

SMLOUVA č. 2461M001
o poskytování a úhradě hrazených služeb
(pro poskytovatele lůžkové péče)

Článek I.
Smluvní strany

Poskytovatel zdravotních služeb:	Fakultní nemocnice Hradec Králové
Sídlo (obec):	Hradec Králové – Nový Hradec Králové
Ulice, č.p., PSČ:	Sokolská 581, 500 03
Zápis v obchodním rejstříku: <ul style="list-style-type: none">• nezapisuje se	
Zastoupený (jméno, funkce):	MUDr. Aleš Herman, Ph.D., ředitel
IČO:	00179906
IČZ:	61004000
Bankovní spojení (název banky) číslo účtu/kód banky:	ČNB, 000000-24639511/0710

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

a

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky		
Sídlo:	Orlická 4/2020, Praha 3, 130 00	
IČO:	41197518	
Regionální pobočka Hradec Králové, pobočka pro Královéhradecký a Pardubický kraj		
Zastoupená (jméno a funkce):	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	
Doručovací adresa (obec):	Hradec Králové	
Ulice, č.p., PSČ:	Hořícká 1710/19a, 500 02	
tel.: 952 232 111	fax: 495 217 120	e-mail: informace61@vzp.cz
Bankovní spojení (název banky) číslo účtu/kód banky:	ČESKÁ NÁRODNÍ BANKA, 1114000521/0710	

(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. 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 (dále jen „Metodika“), Pravidla pro vyhodnocování dokladů ve VZP ČR (dále jen „Pravidla“) a Datové rozhraní,
 - b) zaváží své zaměstnance, případně i jiné osoby, s ohledem na ochranu práv pojištěnců, k zachování povinné mlčenlivosti o osobních údajích a skutečnostech, o nichž se dozvěděli při výkonu své funkce nebo zaměstnání anebo při zpracování údajů z informačního systému na základě Smlouvy, popřípadě v souvislosti s nimi.
- (2) Poskytovatel
 - a) poskytuje hrazené služby v souladu s právními předpisy v odbornostech a rozsahu dohodnutých a vymezených ve Smlouvě, pro které je věcně a technicky vybaven a personálně zabezpečen,
 - b) poskytuje hrazené služby pojištěncům z členských států EU, EHP a Švýcarska podle příslušných předpisů Evropské unie a pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny smlouvy o sociálním zabezpečení (dále jen „pojištěnci z EU“), za stejných podmínek jako pojištěncům, v rozsahu dle jimi předložených dokladů tak, aby nedocházelo k jejich diskriminaci ani upřednostňování, zejména při přijímání na plánované operace a jiné lékařské zákroky, a to ani v případě, že by pojištěnec z EU hradil hrazené služby v hotovosti,
 - c) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci, případně i jiné osoby, kteří budou pojištěncům poskytovat ve Smlouvě sjednané hrazené služby, splňují požadavky stanovené právními předpisy pro výkon této činnosti,
 - d) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytované hrazené služby podle zvláštního právního předpisu,
 - e) poskytuje hrazené služby na náležité odborné úrovni bez nadbytečných nákladů, vždy však se zřetelem k tomu, aby potřebného diagnostického nebo léčebného efektu bylo dosaženo s ohledem na individuální zdravotní stav pojištěnce,
 - f) přijme pojištěnce k hospitalizaci, jen vyžaduje-li to jeho zdravotní stav, zpravidla na doporučení ošetřujícího lékaře,
 - g) povede pro posouzení oprávněnosti vyúčtovaných hrazených služeb v průkazné formě zdravotnickou dokumentaci, ve které budou zaznamenávány zejména provedené zdravotní výkony, vyžádané hrazené služby a budou v ní uchovány i doručené výsledky vyžádaných a provedených vyšetření a ošetření, v souladu se zvláštním právním předpisem,
 - h) zajistí, v případě nepřítomnosti ve Smlouvě dohodnutého nositele výkonu, zástup jiným kvalifikovaným nositelem výkonu a ve smluvně dohodnutých případech tuto skutečnost vhodným způsobem oznámí pojištěncům a Pojišťovně,
 - i) poskytne v souladu s právními předpisy poskytovatelům, kterým pojištěnce předá do péče nebo které si pojištěnec zvolí, informace potřebné pro zajištění návaznosti poskytování 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 právních předpisech,
 - k) nepodmíní právo pojištěnce na svobodnou volbu poskytovatele a zdravotnického zařízení nebo na poskytnutí hrazených služeb žádnými registračními poplatky nebo sponzorskými dary a za poskytnuté Pojišťovnou 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 zdravotních 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 za to, že jeho zaměstnanci oprávnění předepisovat léčivé přípravky dle své odbornosti budou vystavovat lékařské předpisy v souladu se zákonem č. 378/2007 Sb., o léčivech, ve znění pozdějších předpisů (e-preskripce),
 - p) odpovídá za správné a úplné vyplnění receptu; dále odpovídá za správné a úplné vyplnění poukazu na zdravotnické prostředky nebo poukazu na vyšetření/ošetření nebo příkazu ke zdravotnímu transportu nebo dalších dokumentů nezbytných pro vyžádání péče u jiného poskytovatele; pokud byl léčivý přípravek předepsán v rozporu s podmínkami stanovenými v rozhodnutí Státního ústavu pro kontrolu léčiv o výši a podmínkách úhrady, či pokud byly zdravotnický prostředek nebo potravina pro zvláštní lékařské účely předepsány v rozporu s podmínkami pro jejich úhradu stanovenými zákonem a Pojišťovna je uhradila, má Pojišťovna právo požadovat od Poskytovatele úhradu zaplacené částky.
- (3) Pojišťovna
- a) uhradí Poskytovateli provedené hrazené služby průkazně zdokumentované a odůvodněné poskytnuté jejím pojištěncům i pojištěncům z EU, kteří si Pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie, 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 zdravotních pojišťoven,
 - d) je oprávněna provádět kontrolu plnění smluvně dohodnutého rozsahu věcného a technického vybavení a personálního zabezpečení hrazených služeb poskytovaných Poskytovatelem podle Smlouvy,
 - e) poskytuje Poskytovateli prostřednictvím zveřejnění na internetových stránkách Pojišťovny www.vzp.cz 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 www.vzp.cz 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,
 - g) zveřejňuje za účelem efektivního vynakládání prostředků veřejného zdravotního pojištění při současném zachování kvality poskytování zdravotních služeb na internetových stránkách Pojišťovny (www.vzp.cz) seznam doporučených léčivých přípravků, které jsou ekonomicky nejméně náročnou variantou, přičemž garantuje léčivé přípravky plně hrazené, tj. s nulovým doplatkem pro pacienta,
 - h) zveřejňuje za účelem efektivního vynakládání prostředků veřejného zdravotního pojištění, při současném zachování kvality poskytování zdravotních služeb na internetových stránkách Pojišťovny (www.vzp.cz) seznam doporučených zdravotnických prostředků s nejnižší cenovou nabídkou; zdravotnický prostředek s nejnižší cenovou nabídkou musí být poskytovatelem používán na náležité odborné úrovni.

Článek IV.

Úhrada poskytovaných hrazených služeb

- (1) Hodnoty bodu hrazených služeb podle vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů, 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 podle zvláštního právního předpisu.
- (2) Mezi smluvními stranami musí být vždy předem dohodnuto zvýšení nebo snížení objemu poskytovaných hrazených služeb z důvodu změny kapacity, rozsahu a struktury Poskytovatele nebo změny či obnovy přístrojového vybavení specifikovaného ve Smlouvě.
- (3) Poskytovatel vykazuje Pojišťovně jednou měsíčně dávky dokladů o poskytnutých hrazených službách, a to v elektronické podobě mezi pátým a desátým kalendářním dnem měsíce následujícího po měsíci, v němž byly hrazené služby poskytnuty. V případě, že Poskytovatel předá dávky dokladů o poskytnutých hrazených službách dříve než ve lhůtě uvedené v předchozí větě, mají smluvní strany za to, že dávky dokladů o poskytnutých hrazených službách byly předány pátého dne v měsíci. V případě, že Poskytovatel předá dávky dokladů o poskytnutých hrazených službách později než ve lhůtě uvedené v první větě tohoto odstavce, mají smluvní strany za to, že dávky dokladů o poskytnutých hrazených službách byly předány pátého dne měsíce následujícího po jejich předání. Metodika stanoví další podklady, které je Poskytovatel povinen předkládat spolu s dávkami dokladů o poskytnutých hrazených službách. Řádné a úplné předání dávek dokladů o poskytnutých hrazených službách a dalších podkladů stanovených Metodikou nebo dohodnutých mezi smluvními stranami je považováno za výzvu k úhradě. Součástí podkladů je i faktura, pokud se smluvní strany nedohodnou jinak. V případě, že Poskytovatelem předané podklady k úhradě nejsou úplné, nebo neobsahují požadované náležitosti, může je Pojišťovna obvykle do 3 pracovních dnů odmítnout a sdělit Poskytovateli důvod jejich odmítnutí. V takovém případě běží doba splatnosti ode dne jejich opětovného převzetí Pojišťovnou za předpokladu, že odpadne důvod k jejich odmítnutí.

- (4) Smluvní strany jsou povinny po celou dobu trvání smluvního vztahu podle této Smlouvy mít upraven způsob předávání dat s využitím zabezpečené elektronické komunikace mezi stranami.
- (5) Poskytovatel odpovídá za úplnost a formální a věcnou správnost údajů předávaných k vyúčtování.
- (6) Budou-li hrazené služby v příslušném úhradovém období hrazeny ve formě předběžných měsíčních úhrad a Pojišťovna zjistí, že Poskytovatel určité služby vykázal k úhradě nesprávně, nebo neoprávněně, Pojišťovna Poskytovateli bez zbytečného odkladu oznámí rozsah a důvod nesprávně nebo neoprávněně vykázanych služeb. Tím Pojišťovna vyzve Poskytovatele k opravě nesprávně, nebo neoprávněně vykázanych služeb, nebo k doložení poskytnutí hrazených služeb. Do celkového finančního vypořádání předběžných měsíčních úhrad vstoupí pouze správně a oprávněně vykázané hrazené služby.
- (7) Budou-li poskytnuté hrazené služby v příslušném úhradovém období hrazeny způsobem, který nepředpokládá celkové finanční vypořádání a Pojišťovna před provedením úhrady zjistí nesprávně, nebo neoprávněně vyúčtované služby, úhradu nesprávně, nebo neoprávněně vyúčtovaných služeb neprovede. Pojišťovna oznámí Poskytovateli bez zbytečného odkladu rozsah a důvod nesprávně, či neoprávněně vykázanych služeb. Tím Pojišťovna vyzve Poskytovatele k opravě nesprávně, nebo neoprávněně vykázanych služeb prostřednictvím opravných dávek, nebo k doložení poskytnutí hrazených služeb.
- (8) Není-li mezi smluvními stranami dohodnuto jinak, je úhrada splatná do třiceti dnů ode dne, kdy byly pojišťovně doručeny řádné a úplné dávky dokladů o poskytnutých hrazených službách a další podklady stanovené Metodikou, nebo dohodnuté mezi smluvními stranami.
- (9) Pojišťovna po úhradě předá Poskytovateli informaci obsahující zejména výši a identifikaci provedené úhrady a variabilní symbol, pod kterým Pojišťovna platbu poukázala.
- (10) Pokud vznikne při úhradě hrazených služeb nedoplatek ze strany Pojišťovny, bude Poskytovateli příslušná částka poukázána samostatnou platbou. Přepatek ze strany Pojišťovny je Pojišťovna oprávněna započíst proti kterékoliv pohledávce Poskytovatele za Pojišťovnou, a to nejdříve deset dnů poté, co doručí poskytovateli vyúčtování, či jiný dokument obdobné povahy, v němž bude přeplatek uveden (dále jen „vyúčtování“). Pokud poskytovatel doručí ve lhůtě uvedené v předchozí větě námitky k vyúčtování, je pojišťovna oprávněna započíst přeplatek nejdříve v den, kdy odešle poskytovateli vypořádání námitek vedoucí k potvrzení či změně výše přeplatku.

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, přístupu do Centrálního uložistiště elektronických receptů podle zvláštního zákona, revizních lékařů a dalších odborných pracovníků ve zdravotnictví, způsobilých k revizní činnosti (dále jen „odborní pracovníci“).
- (2) Revizní lékaři především v oboru, ve kterém získali specializaci, a odborní pracovníci oprávnění ke kontrole posuzují, zda zvolený způsob hrazených služeb byl indikován s ohledem na zdravotní stav pojištěnce, byl poskytnut na náležité odborné úrovni a zda nebyl zbytečně ekonomicky náročný.
- (3) V případech stanovených právními předpisy revizní lékař posuzuje i odůvodněnost ošetřujícím lékařem navrženého, popřípadě provedeného léčebného postupu a schvaluje, zda použitý postup Pojišťovna uhradí. Rozhodnutí o použití léčebného postupu, včetně farmakoterapie, je v kompetenci ošetřujícího lékaře.
- (4) Poskytovatel poskytne Pojišťovně při výkonu kontroly nezbytnou součinnost, zejména předkládá požadované doklady, sděluje údaje a poskytuje vysvětlení. Umožní zpravidla po předchozí dohodě revizním lékařům a odborným pracovníkům Pojišťovny vstup do zdravotnického zařízení, kde poskytuje zdravotní služby, nahlížení do zdravotnické dokumentace pojištěnců v souladu se zvláštním právním předpisem a dalších dokladů bezprostředně souvisejících s prováděnou kontrolou vyúčtovaných zdravotních výkonů, léčiv a zdravotnických prostředků, včetně zvláště účtovaných léčiv a zvláště účtovaného materiálu. Revizní lékař (odborný pracovník) je povinen postupovat tak, aby kontrola nenarušila prováděný léčebný výkon.
- (5) V případě kontroly u Poskytovatele bude vypracován záznam o proběhlém šetření s uvedením nejdůležitějších zjištění, k němuž je Poskytovatel oprávněn uvést své stanovisko. Tento záznam nenahrazuje zprávu podle odstavce 6.
- (6) Zprávu, obsahující závěry kontroly, Pojišťovna zpracuje a předá Poskytovateli do 30 kalendářních dnů po ukončení kontroly, není-li dohodnuto jinak; pokud nebude možno z objektivních důvodů tuto lhůtu dodržet, oznámí Pojišťovna tuto skutečnost Poskytovateli. Kontrola bude ukončena zpravidla do 30 kalendářních dnů od jejího zahájení.
- (7) Poskytovatel je oprávněn do 30 kalendářních dnů od převzetí závěru kontroly podat Pojišťovně písemně zdůvodněné námitky. K námitkám sdělí Pojišťovna stanovisko do 30 kalendářních dnů od jejich doručení. Pokud nebude možno tyto lhůty dodržet, prodlouží se příslušná lhůta oznámením příslušné smluvní strany až na dvojnásobek, není-li dohodnuto jinak. Ve stanovené lhůtě Pojišťovna sdělí Poskytovateli,

zda potvrzuje, nebo mění závěry kontroly. Tím není dotčeno právo Poskytovatele uplatnit svůj nesouhlas s rozhodnutím Pojišťovny v jiném řízení.

- (8) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vykazání hrazených služeb nebo jejich neodůvodněné poskytování, Pojišťovna podle § 42 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb. takové služby neuhradí. Pokud je již uhradila, je oprávněna vzniklou pohledávku započíst jako přeplatek v souladu s článkem IV. odst. 10 této Smlouvy. Pokud se kontrolou prokáže, že neúčelnost, neoprávněnost, nebo zbytečná ekonomická náročnost poskytnutých zdravotních služeb vyplývala z indikace Poskytovatele s tím, že indikované zdravotní služby byly uhrazeny jinému poskytovateli zdravotních služeb, který je na základě indikace Poskytovatele poskytl a vyúčtoval, je Pojišťovna oprávněna uplatnit částku odpovídající úhradě takto indikovaných poskytnutých služeb jako pohledávku vůči Poskytovateli. V případě, že se závěry kontroly prokáží jako neodůvodněné, uhradí Pojišťovna Poskytovateli částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnutých hrazených služeb.

Článek VI. Doba účinnosti Smlouvy

Smlouva se uzavírá do 31. 12. 2029. 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 do 31. 12. 2030.

Článek VII. Způsob a důvody ukončení Smlouvy

- (1) Smlouva nebo její část zaniká:
- a) zánikem oprávnění k poskytování zdravotních služeb poskytovatele podle § 22 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, nebo zrušením registrace nestátního zdravotnického zařízení vydané podle zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních,
 - b) dnem zániku Poskytovatele nebo Pojišťovny,
 - c) dnem, uvedeným v písemném oznámení Pojišťovně, pokud Poskytovatel z provozních důvodů nemůže hrazené služby nadále poskytovat,
 - d) dnem, kdy Poskytovatel pozbyl věcné a technické vybavení nebo personální zabezpečení pro poskytování hrazených služeb ve sjednaném rozsahu, stanovené právním předpisem nebo Smlouvou, ve smyslu článku 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, 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, ve smluvních vztazích hrubým způsobem porušila závažnou povinnost uloženou jí příslušným právním předpisem, upravujícím veřejné zdravotní pojištění nebo poskytování zdravotních služeb, nebo Smlouvou,
 2. 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 dohodnutého rozsahu,
 3. přes písemné upozornění omezuje pro pojištěnce ordinační dobu sjednanou ve Smlouvě,
 4. poskytuje hrazené služby bez odpovídajícího věcného a technického vybavení nebo personálního zabezpečení, nezakládá-li toto jednání zánik Smlouvy ve smyslu článku VII. odst. 1 písm. d) Smlouvy,
 5. prokazatelně neposkytuje pojištěncům hrazené služby kvalitně a na náležité odborné úrovni, 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 a vykázané 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. bez právního důvodu poskytne třetí straně údaje o Poskytovateli.
- (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 pro jednoznačnou identifikaci Poskytovatele, v souladu s Metodikou, 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) předávají si 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 na náležitě odborné úrovni, že léčivé přípravky, potraviny pro zvláštní lékařské účely a zdravotnické prostředky byly při poskytování hrazených služeb použity v souladu se zvláštními právními předpisy,
 - 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 ukončení pracovního poměru zaměstnance jmenovitě uvedeného ve Smlouvě,
 3. k výpadku přístroje nezbytného pro poskytování hrazených služeb 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 hrubé porušení smluvní povinnosti.
- (3) Pojišťovna
 - a) poskytne na žádost 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 svých internetových stránkách, popř. v jiných zdrojích, určených svým pojištěncům, v rámci seznamu smluvních poskytovatelů obchodní jméno či název, 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. Dohodnou-li se tak smluvní strany, mohou projednat spor ve smírčím jednání. Tím není dotčeno právo smluvních stran uplatnit svůj nárok na řešení sporu u soudu nebo v rozhodčím řízení, pokud se smluvní strany na řešení sporu v rozhodčím řízení dohodnou.
- (2) Smírčí jednání navrhuje jedna ze smluvních stran. Návrh musí obsahovat přesné a dostatečně podrobné vymezení sporu společně s návrhem na jeho řešení. Účastníky smírčího jednání jsou obě smluvní strany a spolek uplatňující zájmy jednotlivých skupin poskytovatelů, nedohodnou-li se smluvní strany jinak. K projednání sporu si dále každá smluvní strana může přizvat nejvýše dva odborné poradce, nedohodnou-li se smluvní strany jinak. Smírčí jednání se ukončí zápisem, obsahujícím výsledek smírčího jednání a stanoviska obou stran.

Článek X. Zvláštní ujednání

Smluvní strany se 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, 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.
- (2) Pojišťovna provádí úhradu vykázaných poskytnutých hrazených služeb pojištěncům z EU, kteří si Pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie, v souladu s právními předpisy platnými pro pojištěnce.
- (3) Smluvní strany se v zájmu sjednocení způsobu komunikace dohodly:
 - a) na sjednání přílohy č. 2 Smlouvy – (smluvené druhy a formy zdravotní péče, odbornosti pracovišť a jejich jednoznačná identifikace a rozsah poskytovaných hrazených služeb, personální zabezpečení a věcné a technické vybavení pro poskytování hrazených služeb), která je nedílnou součástí smlouvy, v elektronické podobě, opatřené elektronickými podpisy osob oprávněných jednat za smluvní strany, uložené na nepřepisovatelném záznamovém médiu nebo na elektronických formulářích (dále jen „formulář“), podepsaných zástupci obou smluvních stran,
 - b) na rozsahu poskytovaných hrazených služeb a stavu věcného a technického vybavení a personálního zabezpečení Poskytovatele, který je uveden na jednotlivých formulářích,
 - c) že veškeré změny a doplňky přílohy č. 2 Smlouvy budou prováděny na základě dohody smluvních stran prostřednictvím příslušného formuláře přílohy č. 2 a promítnuty do formuláře typu „U“:

v části „smluvní“ bude příslušný formulář opatřen elektronickým podpisem osoby oprávněné jednat za navrhovatele a předáván druhé smluvní straně, která v případě souhlasu připojí elektronický podpis osoby oprávněné za ni jednat a zašle navrhující straně formulář ve lhůtě do 30 dnů zpět. O případném nesouhlasu druhá smluvní strana informuje navrhovatele ve stejné lhůtě; v části „informativní“ bude příslušný formulář opatřen elektronickým podpisem osoby oprávněné jednat za Poskytovatele a předáván Pojišťovně formou aktualizace v souladu s platnými právními předpisy upravujícími předávání informací uvedených v „informativní“ části formuláře Pojišťovně.

Článek XI. Ostatní ujednání

Nedílnou součástí této Smlouvy jsou její přílohy:

- č. 1 Kopie rozhodnutí o registraci nestátního zdravotnického zařízení vydaného orgánem příslušným k registraci podle místa provozování nestátního zdravotnického zařízení, nebo
Kopie rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb,
Kopie zřizovací listiny (statutu) osoby oprávněné provozovat zdravotnické zařízení státu
- č. 2 Smluvené druhy a formy zdravotní péče, odbornosti pracovišť a jejich jednoznačná identifikace a rozsah poskytovaných hrazených služeb, personální zabezpečení a věcné a technické vybavení pro poskytování hrazených služeb
- č. 3 Metodika pro pořizování a předávání dokladů, v aktuálně účinné verzi
Pravidla pro vyhodnocování dokladů ve VZP ČR, v aktuálně účinné verzi
Datové rozhraní, v aktuálně účinné verzi

Tyto dokumenty jsou zpřístupněny v plném znění v elektronické formě

(<https://www.vzp.cz/poskytovatele/vyuctovani-zdravotni-pece/metodika-vyuctovani-aktualni-stav>)

Článek XII. Závěrečná ujednání

- (1) Tato Smlouva nabývá platnosti dnem jejího uzavření a upravuje práva a povinnosti smluvních stran v období od 1.1.2025.
- (2) Smlouva je uzavírána v elektronické nebo listinné podobě. Smlouva v listinné podobě 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.

za Poskytovatele

za Pojišťovnu