VŠEOBECNÁ
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
ČESKÉ REPUBLIKY

SMLOUVA č. 5B74A054
o poskytování a úhradě hrazených služeb
(pro ambulantní specializovanou péči)

Článek I.
Smluvní strany

Vězeňská služba České republiky, poskytovatel zdravotních služeb,
se sídlem: Praha, Soudní 1672/1a, PSČ 140 00
kterého zastupuje: vrchní rada plk. Mgr. Bc. Miroslav Vodák, funkce: ředitel
rozhodnutí o oprávnění k poskytování zdravotních služeb (registraci): Ministerstvo spravedlnosti ČR, sp. zn.: 1/2013-OKN-ZDRA/12, ze dne 26.7.2013
zápis v obchodním rejstříku: nezapisuje se, oddíl -, vložka -, den

IČO: 00212423
název poskytovatele zdravotních služeb: Vězeňská služba ČR, Věznice Břeclav
IČZ: 74006000
doručovací adresa: Břeclav, Za bankou 3087/3, PSČ 690 02
tel.: 519368118 **fax:** **e-mail: vmrazkova@vez.brv.justice.cz**
[redacted]

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

a

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky,

IČO 41197518, se sídlem v Praze 3, Orlická 4/2020, zřízena zákonem č. 551/1991 Sb., do obchodního rejstříku se nezapisuje,
Regionální pobočka Brno, pobočka pro Jihomoravský kraj a Kraj Vysočina,
kterou zastupuje: Ing.Svatava Šlajchrtová, **funkce:** ředitelka odboru zdravotní péče Regionální pobočka Brno, pobočka pro Jihomoravský kraj a Kraj Vysočina
doručovací adresa: Regionální pobočka BRNO,
Brno, Benešova 696/10, PSČ 659 14
bankovní spojení: název a pobočka banky: Komerční banka, a.s., se sídlem Praha 1, Na Příkopě 33 čp. 969,

číslo účtu/kód banky: 27-8272400207/0100

(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. To platí i v případě, kdy Pojišťovna plní roli výpomocné instituce při realizaci práva Evropské unie, nebo na základě mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení, uzavíraných Českou republikou.

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) zaváží 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 stanovené právními předpisy pro výkon této činnosti[6],

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

e) 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,

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

g) povede pro posouzení oprávněnosti vyúčtovaných hrazených služeb v průkazné formě zdravotní dokumentaci, 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],

h) zajistí, v případě nepřítomnosti ve Smlouvě dohodnutého nositele výkonu, zástup jiným kvalifikovaným nositelem výkonu a tuto skutečnost oznámí pojištěncům; v případě,

---

[1] Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů

[2] Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně, ve znění pozdějších předpisů

[3] Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004, o koordinaci systémů sociálního zabezpečení a č. 987/2009, kterým se stanoví prováděcí pravidla k nařízení (ES) č. 883/2004, o koordinaci systémů sociálního zabezpečení, 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 Jugoslávií o sociálním zabezpečení, Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 135/2004 Sb.m.s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Tureckou republikou o sociálním zabezpečení, Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č.2/2007 Sb.,m.s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Republikou Makedonie o sociálním zabezpečení.

[5] Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, 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, ve znění pozdějších předpisů
Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

[7] Vyhláška č. 92/2012 Sb. o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče

[8] Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách); Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci

že nepřítomnost nositele výkonu, znamenající nedostupnost příslušné odbornosti, bude delší než 7 dnů, sdělí Poskytovatel tuto skutečnost Pojišťovně, a to na e-mailovou adresu nepritomnost74@vzp.cz, nebo prostřednictvím držitele poštovní licence, ev. osobně na adresu příslušného klientského pracoviště VZP ČR,

i) poskytne v souladu s právními předpisy poskytovatelům, kterým pojištěnce předá do péče nebo které si pojištěnec zvolí, informace potřebné pro zajištění návaznosti hrazených služeb a k zamezení duplicitního provádění diagnostických a léčebných výkonů a při převzetí pojištěnce do péče bude takové informace od příslušných poskytovatelů vyžadovat,

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

k) 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,

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

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

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

o) 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. Pokud při preskripci nebylo respektováno preskripční omezení vyplývající z právních předpisů a Pojišťovna tento léčivý přípravek poskytovateli lékárenské péče uhradila, má Pojišťovna právo požadovat od Poskytovatele úhradu zaplacené částky,

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

(3) Pojišťovna

a) uhradí Poskytovateli 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 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.

---

[9] Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů; Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů

Článek IV.
Úhrada poskytovaných hrazených služeb

(1) Hodnoty bodu[10] pro zdravotní služby hrazené podle Seznamu výkonů, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení objemu poskytnutých hrazených služeb podle § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., se uvedou v dodatku ke Smlouvě.

(2) Za způsoby úhrady se považují zejména

a) úhrada za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, nebo

b) jiný dohodnutý způsob úhrady.

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

(4) Poskytovatel pro uplatnění nároků na úhradu poskytnutých hrazených služeb předává Pojišťovně jednou měsíčně vyúčtování doložené 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 zpravidla v termínu do 10. dne následujícího měsíce:

a) na elektronickém nosiči dat či v elektronické podobě*

~~b) na papírových dokladech~~*.

Pokud bude mezi smluvními stranami dohodnuto předávání vyúčtování prostřednictvím Internetu, bude v této věci uzavřen samostatný dodatek ke Smlouvě nebo 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) Zjistí-li Pojišťovna pochybení ve vyúčtování předaném Poskytovatelem dodatečně, tj. po úhradě a Poskytovatel do 10 pracovních dnů od doručení písemné výzvy Pojišťovny příslušnou částku sám neuhradí, nebo nedoloží oprávněnost vyúčtované sporné částky, nebo nebude-li mezi smluvními stranami individuálně dohodnut jiný termín úhrady, Pojišťovna jednostranným započtením pohledávky sníží Poskytovateli o příslušnou částku úhradu za vyúčtování hrazených služeb předložené v následujícím zúčtovacím období.

---

[10] § 10 zákona č.526/1990 Sb., o cenách, ve znění pozdějších předpisů
[11] Zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů
* nehodící se škrtne

(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. Lhůty splatnosti se vztahují i na pololetní (nebo roční) vyúčtování v případě doplatku ze strany Pojišťovny s tím, že lhůta splatnosti se počítá ode dne odeslání vyúčtování Poskytovateli.

(10) V případě poruchy výpočetního systému, znemožňující včasné provedení vyúčtování nebo úhrady hrazených služeb, poskytne Pojišťovna Poskytovateli v dohodnutém termínu úhrady zálohu ve výši průměrného měsíčního objemu vykázaných hrazených služeb, vypočteného z posledních dvou uzavřených kalendářních čtvrtletí, pokud se smluvní strany v daném případě nedohodnou jinak.

Článek V.
Kontrola

(1) Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona č. 48/1997 Sb. a Smlouvou kontrolu využívání a poskytování hrazených služeb a jejich vyúčtování z hlediska objemu a kvality, včetně dodržování cen, a to prostřednictvím svého informačního systému, revizních lékařů a dalších odborných pracovníků ve zdravotnictví, způsobilých k revizní činnosti (dále jen odborní pracovníci).

(2) 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.

(3) V případech stanovených právními předpisy revizní lékař (odborný pracovník) posuzuje i odůvodněnost ošetřujícím lékařem (klinickým psychologem, klinickým logopedem) navrženého, popřípadě provedeného léčebného postupu a schvaluje, zda použitý postup Pojišťovna uhradí.

(4) Poskytovatel poskytne Pojišťovně při výkonu kontroly nezbytnou součinnost, zejména předkládá požadované doklady, sděluje údaje a poskytuje vysvětlení. Umožní revizním lékařům a odborným pracovníkům Pojišťovny vstup do svého objektu, nahlížení do zdravotnické dokumentace pojištěnců v souladu se zvláštním právním 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. Revizní lékař (revizní odborný pracovník) je povinen postupovat tak, aby kontrola nenarušila prováděný léčebný výkon.

(5) V případě kontroly u Poskytovatele bude na místě vypracován 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, 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

[12] § 65 odst. 2 písm. c) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

služby neuhradí a je oprávněna postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve Smlouvě. V případě, že se závěry kontroly prokážou jako neodůvodněné, vrátí 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 neurčitou a lze ji ukončit pouze z důvodů uvedených v čl. VII. této smlouvy.

Článek VII.
Způsob a důvody ukončení Smlouvy

(1) Smlouva nebo její část zaniká:

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

b) dnem zániku Poskytovatele nebo Pojišťovny nebo dnem úmrtí Poskytovatele,

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

d) dnem, kdy Poskytovatel pozbyl věcné, technické nebo personální předpoklady pro poskytování hrazených služeb ve sjednaném 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) Smlouvu lze ukončit písemnou výpovědí s výpovědní dobou 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, nezakládá-li toto jednání neplatnost Smlouvy,
   2. ve smluvních vztazích hrubým způsobem porušila povinnost uloženou jí příslušným právním předpisem, upravujícím veřejné zdravotní pojištění nebo poskytování zdravotních služeb, nebo Smlouvou,
   3. 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 sjednanou ve Smlouvě,
   4. poskytuje hrazené služby bez odpovídajícího věcného a technického vybavení a personálního zajištění, nezakládá-li toto jednání zánik Smlouvy ve smyslu Článku VII, odst. (1), 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 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 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 jmenovitě uvedeného ve Smlouvě,
      3. k výpadku přístroje nezbytného pro provádění výkonu bez náhrady na dobu delší než 30 kalendářních dnů.

   Nesplnění povinností uvedených v písmenech a) nebo b), anebo pozdní splnění povinností uvedených v písmenu b) se považuje za závažné porušení smluvní povinnosti. Naplnění skutečnosti, uvedené v písm. b), bodu 1. tohoto odstavce nezakládá nárok smluvní strany na změnu Smlouvy a může vést k ukončení Smlouvy, nebo její části, podle Článku VII, odst. (1), písm. d), Článku VII, odst. (2), písm. b), bod 1., 3 a další.

(3) Pojišťovna
   a) může poskytnout Poskytovateli v zobecněné formě informace potřebné k ekonomizaci jeho činnosti nebo k jeho vědecké a výzkumné činnosti a ke kontrole kvality poskytovaných hrazených služeb, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve Smlouvě,
   b) může zveřejnit na své internetové adrese, popř. v jiných zdrojích, určených svým pojištěncům, v rámci seznamu smluvních poskytovatelů obchodní jméno či firmu a adresu Poskytovatele, jeho odbornost a telefonické, případně e-mailové spojení či další údaje vzájemně dohodnuté.

[13] Např. zákon č.123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů a § 42 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb.

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 rozhodčím řízení podle zvláštního právního předpisu[14], pokud se smluvní strany na řešení sporů v rozhodčím řízení ve Smlouvě dohodnou.

(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 svými zájmovými sdruženími podle § 17 odstavce 2 zákona 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 čl. 2 odst. 4 rámcové smlouvy (příloha č. 2 vyhlášky č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy), dohodly na dále uvedených ujednáních nezbytných pro plnění Smlouvy a její kontrolu:

(1) Poskytovatel poskytuje hrazené služby pojištěncům z EU, kteří si Pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské 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.

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) Nedílnou 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, nebo

ověřená kopie zřizovací listiny (statutu) schválené zřizovatelem Zdravotnického zařízení u státních zdravotnických zařízení,

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

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, je tím zároveň rozuměna zdravotní služba.

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.

---

[14] Zákon č. 216/1994 Sb., o rozhodčím řízení a o výkonu rozhodčích nálezů, ve znění pozdějších předpisů

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

Článek XII.
Závěrečná ujednání

(1) Tato Smlouva nabývá platnosti dnem jejího uzavření a účinnosti dnem 1.1.2016.

(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 smlouvy č. 0B74A004 ze dne 13.10.2010.

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

V Břeclavi dne 16. 9. 2015

[redacted]

Brno dne 30. 09. 2015

[redacted]