

SMLOUVA č. o poskytování a úhradě zdravotních služeb

Článek I. Smluvní strany

**Proton Therapy Center Czech s.r.o., poskytovatel zdravotních služeb,
se sídlem: Praha 6, Křenova 11, PSČ 162 00**

rozhodnutí o oprávnění k poskytování zdravotních služeb:
sp. zn.:, ze dne

zápis v obchodním rejstříku:

soud: Městský soud v Praze, oddíl C, vložka 84153, den 1. srpna 2001.

IČO: 264 66 791

IČZ:

tel.: fax: e-mail:

**jejímž jménem jednají společně: Václav Laštovka, Pláničkova 444/9, Praha 6 Veveslavín
a Pavel Laštovka, Křenova 438/5, Praha 6 Veveslavín, jednatelé**

bankovní spojení: název a pobočka banky:

číslo účtu/kód banky:

(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 pro Hl. m. Prahu a Středočeský kraj,

jejímž jménem jedná: Ing. Pavel Pivrnec, ředitel

doručovací adresa: Na Perštýně 6, 110 01 Praha 1

tel.: fax: e-mail:

bankovní spojení: název a pobočka banky:000000

číslo účtu/kód banky:

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

u z a v í r a j í

v souladu s platným zněním zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, a dalšími právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotních služeb tuto **Smlouvu o poskytování a úhradě zdravotních služeb** (dále jen „Smlouva“).

Článek II. Předmět Smlouvy

- (1) Předmětem této Smlouvy je stanovení podmínek a úprava vztahů vznikajících mezi Poskytovatelem a Pojišťovnou při poskytování a úhradě zdravotních služeb (dále jen zdravotní služby) pojištěncům Pojišťovny (dále jen „pojištěnci“).
- (2) Poskytovatel poskytuje pojištěncům zdravotní služby v rozsahu diagnostické péče společně s léčbou definovaných onemocnění protonovou terapií, a to za podmínek uvedených v Čl. IV. odst. 2 této Smlouvy.

Článek III. Práva a povinnosti smluvních stran

- (1) Smluvní strany
 - a) dodržují při vykazování a úhradě zdravotních služeb dohodnutou metodiku, pravidla a datové rozhraní,
 - b) zaváží své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců, k zachování povinné mlčenlivosti o osobních údajích¹ a skutečnostech, o nichž se dozvěděli při výkonu své funkce nebo zaměstnání anebo při zpracování údajů z informačního systému na základě Smlouvy, popřípadě v souvislosti s nimi²,
- (2) Poskytovatel
 - a) poskytuje zdravotní 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) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci³, kteří budou pojištěncům poskytovat ve Smlouvě sjednané zdravotní služby, splňují požadavky způsobilosti stanovené právními předpisy pro výkon této činnosti⁴,
 - c) odpovídá za to, že zdravotničtí pracovníci poskytují zdravotní služby jen za podmínky, že léčbu bude indikovat vedoucí radiačního onkologa některého z komplexních onkologických center, na základě explicitně deklarovaného konkrétního doporučení lékařů mezioborového indikačního semináře a vyjádření, že protonové záření v dané indikaci představuje dle recentních a relevantních studií jasný léčebný benefit oproti dostupným metodám fotonové léčby. Zdravotní služby budou vykázány na dokladu 06 dle metodiky, kdy žadatelem bude radiační onkolog, případně ošetřující lékař příslušného komplexního onkologického centra s doloženým vyjádřením vedoucího radiačního onkologa za podmínek výše uvedených.
 - d) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytované zdravotní služby podle zvláštního právního předpisu⁵,
 - e) poskytuje zdravotní 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) provede pro posouzení oprávněnosti vyúčtovaných zdravotních služeb v průkazné formě zdravotní dokumentaci o léčení pojištěnců, ve které budou zaznamenávány provedené zdravotní výkony, provedené na základě předchozí indikace dle písm.c) tohoto odstavce, originál tohoto dokumentu musí být v této zdravotní dokumentaci založen, v souladu se zvláštním právním předpisem⁶,
 - g) zajistí, v případě nepřítomnosti ve Smlouvě dohodnutého nositele výkonu, zástup jiným kvalifikovaným nositelem výkonu a v případech, kdy tato skutečnost trvá déle než 3 pracovní dny a má za následek výrazné omezení provozu Poskytovatele, tuto skutečnost oznámí vhodným způsobem pojištěncům a Pojišťovně na e-mailovou adresu nepritomnostxx@vzp.cz, nebo prostřednictvím držitele poštovní licence, ev. osobně na adresu příslušného klientského pracoviště VZP ČR,
 - h) poskytne v souladu s právními předpisy poskytovatelům, kterým pojištěnce předá do péče nebo které si pojištěnec zvolí, informace potřebné pro zajištění návaznosti zdravotních služeb a k zamezení duplicitního provádění diagnostických a léčebných výkonů,
 - i) neodmítne přijetí pojištěnce do své péče s výjimkou důvodů uvedených v § 48 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb.,
 - j) nepodmíní právo pojištěnce na svobodnou volbu lékaře, poskytovatele nebo na poskytnutí

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 Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti

⁴ 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

⁵ Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče

⁶ Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách); Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci

zdravotních služeb žádnými registračními poplatky nebo sponzorskými dary a za poskytnuté zdravotní služby nebude od pojištěnce, pokud to nevyplývá z právních předpisů, vybírat žádnou finanční úhradu,

- k) nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí zdravotních služeb změnou Pojišťovny nebo jiným způsobem,
 - l) nebude zvýhodňovat pojištěnce jedné nebo více pojišťoven v neprospěch pojištěnců pojišťoven ostatních a zhoršovat dostupnost zdravotních služeb přednostním poskytováním zdravotních služeb hrazených jiným způsobem,
 - m) oznámí Pojišťovně, v souladu s § 55 zákona č. 48/1997 Sb., úrazy nebo jiná poškození zdraví osob, kterým poskytl zdravotní služby, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby,
 - n) doloží při uzavírání Smlouvy s Pojišťovnou doklad o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou občanům v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb a bude pojištěn po celou dobu trvání smluvního vztahu s Pojišťovnou.
- (3) Pojišťovna
- a) uhradí Poskytovateli provedené zdravotní služby, průkazně zdokumentované a odůvodněně poskytnuté jejím pojištěncům, 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 zdravotních služeb poskytovaných Poskytovatelem podle Smlouvy,
 - e) poskytuje Poskytovateli k zajištění jednotných podmínek dohodnutou metodiku, pravidla, datové rozhraní a příslušné číselníky vydávané Všeobecnou zdravotní pojišťovnou k vykazování a výpočtu úhrady zdravotních služeb,
 - 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 zdravotních služeb

- (1) Úhrada zdravotních služeb poskytovaných dle této Smlouvy bude hrazena v souladu s ust. § 16 zákona č. 48/1997 Sb., v platném znění, a to za podmínek v této Smlouvě dále uvedených.
- (2) Úhrada za zdravotní služby poskytované dle ustanovení Čl. II odst. 2 Smlouvy bude provedena pouze na základě vykazání konkrétního kódu výkonu případového paušálu, a to následovně:
 - a) kód výkonu VZP č. 43686 – Protonová léčba – dospělí (nádory spodiny lebeční a páteře, nádory mozku a míchy, ORL nádory) – 505.907,- Kč
 - b) kód výkonu VZP č. 43688 – Protonová léčba – děti (CNS) – 734.567,- Kč
 - c) Úhrada za případový paušál je složena z následující péče:
 - 1. vstupní komplexní vyšetření, kontrolní a cílená vyšetření během léčby, včetně provedených prvních dvou klinických kontrol po léčbě
 - 2. veškerá související diagnostika
 - 3. plánování terapie, včetně fixačních pomůcek a zvláště účtovaného materiálu
 - 4. verifikace ozařovacího plánu, verifikace nastavení pro každou frakci protonové terapie na ozařovači
 - 5. protonová terapie (kód výkonu VZP č. 43686 – obsahuje celkem 20 frakcí; kód výkonu VZP č. 43688 – obsahuje celkem 30 frakcí)

Úhrada v plné ceně za konkrétní výkon bude realizována pouze v případě, že bude provedeno více než 50 % z celkového počtu frakcí stanovených pro konkrétní výše uvedený kód výkonu VZP.

Úhrada za konkrétní výkon případového paušálu (kód VZP č. 43686 a č. 43688) je konečná. V případě nutnosti provedení více frakcí, než je kalkulováno v uvedených kódech, nebude navýšení počtu frakcí finančně zohledněno.

Pokud bude provedeno méně než 50 % z celkového počtu frakcí stanovených pro konkrétní výše uvedený kód výkonu VZP, bude úhrada za tento konkrétní výkon realizována ve výši 30% z celkové ceny.

- (3) Poskytovatel poskytne zdravotní služby po dobu platnosti této Smlouvy maximálně do výše 100 mil. Kč.
- (4) Mezi smluvními stranami musí být vždy předem dohodnuto zvýšení nebo snížení objemu poskytovaných zdravotních služeb z důvodu změny kapacity, struktury Poskytovatele, změny či obnovy přístrojového vybavení specifikovaného ve Smlouvě.
- (5) Poskytovatel pro uplatnění nároků na úhradu poskytnutých zdravotních služeb předává Pojišťovně jednou měsíčně vyúčtování doložené dárkami dokladů o poskytnutých zdravotních službách s přílohami. Základním fakturačním obdobím je kalendářní měsíc. Faktura obsahuje náležitosti účetního dokladu⁷. 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.
- (6) Poskytovatel odpovídá za úplnost, formální i věcnou správnost dokladů a za jejich předávání způsobem dohodnutým v metodice a datovém rozhraní. Doklady za zdravotní služby poskytnuté pojištěncům, předává Poskytovatel Pojišťovně spolu s vyúčtováním v termínu do 17. 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.
- (7) Zjistí-li Pojišťovna ve vyúčtování před provedením úhrady nesprávně nebo neoprávněně vyúčtované zdravotní služby, úhradu této části vyúčtovaných zdravotních služeb v termínu splatnosti neprovede. Pojišťovna prokazatelným způsobem oznámí Poskytovateli bez zbytečného odkladu rozsah a důvod vyúčtovaných, ale neuhrazených zdravotních služeb. Tím Pojišťovna vyzve Poskytovatele k opravě nesprávně vyúčtovaných zdravotních služeb nebo k doložení poskytnutí zdravotních služeb. Řádně poskytnuté a vyúčtované zdravotní služby Pojišťovna uhradí v nejbližším termínu úhrady.
- (8) Pojišťovna provede formou měsíční úhrady za své pojištěnce úhradu zdravotních 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.
- (9) Pokud vznikne nedoplatek ze strany Pojišťovny, bude Poskytovateli příslušná částka poukázána samostatnou platbou. V případě přeplatku ze strany Pojišťovny bude Poskytovateli o jeho výši snížena formou započtení následující úhrada za poskytnuté zdravotní služby.
- (10) 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 mezi smluvními stranami dohodnut jiný termín úhrady, Pojišťovna jednostranným započtením pohledávky sníží Poskytovateli o příslušnou částku úhradu za vyúčtování zdravotních služeb předložené v následujícím zúčtovacím období.

⁷ Zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů

* nehodící se škrtně

- (11) Úhrada vyúčtovaných poskytnutých zdravotních 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. Lhůta splatnosti je dodržena, je-li platba poslední den lhůty připsána na účet Poskytovatele.
- (12) V případě poruchy výpočetního systému, znemožňující včasné provedení vyúčtování nebo úhrady zdravotních služeb, poskytne Pojišťovna Poskytovateli v dohodnutém termínu úhrady zálohu ve výši průměrného měsíčního objemu vykázaných zdravotních 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 zdravotních služeb z hlediska objemu a kvality, včetně dodržování cen, a to prostřednictvím svého informačního systému, revizních lékařů a dalších odborných pracovníků ve zdravotnictví, způsobilých k revizní činnosti (dále jen odborní pracovníci).
- (2) V rámci své odborné způsobilosti revizní lékaři a odborní pracovníci oprávnění ke kontrole posuzují, zda zvolený způsob zdravotních 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.
- (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 předpisem⁸ 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, 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 zdravotních 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, pokud jsou sjednána. V případě, že se závěry kontroly prokážou jako neodůvodněné, vrátí Pojišťovna Poskytovateli částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnutých zdravotních služeb. Poskytovatel je oprávněn postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve Smlouvě.

⁸ § 65 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

Článek VI.
Doba účinnosti Smlouvy

Smlouva se uzavírá na dobu určitou od 1. 11. 2013 do 31.10. 2014.

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,
 - 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 zdravotní služby nadále poskytovat,
 - d) dnem, kdy Poskytovatel pozbyl věcné, technické nebo personální předpoklady pro poskytování zdravotních služeb ve sjednaném rozsahu, stanovené právním předpisem nebo Smlouvou, ve smyslu čl. III. odst. 2 písm. a), nebo bylo Poskytovateli změněno, pozastaveno nebo odejmuto oprávnění k poskytování zdravotních služeb, pokud Poskytovatel nedostatky neodstraní ani po dodatečně stanovené přiměřené lhůtě; Smlouva nebo její část zaniká pouze v části vymezující rozsah nasmlouvaných zdravotních 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 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.,
 4. vstoupí do likvidace nebo na její majetek soud prohlásí konkurz,
 - b) Poskytovatel
 1. bez předchozí dohody s Pojišťovnou bezdůvodně neposkytuje zdravotní služby ve sjednaném rozsahu a kvalitě,
 2. přes písemné upozornění bez předchozí dohody s Pojišťovnou opakovaně účtuje zdravotní 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 zdravotní služby bez odpovídajícího věcného a technického vybavení a personálního zajištění,
 5. prokazatelně neposkytuje pojištěncům zdravotní služby kvalitně a „lege artis“, popřípadě opakovaně odmítne poskytnutí zdravotních služeb z jiných, než právními předpisy stanovených důvodů,
 6. požaduje v rozporu s právními předpisy od pojištěnců finanční úhradu za zdravotní služby nebo za přijetí pojištěnce do péče,
 7. přes písemné upozornění prokazatelně opakovaně neoprávněně účtuje zdravotní 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 zdravotní 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 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 zdravotních 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 zdravotních služeb použity v souladu se zvláštními právními předpisy⁹,
 - 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) 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 zdravotních 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 smířčím jednání. Tím není dotčeno právo smluvních stran uplatnit svůj nárok na řešení sporu u soudu.

⁹ Např. zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

- (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 sdruženími¹⁰ 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. Ostatní ujednání

- (1) Právní vztahy mezi smluvními stranami, ve věcech neupravených právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotních služeb a touto Smlouvou, se řídí obchodním zákoníkem a dalšími příslušnými právními předpisy.
- (2) Nedílnou součástí této Smlouvy jsou její přílohy:
- č. 1 ověřená kopie rozhodnutí o oprávnění k poskytování zdravotních služeb,
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 zdravotních 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 XI. Závěrečná ujednání

- (1) Tato Smlouva nabývá platnosti dnem podpisu zástupci obou smluvních stran a účinnosti dnem 1. 11. 2013.
- (2) Smlouva je vyhotovena ve 2 stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží 1 vyhotovení.
- (3) Veškeré změny a doplňky této Smlouvy lze provádět výhradně písemnými očíslovanými dodatky, podepsanými na znamení souhlasu oběma smluvními stranami.
- (4) Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že tato Smlouva byla uzavřena podle jejich svobodné vůle a že souhlasí s jejím obsahem.

..... dne

..... dne

razítko a podpis

.....

Za Poskytovatele
titul, jméno a příjmení
funkce

razítko a podpis

.....

Za Pojišťovnu
titul, jméno a příjmení
funkce

¹⁰ Zákon č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů, ve znění pozdějších předpisů
§ 20f a násl. zákona č. 40/1964 Sb., Občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů