

SMLOUVA č. 2532P023

o poskytování a úhradě hrazených služeb

(pro poskytovatele nelékařských zdravotnických oborů - odbornosti 905, 914, 916, 919, 921, 927)

Článek I. Smluvní strany

Poskytovatel zdravotních služeb:	GEMINI oční klinika a.s.
Sídlo (obec):	Průhonice
Ulice, č.p., PSČ:	U Křížku 572, 252 43
Zápis v obchodním rejstříku:	<ul style="list-style-type: none"> Městský soud v Praze, oddíl B, vložka 16401, dne 24. 9. 2003
Zastoupený (jméno, funkce):	[REDACTED]
IČO:	26906295
IČZ:	32768000
Bankovní spojení (název banky) číslo účtu/kód banky:	[REDACTED]

(dále jen „Poskytovatel“) na straně jedné

a

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky		
Sídlo:	Orlická 4/2020, Praha 3, 130 00	
IČO:	41197518	
Regionální pobočka Plzeň, pobočka pro Jihočeský, Karlovarský a Plzeňský kraj		
Zastoupená (jméno a funkce):	[REDACTED]	
Doručovací adresa (obec):	České Budějovice	
Ulice, č.p., PSČ:	Žižkova 22, 370 01	
tel.: 952 222 222	fax:	e-mail: info@vzp.cz
Bankovní spojení (název banky), číslo účtu/kód banky:	ČESKÁ NÁRODNÍ BANKA, 1114004311/0710	

(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, 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 to, že zdravotničtí pracovníci poskytují hrazené služby na základě indikace ošetřujícího lékaře smluvního poskytovatele Pojišťovny, pokud právní předpisy nestanoví jinak,
- e) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytované hrazené služby podle zvláštního právního předpisu,
- f) poskytuje hrazené služby na náležitě 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,
- g) provede pro posouzení oprávněnosti vyúčtovaných hrazených služeb v průkazné formě zdravotnickou dokumentaci o léčení pojištěnců, ve které budou zaznamenávány provedené zdravotní výkony, vyžádané hrazené služby a uchovány v ní i doručené výsledky vyžádaných a provedených vyšetření a ošetření, v souladu se zvláštním právním předpisem,
- h) zajistí, v případě kdy není přítomen nositel výkonu oprávněný poskytovat hrazené služby dle Smlouvy a splňující podmínky pro výkon této činnosti, zástup jiným kvalifikovaným nositelem výkonu a tuto skutečnost oznámí vhodným způsobem pojištěncům; v případě, že nepřítomnost dle věty první bude trvat déle než 5 pracovních dnů a má za následek výrazné omezení provozu Poskytovatele, sdělí Poskytovatel podle Metodiky tuto skutečnost Pojišťovně,
- i) poskytne v souladu s právními předpisy poskytovatelům, kterým pojištěnec 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 právních předpisech,
- k) nepodmíní právo pojištěnce na svobodnou volbu lékaře, poskytovatele 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 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.

(3) Pojišťovna

- a) uhradí Poskytovateli provedené hrazené služby, indikované ošetřujícím lékařem smluvního poskytovatele Pojišťovny, pokud právní předpisy nestanoví jinak, průkazně zdokumentované a odůvodněně 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 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.

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 posledních 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, struktury Poskytovatele, změny či obnovy přístrojového vybavení specifikovaného ve Smlouvě.
- (3) Poskytovatel vyazuje Pojišťovně jednou měsíčně dávky dokladů o poskytnutých hrazených službách, a to v elektronické podobě mezi prvním 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 prvního 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 prvního 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 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 její variabilní symbol.
- (10) Pokud vznikne při úhradě hrazených služeb nedoplatek ze strany Pojišťovny, bude Poskytovateli příslušná částka poukázána samostatnou platbou. Přeplatek ze strany Pojišťovny je Pojišťovna oprávněna započíst proti kterékoliv pohledávce Poskytovatele za Pojišťovnou, a to poté, co doručí Poskytovateli vyúčtování, či jiný dokument obdobné povahy, v němž bude přeplatek uveden, nedohodnou-li se smluvní strany 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, 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.
- (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 zvlášť účtovaných léčiv a zvlášť účtovaného materiálu. Revizní lékař (odborný pracovník) je povinen postupovat tak, aby kontrola nenarušila prováděný zdravotní výkon.
- (5) V případě kontroly (šetření) u Poskytovatele bude na místě zpracován záznam o proběhlém šetření s uvedením nejdůležitějších zjištění a se stanoviskem oprávněného zástupce Poskytovatele. 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 z objektivních důvodů tyto lhůty dodržet, lze je na žádost příslušné smluvní strany prodloužit až na dvojnásobek. Ve stanovené lhůtě Pojišťovna sdělí Poskytovateli, zda potvrzuje nebo mění závěry kontroly. Podání námitek nemá z hlediska finančních nároků Pojišťovny vůči Poskytovateli odkladný účinek. Tím není dotčeno právo Poskytovatele uplatnit svůj nesouhlas s rozhodnutím Pojišťovny v jiném řízení.
- (8) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazených služeb nebo jejich neodůvodněné poskytování, Pojišťovna podle § 42 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb. takové služby neuhradí. Pokud je již uhradila, je oprávněna vzniklou pohledávku započíst jako přeplatek v souladu s článkem IV. odst. 10 této Smlouvy. V případě, že se závěry kontroly prokážou 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. 2035.

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, 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 neodstraní ani po dodatečně stanovené přiměřené lhůtě; Smlouva nebo její část zaniká pouze v části vymezující rozsah nasmlouvaných hrazených služeb, ve které 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 rozsahu činnosti,
 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 náležitě 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 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) 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 náležité odborné úrovni, že 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 odchodu 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 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 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 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, 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 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb. a zástupce Pojišťovny. K projednání sporu si každá smluvní strana může přizvat nejvýše dva odborné poradce. Smírčí jednání se ukončí zápisem, obsahujícím smír nebo závěr, že rozpor nebyl odstraněn s uvedením stanovisek obou stran.

Článek X. Zvláštní ujednání

Smluvní strany se 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 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.

Článek XI. Ostatní ujednání

Nedílnou součástí této Smlouvy jsou její přílohy:

- č. 1 Kopie rozhodnutí o registraci vydaného orgánem příslušným k registraci podle místa provozování nestátního zdravotnického zařízení, nebo
Kopie rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb
- 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-pecce/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. 2026.
- (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