

S M L O U V A**o poskytování a úhradě hrazených služeb**

(pro ambulantní poskytovatele ambulantní specializované péče, s výjimkou poskytovatelů fyzioterapie (odbornost 902 a 918) a ergoterapie, a pro poskytovatele péče ženských lékařů (odbornost 603 a 604) a klinické logopedie)

číslo: 030004226**Smluvní strany****I. Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky,**

se sídlem: Drahobejlova 1404/4, Libeň, 190 00 Praha 9

IČO: 47114975

zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl A, vložka 7564

zastupená: [REDACTED]

e-mail: [REDACTED]

datová schránka: uhff5yj

bankovní spojení: [REDACTED]

číslo účtu/kód banky: [REDACTED]

(dále jen „Pojišťovna“) na straně jedné

a

II.1. Poskytovatel zdravotních služeb:

Univerzita Palackého v Olomouci,

(jméno a příjmení fyzické osoby poskytovatele zdravotních služeb a název nebo firma, je-li poskytovatelem právnická osoba)

se sídlem: obec: Olomouc PSČ: 77900,

ulice a číslo popisné: Křížkovského 511/8,

(u fyzických osob nezapsaných do obchodního rejstříku bydliště nebo místo podnikání, je-li odlišné od bydliště)

IČO: 61989592

zápis v obchodním rejstříku:

soud:

oddíl: vložka: den:

zastoupený: Doc. JUDr. Michael Kohajda, Ph.D.

číslo účtu/kód banky: [REDACTED]

(dále v textu „Poskytovatel“) jednající za zdravotnická zařízení

II.2. Zdravotnické zařízení

IČZ: 89101860

adresa pro doručování korespondence:

obec: Olomouc

ulice a číslo popisné: Křížkovského 511/8

PSČ: 77900

(dále v textu „Poskytovatel“) na straně druhé

uzavírají

ve smyslu § 17 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění ve znění pozdějších předpisů, vyhlášky č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy a v souladu s 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 I.
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 její úhradě. To platí i v případě, kdy Pojišťovna plní roli výpomocné instituce při realizaci práva Evropské unie¹ (dále jen „EU“) nebo na základě mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení uzavíraných Českou republikou².

Článek II.

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:

- Metodiku pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR v aktuálně platné verzi (dále jen „metodika“),
- Číselníky VZP ČR, v aktuálně platné verzi (dále jen „číselníky“),
- Datové rozhraní VZP ČR v aktuálně platné verzi,
- Pravidla pro vyhodnocování dokladů VZP ČR, v aktuálně platné verzi (dále jen „pravidla“),

b) zavází své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců, k zachování povinné mlčenlivosti o osobních údajích³ 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 nimi⁴.

2) Poskytovatel:

a) poskytuje hrazené služby v souladu s právními předpisy v odbornostech a rozsahu dohodnutých a vymezených v této 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 EU a pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny smlouvy o sociálním zabezpečení (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 zaměstnanci⁵, kteří budou pojištěncům Pojišťovny poskytovat ve Smlouvě sjednané hrazené služby, splňují požadavky stanovené právními předpisy pro výkon této činnosti⁶,

d) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytované hrazené služby podle zvláštního právního předpisu⁷,

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 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) 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 zdravotnickou dokumentaci o léčení pojištěnců, ve které budou zaznamenávány zejména provedené zdravotní výkony, vyžádané hrazené služby včetně zdravotnické dopravní služby a uchovány v ní i doručené výsledky vyžádaných a provedených vyšetření a ošetření, v souladu se zvláštními právními předpisy⁸,

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. V případě, že nepřítomnost nositele výkonu, znamenající nedostupnost příslušné odbornosti, bude delší než 7 dnů, sdělí Poskytovatel tuto skutečnost Pojišťovně, a to na e-mailovou adresu [redacted]. Do obsahu v e-mailové zprávě nutno uvést: IČZ, IČP, titul, jméno a příjmení zastupujícího a dobu, po kterou k zastupování dojde. Nedojde-li k zastupování na pracovišti zastupovaného, nutno uvést i aktuální pracoviště, kde bude zdravotní služba po dobu nepřítomnosti poskytnuta,

i) poskytne v souladu s právními předpisy ostatním 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 Pojišťovny 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 zdravotních služeb 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 zvýhodňovat pojištěnce jedné nebo více pojišťoven v neprospěch pojištěnců pojišťoven ostatních a zhoršovat dostupnost hrazených zdravotních služeb Pojišťovnou přednostním poskytováním zdravotních služeb hrazených jiným způsobem,

n) oznámí Pojišťovně v souladu s § 55 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů, 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 předpisu⁹ 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 zdravotnické dopravě. Pokud při preskripci nebylo respektováno preskripční omezení vyplývající z právních předpisů a Pojišťovna tento léčivý přípravek nebo zdravotnický prostředek zařízení 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 sdělovat Pojišťovně za uplynulé čtvrtletí seznam jednotlivých nositelů výkonů k poslednímu dni daného čtvrtletí, a to v souladu se zvláštním právním předpisem¹⁰, a to v elektronické podobě na adresu Pojišťovny.

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 EU 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 smluvně dohodnutého personálního zajištění hrazených zdravotních služeb poskytovaných Poskytovatelem podle Smlouvy,

e) poskytuje na základě žádosti Poskytovateli k zajištění jednotných podmínek dohodnutou metodiku, pravidla, datové rozhraní a příslušné číselníky k vykazování a výpočtu úhrady hrazených 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 III.

Úhrada poskytovaných hrazených služeb

1) Hodnoty bodu pro zdravotní službu hrazenou podle seznamu výkonů, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení podle § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů, 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) jiný dohodnutý způsob úhrady.

3) Mezi smluvními stranami musí být vždy předem písemně dohodnuto zvýšení nebo snížení objemu poskytovaných hrazených služeb z důvodu změny kapacity popřípadě struktury zdravotnického zařízení nebo změny či obnovy přístrojového vybavení specifikovaného v Příloze č. 2 ke Smlouvě.

4) Poskytovatel pro uplatnění nároků na úhradu poskytnutých hrazených služeb předává Pojišťovně jednou měsíčně v elektronické podobě, prostřednictvím Portálu ZP, vyúčtování poskytnutých služeb fakturou s přílohami. Faktura je účetním dokladem a musí splňovat náležitosti účetního dokladu¹¹. Náležitosti přílohy jsou obsaženy 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 výpomocnou instituci při realizaci práva EU, předává Poskytovatel Pojišťovně spolu s vyúčtováním nejpozději do dvacátého kalendářního dne následujícího měsíce a to prostřednictvím Portálu ZP.

6) Zjistí-li Pojišťovna ve vyúčtování před provedením úhrady nesprávně nebo neoprávněně vyúčtovanou službu, úhradu této části vyúčtované služby v termínu splatnosti neprovede. Pojišťovna prokazatelným způsobem oznámí Poskytovateli bez zbytečného odkladu rozsah, důvod a částku vyúčtované, ale neuhrazené služby, zpravidla formou zúčtovací zprávy. Tím Pojišťovna vyzve Poskytovatele k opravě nesprávně vyúčtované hrazené služby nebo k doložení poskytnutí hrazené zdravotní služby. Řádně poskytnutou a vyúčtovanou službu Pojišťovna uhradí v nejbližším termínu úhrady.

7) Pojišťovna provede za své pojištěnce i pojištěnce EU, kteří si Pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva EU, 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 dodatečně pochybení ve vyúčtování předané Poskytovatelem, tj. po úhradě a Poskytovatel do 10 pracovních dnů od doručení písemné výzvy Pojišťovně příslušnou částku sám 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 (§ 1982 a násl. Občanského zákoníku) sníží Poskytovateli o příslušnou částku úhradu za vyúčtování hrazených služeb předložené v následujícím zúčtovacím období; pokud jde o započtení proti pohledávce státu, je přípustné pouze na základě dohody (§ 42 odst. 2 zákona č. 219/2000 Sb., o majetku České republiky a jejím vystupování v právních vztazích, ve znění pozdějších předpisů).

9) Úhrada vyúčtovaných poskytnutých hrazených služeb, při dodržení podmínek dohodnutých ve Smlouvě, bude provedena při předání vyúčtování Pojišťovně elektronickou cestou prostřednictvím Portálu ZP nejpozději do 30 kalendářních dnů ode dne doručení faktury Pojišťovně. 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, vypočtenou z posledních dvou uzavřených kalendářních čtvrtletí, pokud se smluvní strany v daném případě nedohodnou jinak.

Článek IV. Kontrola

1) Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů, a touto Smlouvou kontrolu využívání a poskytování hrazených služeb v jejich objemu a kvalitě, včetně dodržování cen, a to zejména 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 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 a nahlížení do zdravotnické dokumentace pojištěnců v souladu se zvláštním právním předpisem¹² 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 (odborný pracovník) je povinen postupovat tak, aby kontrola nenarušila prováděný léčebný výkon.

5) V případě kontroly (šetření) u Poskytovatele zdravotních služeb bude na místě zpracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a stanoviska 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 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., ve znění pozdějších předpisů takové služby neuhradí a je oprávněna postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve Smlouvě. V případě, že se závěry kontroly prokáží jako neodůvodněné, uhradí Pojišťovna Poskytovateli částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnutých hrazených služeb.

Článek V. Doba účinnosti Smlouvy

Smlouva se uzavírá na dobu neurčitou.

Článek VI. Způsob a důvody ukončení Smlouvy

1) Smlouva nebo její část zaniká:

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

b) dnem zániku Poskytovatele nebo Pojišťovny nebo dnem úmrtí fyzické osoby, která byla Poskytovatelem,

c) dnem uvedeným v písemném oznámení Pojišťovně, pokud Poskytovatel z 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. II. 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 kterém 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 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 porušuje povinnost, vyplývající z § 40 odst. 10 písm. b) zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů,

4. vstoupí do likvidace nebo na její majetek je prohlášen konkurz, či jiný způsob řešení insolvence.

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 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 věcného a technického vybavení a personálního zabezpečení,

5. prokazatelně neposkytuje pojištěncům zdravotní služby kvalitně a „lege artis“, popř. opakovaně odmítne poskytnutí hrazených služeb z jiných, než právními předpisy¹³ 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.

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,

4. poskytne třetí straně údaje o Poskytovateli nad rámec právních předpisů nebo Smlouvy.

3) Smlouvu lze ukončit:

a) stanoví-li tak zákon,

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

Článek VII.

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 osoby (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 předpisy¹⁴,

b) oznámí neprodleně, nejpozději do 30 kalendářních dnů Pojišťovně 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 písmenu 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 zjednodušené 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, telefonické a e-mailové spojení, bankovní spojení, číslo účtu, podpis na smlouvě či další údaje, vzájemně dohodnuté.

Článek VIII.

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 nedorazí k dohodě, mohou sporné otázky projednat ve smířčím 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 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 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů, a zástupce Pojišťovny. K projednání sporu si dále každá smluvní strana může přizvat nejvýše dva odborné poradce. Smírčí jednání se ukončí zápisem, obsahujícím smír nebo závěr, že rozpor nebyl odstraněn s uvedením stanovisek obou stran.

Článek IX. 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 EU, 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 EU, za stejných podmínek jako pojištěncům Pojišťovny v souladu s právními předpisy platnými pro pojištěnce Pojišťovny.

Článek X. Závěrečná ustanovení

1) Smluvní strany výslovně prohlašují, že tato Smlouva potvrzuje veškerá jejich právní jednání a ujednání učiněná mezi nimi, související s plněním této Smlouvy, v období od 01.01.2026 do doby nabytí účinnosti této Smlouvy, a že na takovém základě uznávají tuto Smlouvu za platnou a účinnou i pro uvedené období.

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

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

4) Při ukončení smluvního vztahu, sjednaného touto Smlouvou se smluvní strany zavazují vypořádat své závazky ve lhůtě do 120 kalendářních dnů, pokud se smluvní strany nedohodnou jinak.

Článek XI. Ostatní ujednání

1) Právní vztahy mezi smluvními stranami se řídí touto Smlouvou, právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění a poskytování hrazených služeb to i v případě, kdy Pojišťovna plní roli výpomocné instituce při realizaci práva EU, nebo na základě mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení uzavíraných Českou republikou. Ve věcech neupravených těmito právními předpisy, se řídí občanským zákoníkem¹⁵ a dalšími příslušnými právními předpisy.

2) Nedílnou součástí této smlouvy jsou 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.

č. 2 Smluvené druhy a formy zdravotních služeb, odbornosti pracovišť a jejich jednoznačná identifikace, rozsah poskytovaných hrazených služeb, a další doklady a údaje vyžadované v elektronickém formuláři Přílohy č. 2 na portálu ZP. Příloha č. 2 může být sjednána elektronicky prostřednictvím Portálu ZP. Poskytovatel odpovídá za úplnost a správnost výše uvedených příloh.

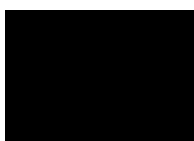
3) Smluvní strany se dále dohodly, že oznámí neprodleně, nejpozději do 30 kalendářních dnů, druhé smluvní straně skutečnosti, které by podstatným způsobem mohly ovlivnit plnění Smlouvy, např. pokud dojde:

a) ke změně názvu, sídla, IČO, čísla bankovního účtu, popř. změně peněžního ústavu,

b) ke změně údajů v přílohách této Smlouvy.

Poskytovatel se zavazuje předložit Pojišťovně na vyžádání originál (resp. ověřenou kopii) uvedených dokladů.

V dne

 Digitálně podepsal
Datum: 2026.03.09
13:16:42 +01'00'

.....
za Pojišťovnu

V dne

 Digitálně podepsal
doc. JUDr. Michael
Kohajda Ph.D.
Datum: 2026.02.25
09:13:38 +01'00'
Univerzita Palackého
v Olomouci
za Poskytovatele

POZNÁMKY POD ČAROU:

1 Nařízení Evropského parlamentu a rady (ES) č. 987/2009, kterým se stanoví prováděcí pravidla k nařízení (ES) č. 883/2004, o koordinaci systémů sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů

2 Např. Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 130/2002 Sb. m. s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Svazovou republikou Jugoslávií o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů; Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 83/2000 Sb. m. s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Chorvatskou republikou o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů; Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 135/2004 Sb. m. s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Tureckou republikou o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů; Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 2/2007 Sb. m. s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Republikou Makedonie o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů

3 Zákon č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů

4 § 22 zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů

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 hrazených služeb 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, ve znění pozdějších předpisů

8 Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů;

Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů;

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

9 Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů

10 § 40 odst. 10 písm. b) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

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

12 Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů

13 Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů

14 Např. zákon č. 268/2014 Sb., o diagnostických zdravotnických prostředcích in vitro, ve znění pozdějších

předpisů

15 Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů

