VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY

SMLOUVA č. 1872S023
o poskytování a úhradě hrazených služeb
(pro zubní lékaře)

Článek I.
Smluvní strany

Poskytovatel zdravotních služeb:	**Vězeňská služba,ČR Vazební věznice ÚVZD**
Sídlo (obec):	Praha
Ulice, č.p., PSČ:	Soudní 1672/1, 140 00
Zápis v obchodním rejstříku: • nezapisuje se	
Zastoupený (jméno, funkce):	plk. Mgr. Dušan Gáč, ředitel VVaÚpVZD Brno
IČ:	00212423
IČZ:	72010000
Bankovní spojení (název banky), číslo účtu/kód banky:	[redacted]

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

a

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky		
Sídlo:	Orlická 4/2020, Praha 3, 130 00	
IČ:	41197518	
Regionální pobočka Brno, pobočka pro Jihomoravský kraj a Kraj Vysočina		
Zastoupená (jméno a funkce):	Ing. Jiří Kropáč,MBA, ředitel RP VZP ČR, RP Brno, pobočka pro Jihomoravský kraj a Kraj Vysočina	
Doručovací adresa (obec):	Brno	
Ulice, č.p., PSČ:	Benešova 696/10, 659 14	
tel.: 952 236 111	**fax:** 542 221 431	**e-mail:** informace72@vzp.cz
Bankovní spojení (název banky), číslo účtu/kód banky:	ČESKÁ NÁRODNÍ BANKA, 1114007651/0710	

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

u z a v í r a j í

v souladu s vyhláškou č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy, zákonem 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 dalšími právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotních služeb 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, a to i v případě, kdy Pojišťovna plní roli výpomocné instituce při realizaci práva Evropské unie, nebo na základě 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, pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR (dále jen „Metodika“), Pravidla pro vyhodnocování dokladů ve VZP ČR (dále jen „Pravidla“) a Datové rozhraní VZP ČR,

b) zavážou své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců, k zachování povinné mlčenlivosti o osobních údajích[1] 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].

(2) Poskytovatel

a) poskytuje hrazené služby v souladu s právními předpisy v odbornostech a rozsahu dohodnutých a vymezených ve Smlouvě, pro které je věcně a technicky vybaven a personálně zajištěn,

b) poskytuje hrazené služby pojištěncům z členských států EU, EHP a Švýcarska podle příslušných předpisů Evropské unie[3] a pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny smlouvy o sociálním zabezpečení[4] (dále jen pojištěnci z EU), za stejných podmínek jako pojištěncům Pojišťovny, v rozsahu dle jimi předložených dokladů, tak aby nedocházelo k jejich diskriminaci ani upřednostňování, a to ani v případě, že by pojištěnec z EU hradil hrazené služby v hotovosti,

c) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci[5], kteří budou pojištěncům poskytovat ve Smlouvě sjednané hrazené služby, splňují požadavky odborné způsobilosti stanovené právními předpisy pro výkon této činnosti[6],

d) je vždy povinen nabídnout pojištěnci ošetření hrazené ze zdravotního pojištění a informovat pojištěnce o dalších možnostech ošetření a jejich úhrady,

e) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytované hrazené služby podle zvláštního právního předpisu[7],

f) poskytuje hrazené služby „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,

g) odpovídá za účelnost indikace při odesílání pojištěnce ke komplementárním a konziliárním vyšetřením a na základě jejich výsledků upravuje diagnózu nebo léčebný postup,

h) povede pro posouzení oprávněnosti vyúčtovaných hrazených služeb v průkazné formě zdravotnickou dokumentaci o léčení pojištěnců, ve které budou zaznamenávány provedené zdravotní výkony, vyžádané hrazené služby a uchovány v ní i doručené výsledky vyžádaných a provedených vyšetření a ošetření, v souladu se zvláštním právním předpisem[8],

---

[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 (EC) č. 883/2004, o koordinaci systémů sociálního zabezpečení; směrnice Evropského parlamentu a Rady 2011/24/EU

[4] Např. Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 130/2002 Sb. m. s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Svazovou republikou Jugoslávie 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, ve znění pozdějších předpisů

[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
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

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

i) zpřístupní v případě nepřítomnosti ve Smlouvě dohodnutého nositele výkonu pojištěncům informace o poskytovateli, který jim poskytne nutné a neodkladné hrazené služby zubního lékaře; v případě, že nepřítomnost dle věty první bude trvat déle než 20 dnů, sdělí Poskytovatel podle metodiky tuto skutečnost Pojišťovně, a to na e-mailovou adresu nepritomnost72@vzp.cz, nebo prostřednictvím držitele poštovní licence, ev. osobně na adresu příslušného klientského pracoviště VZP ČR,

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 převzetí pojištěnce do péče bude takové informace od příslušných poskytovatelů vyžadovat,

k) neodmítne přijetí pojištěnce do své péče s výjimkou důvodů uvedených v § 48 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů,

l) nepodmíní právo pojištěnce na svobodnou volbu lékaře, poskytovatele nebo na poskytnutí hrazených služeb žádnými registračními poplatky nebo sponzorskými dary a za poskytnuté hrazené služby nebude od pojištěnce, pokud to nevyplývá z právních předpisů, vybírat žádnou finanční úhradu,

m) nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí hrazených služeb změnou Pojišťovny nebo jiným způsobem,

n) nebude zvýhodňovat pojištěnce jedné nebo více pojišťoven v neprospěch pojištěnců pojišťoven ostatních a zhoršovat dostupnost hrazených služeb přednostním poskytováním zdravotních služeb hrazených jinak,

o) oznámí Pojišťovně, v souladu s § 55 zákona č. 48/1997 Sb., úrazy nebo jiná poškození zdraví osob, kterým poskytl hrazené služby, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby,

p) odpovídá podle zvláštního právního předpisu[9] 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, stanovených metodikou. Pokud při preskripci nebylo respektováno preskripční omezení vyplývající z právních předpisů a Pojišťovna tento léčivý přípravek nebo zdravotnický prostředek poskytovateli lékárenské péče uhradila, má Pojišťovna právo požadovat od Poskytovatele úhradu zaplacené částky,

q) doloží při uzavírání Smlouvy s Pojišťovnou doklad o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou v souvislosti s poskytováním hrazených služeb a bude pojištěn po celou dobu trvání smluvního vztahu s Pojišťovnou.

(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[3], v souladu s právními předpisy a Smlouvou,

b) dohledá na žádost Poskytovatele bez zbytečného prodlení příslušnost pojištěnce k Pojišťovně v případech, kdy není dostupný průkaz pojištěnce a jsou dostupné jeho osobní údaje,

c) nebude vyžadovat zvýhodňování svých pojištěnců na úkor pojištěnců ostatních pojišťoven,

d) je oprávněna provádět kontrolu plnění smluvně dohodnutých věcných a technických podmínek a sjednaného personálního zajištění hrazených služeb poskytovaných Poskytovatelem podle Smlouvy,

e) poskytuje Poskytovateli prostřednictvím zveřejnění na internetových stránkách Pojišťovny k zajištění jednotných podmínek dohodnutou Metodiku, Pravidla, Datové rozhraní a příslušné číselníky vydávané Pojišťovnou k vykazování a výpočtu úhrady hrazených služeb,

f) seznámí Poskytovatele prostřednictvím zveřejnění na internetových stránkách Pojišťovny 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) Výše úhrad[10] hrazených služeb a regulační omezení objemu poskytnutých hrazených služeb podle § 17 odst. 5 zák. č. 48/1997 Sb. se uvedou v dodatku ke Smlouvě v souladu se zvláštním právním předpisem.

[9] Vyhláška č. 54/2008 Sb., o způsobu předepisování léčivých přípravků, údajích uváděných na lékařském předpisu a o pravidlech používání lékařských předpisů

[10] § 10 zák. č. 526/1990 Sb., o cenách, ve znění pozdějších předpisů

(2) Za způsoby úhrady se považují:

a) úhrada za stomatologické výkony (sdružené stomatologické výkony) v sazbách dohodnutých v dohodovacím řízení a vydaných příslušnou vyhláškou Ministerstva zdravotnictví

b) jiný způsob úhrady dohodnutý v dohodovacím řízení o cenách bodu a výši úhrad hrazených služeb, nebo v souladu se zvláštním právním předpisem.

(3) Mezi smluvními stranami musí být vždy předem dohodnuto zvýšení nebo snížení sjednaného objemu poskytovaných hrazených služeb z důvodu změny či obnovy přístrojového vybavení specifikovaného ve Smlouvě.

(4) Poskytovatel pro uplatnění nároků na úhradu poskytnutých hrazených služeb předává Pojišťovně jednou měsíčně vyúčtování, doložené dávkami dokladů o poskytnutých hrazených službách s přílohami. Faktura obsahuje náležitosti účetního dokladu[11]. 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 nebo 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 doba 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 unie[3], předává Poskytovatel Pojišťovně spolu s vyúčtováním do 10 dne následujícího měsíce na elektronickém nosiči či v elektronické podobě. Předávání vyúčtování prostřednictvím internetu se sjednává samostatným dodatkem ke Smlouvě nebo bude uzavřena samostatná smlouva o zabezpečené elektronické komunikaci.

(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 výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie[3], 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) Pokud vznikne nedoplatek ze strany Pojišťovny, bude Poskytovateli příslušná částka poukázána samostatnou platbou. Přeplatek ze strany Pojišťovny, je Pojišťovna oprávněna započíst proti kterékoliv pohledávce Poskytovatele za Pojišťovnou, a to poté, co doručí Poskytovateli vyúčtování, v němž bude přeplatek uveden.

(9) Úhrada vyúčtovaných poskytnutých hrazených služeb, při dodržení podmínek dohodnutých ve Smlouvě, bude provedena při předání vyúčtování Pojišťovně na elektronickém nosiči 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. Doba splatnosti je dodržena, je-li platba poslední den doby 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 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 účtovaných Pojišťovně, a to prostřednictvím svého informačního systému, revizních lékařů a dalších odborných pracovníků ve zdravotnictví, způsobilých k revizní činnosti (dále jen „odborní pracovníci“).

(2) Revizní lékaři a odborní pracovníci oprávnění ke kontrole posuzují, zda zvolený způsob hrazených služeb byl indikován s ohledem na zdravotní stav pojištěnce, je v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a zda nebyl zbytečně ekonomicky náročný.

[11] Zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů

(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 svého objektu, nahlížení do zdravotnické dokumentace pojištěnců v souladu se zvláštním předpisem[12] 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) u Poskytovatele bude na místě zpracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a stanoviska Poskytovatele. 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 15 kalendářních dnů od převzetí závěru kontroly podat Pojišťovně písemně zdůvodněné námitky. K námitkám sdělí Pojišťovna stanovisko do 30 kalendářních dnů od jejich doručení. Pokud nebude možno z objektivních důvodů tyto lhůty dodržet, lze je na žádost příslušné smluvní strany prodloužit až na dvojnásobek. Ve stanovené lhůtě Pojišťovna sdělí Poskytovateli, zda potvrzuje nebo mění závěry kontroly. Podání námitek nemá z hlediska finančních nároků Pojišťovny vůči Poskytovateli odkladný účinek. Tím není dotčeno právo Poskytovatele uplatnit svůj nesouhlas s rozhodnutím Pojišťovny v jiném řízení.

(8) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazených služeb nebo jejich neodůvodněné poskytování, Pojišťovna podle § 42 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb. takové služby neuhradí a je oprávněna postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve Smlouvě. V případě, že se závěry kontroly prokážou jako neodůvodněné, uhradí Pojišťovna Poskytovateli částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnutých hrazených služeb. Poskytovatel je oprávněn postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve Smlouvě.

Článek VI.
Doba účinnosti Smlouvy

Smlouva se uzavírá na dobu 5 let, tj. do 31.12.2023. Pokud jedna ze smluvních stran neoznámí druhé straně nejpozději 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 zaniká:

a) zánikem oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle § 22 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a dnem právní moci rozhodnutí o odejmutí oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle § 23 a § 24 téhož zákona,

b) dnem zániku Poskytovatele nebo Pojišťovny nebo dnem úmrtí Poskytovatele - fyzické osoby,

c) dnem uvedeným v písemném oznámení Pojišťovně, pokud Poskytovatel ze závažných zdravotních či provozních důvodů nemůže hrazené služby nadále poskytovat,

d) dnem, kdy Poskytovatel pozbyl věcné, technické nebo personální předpoklady pro poskytování hrazených služeb ve sjednaném rozsahu, stanovené právním předpisem nebo Smlouvou, ve smyslu čl. III. odst. 2 písm. a), pokud Poskytovatel nedostatky neodstranil ani po dodatečně stanovené přiměřené lhůtě; Smlouva nebo její část zaniká pouze v části vymezující rozsah nasmlouvaných hrazených služeb, ve 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) Před uplynutím sjednané doby lze Smlouvu ukončit písemnou výpovědí s výpovědní dobou pěti měsíců, která začne běžet prvním dnem měsíce následujícího po doručení výpovědi druhé smluvní straně, 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,

[12] § 65 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotní ch službách, ve znění pozdějších předpisů

2. ve smluvních vztazích hrubým způsobem porušila povinnost uloženou jí příslušným právním předpisem, upravujícím veřejné zdravotní pojištění nebo poskytování zdravotních služeb, nebo Smlouvou,
3. 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, odbornosti a rozsahu činnosti,
3. přes písemné upozornění neodůvodněně omezuje pro pojištěnce ordinační dobu, o které Poskytovatel Pojišťovnu informoval,
4. poskytuje hrazené služby bez odpovídajícího věcného a technického vybavení a personálního zajištění, nezakládá-li toto jednání zánik Smlouvy ve smyslu Článku VII, odst. (2), písm. d) Smlouvy,
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 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 doby splatnosti dohodnuté ve Smlouvě,
3. přes písemné upozornění opakovaně překračuje rozsah kontrolní činnosti stanovený zákonem č. 48/1997 Sb.,
4. poskytne třetí straně údaje o Poskytovateli nad rámec právních předpisů nebo Smlouvy.

(3) Před uplynutím sjednané doby lze Smlouvu ukončit:

a) stanoví-li tak zákon,

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

Článek VIII.
Vzájemné sdělování údajů a předávání dokladů nutných ke kontrole plnění Smlouvy

(1) Smluvní strany

a) používají 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 dostupnost informací o existenci smluvního vztahu,

d) mohou si předávat údaje nezbytné k hodnocení kvality a efektivity poskytovaných hrazených služeb, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve Smlouvě.

(2) Poskytovatel

a) doloží Pojišťovně, při důvodném podezření na nedodržení postupu „lege artis“, že zdravotnické prostředky byly při poskytování hrazených služeb použity v souladu se zvláštními právními předpisy[13],

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 – nositele výkonu jmenovitě uvedeného ve Smlouvě,
3. k výpadku přístroje nezbytného pro provádění výkonu bez náhrady na dobu delší než 30 kalendářních dnů.

Pozdní splnění povinností vyplývajících z odst. 2 písm. b) tohoto článku či jejich nesplnění se považuje za závažné porušení smluvní povinnosti.

[13] Např. zákon č. 268/2014 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně zákona č. 234/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů a § 42 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

(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, k jejichž zveřejnění jí Poskytovatel předem poskytne písemný souhlas.

(4) Poskytovatel souhlasí s tím, aby si Pojišťovna a zástupci poskytovatelů vzájemně sdělovali informace o poskytování a úhradě hrazených služeb.

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 jinou dohodnutou formou.

(2) 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 zájmovými sdruženími[14] podle § 17 odstavce 2 zákona č. 48/1997 Sb. a zástupce Pojišťovny. K projednání sporu si každá smluvní strana může přizvat nejvýše dva odborné poradce. Smírčí jednání se ukončí zápisem, obsahujícím smír nebo závěr, že rozpor nebyl odstraněn s uvedením stanovisek obou stran.

Článek X.
Zvláštní ujednání

Smluvní strany se v souladu s ustanovením čl. 2 odst. 4 rámcové smlouvy (příloha č. 3 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[3], 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 unie[3], v souladu s právními předpisy platnými pro pojištěnce.

(3) Smluvní strany se dohodly, že vzorový cenový dodatek o výši a způsobu úhrady hrazených služeb a regulačních omezeních objemu poskytnutých hrazených služeb Pojišťovna před jeho distribucí poskytovatelům předloží zástupcům poskytovatelů zdravotních služeb zubních lékařů; tento dodatek bude obsahovat pouze ustanovení nezbytná pro realizaci úhrady hrazených služeb na stanovené období.

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 příslušnými právními předpisy.

(2) Součástí této Smlouvy jsou její přílohy:

č. 1 Ověřená kopie rozhodnutí o registraci vydaného orgánem příslušným k registraci podle místa provozování nestátního zdravotnického zařízení, nebo

ověřená kopie rozhodnutí o oprávnění k poskytování zdravotních služeb a

ověřená kopie výpisu z obchodního rejstříku u fyzických nebo právnických osob, zapsaných do obchodního rejstříku.

[14] Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník (§ 3051)

č. 2 Smluvené druhy a formy zdravotní péče, odbornosti pracovišť a jejich jednoznačná identifikace a rozsah poskytovaných hrazených služeb, přičemž kde je v této příloze použit pojem Zdravotnické zařízení (ZZ), je tím rozuměn Poskytovatel, a kde je použit pojem zdravotní péče, jsou tím zároveň rozuměny zdravotní služby,

č. 3 Metodika pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR, verze 6.2.

Pravidla pro vyhodnocování dokladů ve VZP ČR, verze 6.2.

Datové rozhraní VZP ČR, verze 6.2.

Pozn.: Ověření kopií provede Pojišťovna na základě předložení originálu dokladu.

Článek XII.
Závěrečná ujednání

(1) Tato Smlouva nabývá platnosti dnem jejího uzavření a upravuje práva a povinnosti smluvních stran v období od 1.1.2019.

(2) Smlouva je vyhotovena ve 2 stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží 1 vyhotovení.

(3) Nabytím účinnosti této smlouvy pozbývá platnost a účinnost stávající smlouva č. 2B72S017 ze dne 17.12.2012.

(4) Veškeré změny a doplňky této Smlouvy lze provádět výhradně písemnými očíslovanými dodatky, podepsanými na znamení souhlasu oběma smluvními stranami.

[redacted] [redacted]