Centrálního úložiště elektronických receptů podle zvláštního zákona¹², 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 oprávněni ke kontrole posuzují, zda zvolený způsob hrazených služeb byl indikován s ohledem na zdravotní stav pojištěnce, je v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a zda nebyl zbytečně ekonomicky náročný.
- (3) V případech stanovených právními předpisy revizní lékař posuzuje i odůvodněnost ošetřujícím lékařem navrženého, popřípadě provedeného léčebného postupu a schvaluje, zda použitý postup Pojišťovna uhradí. Rozhodnutí o použití léčebného postupu, včetně farmakoterapie, je v kompetenci ošetřujícího lékaře.
- (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 zdravotnického zařízení, nahlížení do zdravotnické dokumentace pojištěnců v souladu se zvláštním právním předpisem¹³ a dalších dokladů bezprostředně souvisejících s prováděnou kontrolou vyúčtovaných zdravotních výkonů, léčiv a zdravotnických prostředků, včetně zvlášť účtovaných léčiv a zvlášť účtovaného materiálu.
- (5) V případě kontroly (šetření) na místě ve zdravotnickém zařízení, kde Poskytovatel poskytuje hrazené služby, bude na místě vypracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a stanoviska zodpovědného pracovníka Poskytovatele přítomného 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 závěru kontroly podat Pojišťovně písemně zdůvodněné námitky. K námitkám sdělí Pojišťovna stanovisko do 30 kalendářních dnů od jejich doručení. Pokud nebude možno z objektivních důvodů tyto lhůty dodržet, prodlouží se příslušná

lhůta až na dvojnásobek. Ve stanovené lhůtě Pojišťovna sdělí Poskytovateli, zda potvrzuje nebo mění závěry kontroly. Podání námitek nemá z hlediska finančních nároků Pojišťovny vůči Poskytovateli odkladný účinek. Tím není dotčeno právo Poskytovatele uplatnit svůj nesouhlas s rozhodnutím Pojišťovny v jiném řízení.

- (8) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazených služeb nebo jejich neodůvodněné poskytování, Pojišťovna podle § 42 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb., takové služby neuhradí. V případě, že se závěry kontroly prokažou jako neodůvodněné, uhradí Pojišťovna Poskytovateli částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnutých hrazených služeb.

Článek VI.

Doba účinnosti Smlouvy

Smlouva se uzavírá na dobu 5 let, tj. do 31.12.2017.

Článek VII.

Způsob a důvody ukončení Smlouvy

- (1) Smlouva nebo její část zaniká:

- a) dnem, kdy nabylo právní moci rozhodnutí o zrušení nebo změně registrace nebo její části podle 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 Poskytovatelem, anebo došlo k zániku, odejmutí nebo změně oprávnění Poskytovatele k poskytování zdravotních služeb podle zákona č. 372/2011 Sb., v důsledku čehož nemůže Poskyvatel dále poskytovat hrazené služby v daném rozsahu,
- b) dnem zániku Poskytovatele nebo Pojišťovny,
- c) dnem uvedeným v písemném oznámení Pojišťovně, pokud Poskyvatel z provozních důvodů nemůže hrazené služby nadále poskytovat,
- d) dnem, kdy Poskyvatel pozbyl technické a věcné, anebo personální předpoklady pro poskytování hrazených služeb ve sjednaném rozsahu, stanovené právním předpisem nebo Smlouvou, ve smyslu čl. III. odst. 2 písm. a), pokud Poskyvatel nedostatky neodstraní ani po dodatečně stanovené přiměřené lhůtě.

- (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 hrazených služeb, nebo Smlouvou,
 3. opakovaně poruší povinnost vyplývající z § 40 odst. 6 zákona č. 48/1997 Sb.,
 4. vstoupí do likvidace nebo na její majetek soud prohlásí konkurz.
- b) Poskyvatel
 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, odbornosti a rozsahu činnosti,
 3. přes písemné upozornění neodůvodněně omezuje pro pojištěnce Pojišťovny ordinační dobu sjednanou ve Smlouvě,
 4. poskytuje hrazené služby bez odpovídajícího technického a věcného vybavení, anebo personálního zabezpečení,

5. prokazatelně neposkytuje pojištěncům Pojišťovny zdravotní 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 poskytnuté hrazené služby hrazené Pojišťovnou nebo za přijetí pojištěnce do péče.
 7. přes písemné upozornění prokazatelně opakovaně neoprávněně účtuje hrazené služby.
 8. neposkytne nezbytnou součinnost k výkonu kontrolní činnosti prováděné Pojišťovnou v souladu se zákonem 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) Před uplynutím sjednané doby lze Smlouvu ukončit
- a) stanoví-li tak zákon
 - b) písemnou dohodou smluvních stran, a to za podmínek a ve lhůt 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 (IČ), identifikační číslo zařízení (IČZ), identifikační číslo pracoviště (IČP).
 - b) sdělují si údaje nutné ke kontrole plnění Smlouvy.
 - c) zajistí trvale přístupné a jasné informace o existenci smluvního vztahu a právech vyplývajících z něho pro pojištěnce.
 - d) mohou si předávat údaje nezbytné k hodnocení kvality a efektivity poskytovaných hrazených služeb, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve Smlouvě.
- (2) Poskytovatel
- a) doloží Pojišťovně, při důvodném podezření na nedodržení postupu lege artis, že zdravotnické prostředky byly při poskytování hrazených služeb použity v souladu se zvláštními právními předpisy¹⁾.
 - b) oznámí neprodleně, nejpozději do 30 kalendářních dnů druhé smluvní straně skutečnosti, které by podstatným způsobem mohly ovlivnit plnění Smlouvy, např. vznik závad na výpočetním systému, změny údajů uvedených ve Smlouvě, pokud dojde
 1. ke zrušení pracoviště nebo jeho části bez náhrady nebo jeho uzavření na dobu delší než 30 kalendářních dnů,
 2. k odchodu zaměstnance jmenovitě uvedeného ve Smlouvě,
 3. k výpadku přístroje nezbytného pro provádění výkonu bez náhrady na dobu delší než 30 kalendářních dnů.
 Nesplnění povinností uvedených v písmenech a) nebo b), anebo pozdní splnění povinností uvedených v písmenu b) tohoto odstavce 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 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 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.

(2) Smírčí jednání navrhuje jedna ze smluvních stran. Návrh musí obsahovat přesné a dostatečné 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 podle § 17 odstavce 2 zákona č. 48/1997 Sb. 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.

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 unie¹, 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, samostatnou fakturou.
- (2) Pojišťovna provádí úhradu poskytnutých hrazených služeb pojištěncům z EU, kteří si Pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie¹, za stejných podmínek jako pojištěncům Pojišťovny, v souladu s právními předpisy platnými pro pojištěnce Pojišťovny.
- (3) Smluvní strany se dále dohodly, že Příloha č. 2 této Smlouvy bude mezi nimi administrována pouze a výlučně v elektronické podobě, a to v prostředí Společného Portálu ZP či portálu Pojišťovny. Konkrétní podmínky elektronické administrace Přílohy č. 2 smluvní strany dohodnou samostatným dodatkem k této Smlouvě.

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 obchodním zákoníkem.
- (2) Nedílnou součástí této Smlouvy jsou její přílohy:

- Příloha č. 1 – Prohlášení poskytovatele k oprávnění poskytování hrazených služeb
Příloha č. 2 – Smluvní rozsah hrazených služeb
Příloha č. 3 – Předávání vyúčtování a dalších dokumentů a informací prostřednictvím Portálu zdravotních pojišťoven (dále jen Portál ZP)
Příloha č. 4 – Seznam smluvní pracovišť (IČZ) Poskytovatele

Článek XII. Závěrečná ujednání

- (1) Tato Smlouva nabývá platnosti dnem podpisu zástupci obou smluvních stran a účinnosti dnem 1.1.2013.
- (2) 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.
- (3) Smlouva je vyhotovena ve 2 stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží 1 vyhotovení.
- (4) Veškeré změny a doplňky této Smlouvy lze provádět výhradně písemnými očíslovanými dodatky, podepsanými na znamení souhlasu oběma smluvními stranami.
- (5) Zánikem nebo ukončením Smlouvy vznikne smluvním stranám povinnost vzájemně vypořádat své závazky, a to ve lhůtě do 150 kalendářních dnů.
- (6) Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že Smlouva byla uzavřena podle jejich svobodné vůle a že souhlasí s jejím obsahem.

V dne.....

razítko a podpis

.....
Za Poskytovatele

V dne.....

razítko a podpis

.....
Za Pojišťovnu
JUDr. Petr Vaněk, PhD.
generální ředitel