



ZDRAVOTNÍ
POJIŠŤOVNA
MINISTERSTVA
VNITRA ČR

211



S M L O U V A

o poskytování a úhradě hrazených služeb

pro poskytovatele zdravotních služeb – NELEKÁŘE
(zejména domácí zdravotní služby, fyzioterapie,
ergoterapie, porodní asistence, adiktologie,
ortoptická a pleoptická péče, nutriční terapie, péče
sestry v psychiatrii, péče zrakového terapeuta)

číslo: 7REHA00264

ZP-0576434/09-20



POLIKLINIKA ŽDĚR N/S, p.o.

Studentská 1699/4
591 01 Žďár nad Sázavou 1

Článek I Smluvní strany

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky, zapsaná do obchodního rejstříku vedeného u Městského soudu v Praze dne 26. 10. 1992 pod spisovou značkou A.7216, statutární orgán: generální ředitel [redacted], se sídlem v Praze 3, Vinohradská 2577/178, PSČ 130 00, IČO: 47114304, kód 211

zastoupená: [redacted]

ředitelem divize Morava

kontaktní adresa: Cejl 476/5, Brno, 658 16

tel: 545543111

fax: 545543237

e-mail: [redacted]

číslo účtu/kód banky: [redacted]

ID datové schránky: 9swaix3

(dále jen "Pojišťovna")

a

Poskytovatel zdravotních služeb (jméno, popřípadě jména a příjmení u fyzických osob / název u právnických osob):
Poliklinika Žďár nad Sázavou

Sídlo:

obec: Žďár nad Sázavou 1

ulice a č.p.: Studentská 1699/4

PSČ: 591 01

zastoupen (pouze u právnických osob): [redacted]

funkce: [redacted]

zápis v obchodním rejstříku: soud [redacted]

oddíl: [redacted]

vložka: [redacted]

den: [redacted]

ID datové schránky: [redacted]

adresa místa (míst) poskytování zdravotních služeb (ulice a č. p., obec, PSČ) - je vymezena přílohou č. 2 této Smlouvy.

IČO (dle státní statistiky): 48899119

IČZ (přidělené VZP ČR): 84862000

(případně IČO se záčíslem dle ZP MV ČR): 4889911981

(dále jen "Poskytovatel")

Uzavírají

podle § 17 odst. 1 a 2 zákona 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 v souladu s vyhláškou č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy, a 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 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“) pojištěncem Pojišťovny (dále jen „pojištěnci“) a při jejich úhradě. To platí i v případě, kdy Pojišťovna plní roli výpomocné instituce při realizaci práva Evropské unie¹⁾, nebo na základě smluv o sociálním zabezpečení, uzavíraných Českou republikou (aktuální seznam těchto smluv je zveřejněn na webu Ministerstva práce a sociálních věcí: www.mpsv.cz).

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, v platném znění (dále jen „Metodika“), Pravidla pro vyhodnocování dokladu ve VZP ČR, v platném znění (dále jen „Pravidla“) a Datové rozhraní, v platném znění,
- b) zaváží své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců, k zachování povinné mlčenlivosti o osobních údajích²⁾ 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 nimi³⁾.

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 unie¹⁾ (dále jen „pojištěnci z EU“) a pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny Smlouvy o sociálním zabezpečení, za stejných podmínek jako pojištěncům Pojišťovny, v rozsahu dle jimi předložených dokladů, tak aby nedocházelo k jejich diskriminaci ani upřednostňování, a to ani v případě, že by pojištěnec z EU hradil hrazené služby v hotovosti,
- c) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci⁴⁾, kteří budou pojištěncům poskytovat ve Smlouvě sjednané hrazené služby, splňují požadavky stanovené právními předpisy pro výkon této činnosti⁵⁾,
- d) odpovídá za to, že zdravotničtí pracovníci poskytují hrazené služby na základě indikace ošetřujícího lékaře,
- e) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek a personálního zabezpečení, stanovených pro jim poskytované hrazené služby podle zvláštních právních předpisů⁶⁾,
- f) 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,
- g) povede pro posouzení oprávněnosti vyúčtovaných hrazených služeb v prukazné formě zdravotnickou dokumentaci, ve které budou zaznamenávány provedené zdravotní výkony v souladu se zvláštním právním předpisem⁷⁾,
- h) zajistí, v případě kdy není přítomen nositel výkonu oprávněný poskytovat hrazené služby dle Smlouvy a splňující podmínky pro výkon této činnosti (buď provozovatel – fyzická osoba nebo zaměstnanec Poskytovatele), zástup jiným kvalifikovaným nositelem výkonu; pokud nepřítomnost smluvně dohodnutého nositele výkonu trvá déle než 10 pracovních dní a má za následek významné omezení poskytovaných hrazených služeb, oznámí tuto skutečnost e-mailem nebo jiným vhodným způsobem na kontaktní adresu Pojišťovny,
- i) poskytne v souladu s právními předpisy poskytovateli, kterým pojištěnce předá do péče nebo které si pojištěnec zvolí, informace potřebné pro zajištění návaznosti hrazených služeb a k zamezení duplicitního provádění diagnostických a léčebných výkonů a při převzetí pojištěnce do péče bude takové informace od příslušných poskytovatelů vyžadovat,
- j) neodmítne přijetí pojištěnce do své péče s výjimkou případu stanovených zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách,
- k) nepodmíní právo pojištěnce na svobodnou volbu poskytovatele hrazených služeb, na výběr zdravotnického zařízení tohoto poskytovatele nebo na poskytnutí hrazených služeb žádnými registračními poplatky nebo sponzorskými dary a za poskytnuté hrazené služby nebude od pojištěnce, pokud to nevyplývá z právních předpisů, vybírat žádnou finanční úhradu.

¹⁾ Nařízení ES č. 883/2004 a č. 987/2009 a Nařízení EU č. 1231/2010

²⁾ Nařízení EU č. 2016/679 a zákon č. 110/2019 Sb. o zpracování osobních údajů

³⁾ Zákon č. 280/1992 Sb. o osobních, pracovních, podnikových a dalších zdravotních pojištovnách, ve znění pozdějších předpisů

⁴⁾ Zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů

⁵⁾ Zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů

⁶⁾ Zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

⁷⁾ Vyhláška č. 92/2012 Sb. o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, ve znění pozdějších předpisů

⁸⁾ Vyhláška č. 99/2012 Sb. o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů

⁹⁾ Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů

¹⁰⁾ Vyhláška č. 98/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů

- l) nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí hrazených služeb změnou Pojišťovny nebo jiným způsobem,
 - m) nebude zvyhodňovat 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 příslušným právním předpisem, úrazy nebo jiná poškození zdraví osob, kterým poskytl hrazené služby, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby,
 - o) 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,
 - p) je povinen sdělovat Pojišťovně za uplynulé čtvrtletí seznam jednotlivých nositelů výkonů k poslednímu dni daného čtvrtletí, a to v souladu se zvláštním právním předpisem⁸⁾.
- 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 Evropské unie, v souladu s právními předpisy a Smlouvou,
 - b) dohlédá 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 zvyhodňování svých pojištěnců na úkor pojištěnců ostatních pojišťoven,
 - d) je oprávněna provádět kontrolu plnění smluvně dohodnutých věcných a technických podmínek a personálního zabezpečení hrazených služeb poskytovaných Poskytovatelem podle Smlouvy,
 - e) seznámí Poskytovatele na svých webových stránkách 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 bodu⁹⁾ hrazených služeb podle seznamu výkonů, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení objemu poskytnutých hrazených služeb podle § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb. se uvedou v Dodatku ke Smlouvě podle zvláštního právního předpisu, pokud se na nich smluvní strany dohodnou.
- 2) Za způsoby úhrady se považují:
 - a) úhrada za hrazené služby podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, nebo
 - b) jiný dohodnutý způsob úhrady.
- 3) Mezi smluvními stranami musí být vždy předem dohodnuto zvýšení nebo snížení objemu poskytovaných hrazených služeb z důvodu změny kapacity, struktury zdravotnického zařízení Poskytovatele, změny či obnovy přístrojového vybavení specifikovaného ve Smlouvě.
- 4) Poskytovatel pro uplatnění nároku na úhradu poskytnutých hrazených služeb předává bez zbytečného odkladu Pojišťovně jednou měsíčně, případně čtvrtletně, vyúčtování, doložené dávkami dokladů o poskytnutých hrazených službách fakturou s přílohami. Faktura obsahuje náležitosti účetního dokladu¹⁰⁾. 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, popřípadě 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 předává Poskytovatel Pojišťovně spolu s vyúčtováním v termínu a způsobem dohodnutým ve Smlouvě, a to:
 - a) na elektronickém nosiči,
 - b) elektronickou formou – prostřednictvím portálu Pojišťovny, nebo
 - c) na papírových dokladech.
- 6) Hrazené služby poskytnuté pojištěncům z EU, kteří si Pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie, poskytuje Poskytovatel za stejných podmínek jako pojištěncům Pojišťovny, a to v rozsahu dle jimi předložených dokladů; přitom postupuje podle platného metodického pokynu zveřejněného ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR. Tyto hrazené služby vykazuje Poskytovatel v souladu s Metodikou samostatnou dávkou a fakturou. Pojišťovna provádí úhradu poskytnutých hrazených služeb pojištěncům z EU v souladu s právními předpisy platnými pro pojištěnce Pojišťovny.
- 7) Poskytovatel se zavazuje vyúčtovat (fakturovat) hrazené služby poskytnuté v ručním fakturačním období odděleně. Pokud Poskytovatel vyúčtuje hrazené služby z různých fakturačních období v jedné dávce (faktuře), Pojišťovna tuto úhradu neprovede a celou fakturu vrátí zpět Poskytovateli k rozúčtování. Stejný postup platí i pro případ opravných dávek.

⁸⁾ § 40 odst. 12 zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění ve znění pozdějších předpisů.

⁹⁾ § 10 zákona č. 526/1990 Sb. o cenách ve znění pozdějších předpisů.

¹⁰⁾ Zákon č. 583/1991 Sb. o účetnictví ve znění pozdějších předpisů.

- 8) Zjistí-li Pojišťovna ve vyúčtování před provedením úhrady nesprávně nebo neoprávněně vyúčtované hrazené služby, úhradu této části vyúčtovaných hrazených služeb v termínu splatnosti neprovede. Pojišťovna prokazatelným způsobem oznámí Poskytovateli bez zbytečného odkladu rozsah a důvod vyúčtovaných, ale neuhrazených služeb. Tím Pojišťovna vyzve Poskytovatele k opravě nesprávně vyúčtovaných hrazených služeb nebo k doložení poskytnutých hrazených služeb. Řádně poskytnuté a vyúčtované hrazené služby Pojišťovna uhradí v nejbližším termínu úhrady.
- 9) Pojišťovna provede za své pojištěnce i pojištěnce z 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.
- 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 hrazených služeb předložených v následujícím zúčtovacím období.
- 11) Úhrada vyúčtování hrazených služeb bude provedena za následujících podmínek a ve lhůtách:
- a) Poskytovatel vyúčtuje (vystaví fakturu) za poskytnuté hrazené služby nejpozději do 30 kalendářních dnů po uplynutí fakturačního období (čtvrtletí, popř. měsíce), v němž byly tyto služby poskytnuty. To neplatí, jde-li o vyřazenou dávku nebo její část podle této Smlouvy, kdy lhůta počíná běžet dnem, kdy Poskytovatel obdržel vyrozumění Pojišťovny o vyřazení dokladu a zkrácení platby, nebo jde-li o dávku vrácenou jinou zdravotní pojišťovnou z důvodu nepřislušnosti. Nedodržení uvedené lhůty pro předložení vyúčtování není důvodem k odmítnutí úhrady za poskytnuté hrazené služby, ale opakované neodůvodněné porušení této lhůty může být považováno za nedodržení podmínek této Smlouvy.
 - b) Pojišťovna uhradí poskytnuté hrazené služby po provedení kontroly vyúčtování, a to nejpozději:
 - 1. do 30 kalendářních dnů, při předání vyúčtování Pojišťovně na elektronickém nosiči či v elektronické podobě, ode dne doručení faktury Pojišťovně,
 - 2. do 50 kalendářních dnů ode dne doručení faktury Pojišťovně na papírových dokladech.Lhůta splatnosti je dodržena, je-li platba poslední den lhůty připsána na účet Poskytovatele. Za opožděnou platbu nebudou smluvní strany považovat případ, kdy zpoždění bylo způsobeno chybou v mezibankovním styku.
- 12) V případě poruchy výpočetního systému, znemožňující včasné provedení vyúčtování nebo úhrady hrazených služeb, poskytne Pojišťovna Poskytovateli v dohodnutém termínu úhrady zálohu ve výši průměrného měsíčního objemu vykázaných hrazených služeb, vypočteného z posledních dvou uzavřených kalendářních čtvrtletí, pokud se smluvní strany v daném případě nedohodnou jinak.

Článek V

Kontrola

- 1) Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona č. 48/1997 Sb. a Smlouvou kontrolu využívání a poskytování hrazených služeb a jejich vykazování z hlediska jejich objemu a kvality, včetně dodržování cen, a to prostřednictvím svého informačního systému, přístupu do Centrálního úložiště elektronických receptů, 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 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 předpisem¹¹⁾ a dalších dokladů bezprostředně souvisejících s prováděnou kontrolou vyúčtovaných hrazených služeb. Revizní lékař (revizní odborný pracovník) je povinen postupovat tak, aby kontrola nenarušila prováděný výkon.
- 5) V případě kontroly (šetření) ve zdravotnickém zařízení provozovaném Poskytovatelem bude na místě zpracován záznam 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 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, 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 se závěry kontroly v jiném řízení.

¹¹⁾ § 65 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotnické účtárně ve znění pozdějších předpisů.

- 8) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazených služeb nebo jejich neodůvodněné poskytování, Pojišťovna podle § 42 odstavce 3 zákona č. 48/1997 Sb. takové služby neuhradí. V případě, že se závěry kontroly prokáží jako neodůvodněné, uhradí Pojišťovna ve lhůtě stanovené v článku IV odst. 11 písm. b) bod 1 Poskytovateli částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnutých hrazených služeb.

Článek VI **Doba trvání Smlouvy**

Smlouva se uzavírá na dobu do 31. 12. 2028. Doba trvání Smlouvy bude prodloužena automaticky vždy o jeden rok, pokud jedna ze smluvních stran neoznámí písemně, nejpozději 1 rok před uplynutím doby trvání této Smlouvy, druhé smluvní straně svůj úmysl účinnost Smlouvy ukončit.

Článek VII **Způsob a důvody ukončení Smlouvy**

- 1) Smlouva nebo její část zaniká:
 - a) dnem zrušení, nebo změny registrace nebo její části, anebo zánikem, odejmutím nebo změnou oprávnění Poskytovatele k poskytování zdravotních služeb,
 - 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 hrazené služby nadále poskytovat,
 - d) dnem, kdy Poskytovatel pozbyl věcné, technické nebo personální předpoklady pro poskytování hrazených služeb ve sjednaném rozsahu, stanovené právním předpisem nebo Smlouvou, ve smyslu čl. III odst. 2 písm. a), pokud Poskytovatel nedostatky neodstraní 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) Pozastavením oprávnění k poskytování zdravotních služeb Poskytovatele smlouva nezaniká. Poskytovatel po dobu, po kterou trvá pozastavení jeho oprávnění k poskytování zdravotních služeb, neposkytuje hrazené služby, které podle rozhodnutí o pozastavení oprávnění k poskytování zdravotních služeb po dobu pozastavení oprávnění nelze poskytovat.
- 3) 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, nezakládá-li toto jednání neplatnost 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. 10 zák. č. 48/1997 Sb.,
 4. vstoupí do likvidace nebo je-li soudem rozhodnuto o jejím úpadku.
 - b) Poskytovatel
 1. bez předchozí dohody s Pojišťovnou bezdůvodně neposkytuje hrazené služby ve sjednaném rozsahu a kvalitě,
 2. přes písemné upozornění bez předchozí dohody s Pojišťovnou opakovaně účtuje hrazené služby poskytnuté nad rámec sjednaného druhu, odbornosti a rozsahu činnosti,
 3. přes písemné upozornění neodůvodněně omezuje pro pojištěnce Pojišťovny ordinační nebo provozní dobu sjednanou ve Smlouvě,
 4. poskytuje hrazené služby bez odpovídajícího věcného a technického vybavení a personálního zabezpečení, není-li tato skutečnost důvodem zániku Smlouvy dle odst. 1 písm. d) tohoto článku,
 5. prokazatelně neposkytuje pojištěncům hrazené služby kvalitně a lege artis, popřípadě opakovaně odmítne poskytnutí hrazených služeb z jiných, než právními předpisy stanovených důvodů,
 6. požaduje v rozporu s právními předpisy od pojištěnců finanční úhradu za hrazené služby nebo za přijetí pojištěnce do péče,
 7. přes písemné upozornění prokazatelně opakovaně neoprávněně účtuje hrazené služby,
 8. neposkytne nezbytnou součinnost k výkonu kontrolní činnosti prováděné Pojišťovnou v souladu se zákonem,
 - 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.

- 4) 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 Poskytovatele - organizace (IČO), identifikační číslo zařízení - Poskytovatele (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 duhovném podezření na nedodržení postupu "lege artis", že zdravotnické prostředky byly při poskytování hrazených zdravotních služeb použity v souladu se zvláštními právními předpisy¹²⁾,
 - 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 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 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 hrazených služeb, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve Smlouvě,
 - b) může zveřejnit na své internetové adrese v rámci seznamu smluvních Poskytovatelů jméno, případně název 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 nebo v rozhodčím řízení podle zvláštního právního předpisu¹³⁾, pokud se smluvní strany na řešení sporů v rozhodčím řízení ve Smlouvě dohodnou.
- 2) Smířčí jednání navrhuje jedna ze smluvních stran. Návrh musí obsahovat přesné a dostatečně podrobné vymezení sporu. Účastníkem smířčího jednání je smluvní strana, která podala návrh na projednání sporu, smluvní strana, které je návrh na projednání sporu adresován, zástupce příslušných skupinových smluvních poskytovatelů zastupovaných svými zájmovými sdruženími podle § 17 odstavce 2 zák. č. 48/1997 Sb. a zástupce Pojišťovny. K projednání sporu si každá smluvní strana může přizvat nejvýše dva odborné poradce. Smířčí 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 se řídí touto Smlouvou, právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění a poskytování hrazených služeb, a to 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. Ve věcech neupravených těmito právními předpisy se řídí občanským zákoníkem a dalšími příslušnými právními předpisy.
- 2) Součástí této Smlouvy jsou její přílohy:
 - a) Příloha č. 1

¹²⁾ Například zákon č. 265/2014 Sb. o zdravotnických prostředcích a o změně zákona č. 634/2004 Sb. o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů

¹³⁾ Zákon č. 218/1994 Sb. o rozhodčím řízení a o výkonu rozhodčích nálezů, ve znění pozdějších předpisů

- kopie rozhodnutí (potvrzení) o registraci, popř. kopie oprávnění k poskytování zdravotních služeb vydaného příslušným orgánem,
- kopie zřizovací listiny (statut) schválené zřizovatelem Poskytovatele u státních zdravotnických zařízení, nebo
- kopie výpisu z obchodního rejstříku právnických osob nebo fyzických osob zapsaných v obchodním rejstříku

b) Příloha č. 2

Smluvené druhy a formy zdravotní péče, odbornosti pracovišť a jejich jednoznačná identifikace, rozsah poskytovaných hrazených služeb, personální zabezpečení a technické a věcné vybavení pro poskytování hrazených 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.

c) Příloha č. 3

Kopie smlouvy o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou občanům v souvislosti s poskytováním hrazených služeb uzavřená s pojišťovnou vykonávající činnost na území České republiky, nebo potvrzení (doklad) pojišťovny o uzavření pojistné smlouvy tohoto druhu.

d) Příloha č. 4

- Číselníky vydávané Svazem zdravotních pojišťoven ČR, v aktuálně platné verzi, zveřejňované na webových stránkách – www.szpcr.cz
- Číselníky VZP ČR, pokud nejsou vydávány Svazem zdravotních pojišťoven ČR, v aktuálně platné verzi,
- Metodika pro pořizování a předávání dokladu, v aktuálně platné verzi,
- Pravidla pro vyhodnocování dokladu ve VZP ČR, v aktuálně platné verzi,
- Datové rozhraní, v aktuálně platné verzi.

Obě smluvní smluvní strany berou na vědomí, že dokumenty Číselníky vydávané Svazem zdravotních pojišťoven ČR, v aktuálně platné verzi, Číselníky VZP ČR, v aktuálně platné verzi, Metodika pro pořizování a předávání dokladu, v aktuálně platné verzi, Pravidla pro vyhodnocování dokladu ve VZP ČR, v aktuálně platné verzi, a Datové rozhraní, v aktuálně platné verzi, se ke Smlouvě nepřikládají, přestože tvoří její součást.

3) Nejpozději do 31. 12. 2020 je Poskytovatel povinen předložit Pojišťovně, v souladu s odst. 2 tohoto článku Smlouvy,

- a) aktuální elektronickou Přílohu č. 2 (EP2), nebo
- b) aktualizované podklady pro sjednání elektronické Přílohy č. 2.

Nedohodnou-li se smluvní strany na rozsahu a obsahu Přílohy č. 2 této Smlouvy do 30. 9. 2021, Smlouva s účinností k 1. 10. 2021 zaniká. Smluvní strany budou nejpozději do 30. 9. 2021 akceptovat rozsah hrazených služeb a stav personálního zabezpečení a věcného a technického vybavení Poskytovatele, který odpovídá stavu smluvního vztahu platnému ke dni 31. 12. 2020.

- 4) Smluvní strany se dohodly, že oznámí neprodleně, nejpozději do 30 kalendářních dnů, druhé smluvní straně skutečnosti, které by podstatným způsobem mohly ovlivnit plnění Smlouvy, např. pokud dojde:
 - ke změně názvu, sídla, IČO, čísla bankovního účtu, popř. změně peněžního ústavu,
 - ke změně údajů v přílohách této Smlouvy.
- 5) Smluvní strany se dohodly, že ve vzájemném smluvním vztahu budou preferovat elektronickou komunikaci.
- 6) Smluvní strany se dohodly, že Poskytovatel zejména v čekárně anebo v ordinaci vhodným způsobem, s užitím loga Pojišťovny, viditelně vyznačí, že je smluvní partner Pojišťovny.
- 7) Smluvní strany v souladu s ustanovením § 1740 odst. 3 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, vylučují přijetí návrhu nebo změny smlouvy s jakoukoliv výhradou, dodatkem nebo odchylkou od učiněného návrhu.
- 8) Smluvní strany se dohodly, že výpověď či jinou formu ukončení smluvního vztahu ve smyslu čl. VII této Smlouvy je možné doručovat též prostřednictvím datové schránky, je-li smluvní stranou zřízena. V takovém případě se má písemnost za doručenu desátým dnem po jejím odeslání do datové schránky adresáta.

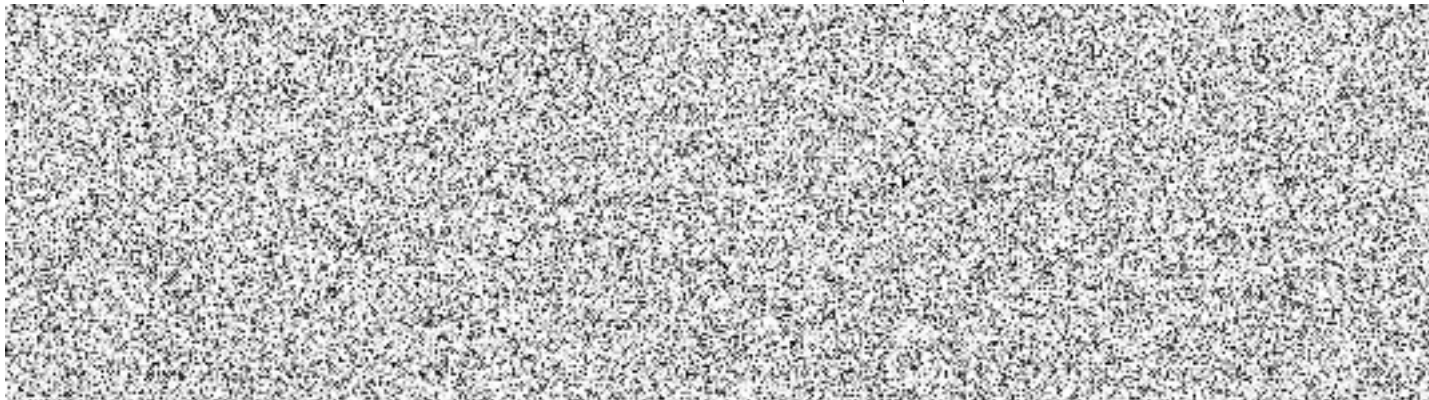
Článek XI Závěrečná ustanovení

- 1) Tato Smlouva nabývá platnosti dnem doručení Smlouvy podepsané Poskytovatelem do Pojišťovny.
- 2) Tato Smlouva nabývá účinnosti dne 1. 1. 2021 za podmínky, že Smlouva bude do této doby doručena do Pojišťovny a zveřejněna podle odst. 4) tohoto článku, jinak nabývá Smlouva účinnosti dnem zveřejnění.
- 3) Zánikem nebo ukončením Smlouvy vznikne smluvním stranám povinnost vzájemně vypořádat své závazky, a to ve lhůtě do 150 kalendářních dnů.
- 4) Poskytovatel bere na vědomí, že tato Smlouva bude zveřejněna ve smyslu ustanovení § 17 odst. 9 zákona č. 48/1997 Sb.
- 5) Smlouva je vyhotovena ve 2 stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.

- 6) Veškeré změny a doplňky této Smlouvy lze provádět výhradně písemnými očíslovanými dodatky, podepsanými na znamení souhlasu oběma smluvními stranami.
- 7) Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že Smlouva byla uzavřena podle jejich svobodné vůle a že souhlasí s jejím obsahem.

V Brně dne 15.05.2020

v 15.05.2020 dne 15.05.2020



Rozsah poskytovaných hrazených služeb - seznam nasmlouvaných kódů zdravotních výkonů pro PZS:

IČO Poskytovatele: 48899119


IČZ Poskytovatele: 84862000

Název: Poliklinika Žďár nad Sázavou

Ke dni: 08.03.2021

Kód výkonu	Název výkonu
21001	KOMPLEXNÍ KINEZIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ
21002	KINEZIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ
21003	KONTROLNÍ KINEZIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ
21113	FYZIKÁLNÍ TERAPIE II
21115	FYZIKÁLNÍ TERAPIE III
21117	FYZIKÁLNÍ TERAPIE IV
21211	LÉČEBNÁ TĚLESNÁ VÝCHOVA SKUPINOVÁ TYP I., 3 - 5 LÉČENÝCH
21215	LÉČEBNÁ TĚLESNÁ VÝCHOVA - INSTRUKTÁŽ A ZÁCVIK PACIENTA A JEHO RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ
21219	LÉČEBNÁ TĚLESNÁ VÝCHOVA INDIVIDUÁLNÍ POD DOHLEDEM NA PŘÍSTROJÍCH
21221	INDIVIDUÁLNÍ KINEZIOTERAPIE I. / do 31. 12. 2018 LÉČEBNÁ TĚLESNÁ VÝCHOVA NA NEUROFYZIOLOGICKÉM PODKLADĚ
21225	INDIVIDUÁLNÍ KINEZIOTERAPIE II. / DO 31. 12. 2018 LÉČEBNÁ TĚLESNÁ VÝCHOVA INDIVIDUÁLNÍ - KONDIČNÍ A ANALYTICKÉ METODY
21315	VODOLÉČBA II
21317	VODOLÉČBA III
21413	TECHNIKY MĚKKÝCH TKÁNÍ
21415	MOBILIZACE PÁTEŘE A PERIFERNÍCH KLOUBŮ
21713	MASÁŽ REFLEXNÍ A VAZIVOVÁ
21717	INDIVIDUÁLNÍ LTV - NÁCVIK LOKOMOCE A MOBILITY
25235	INHALAČNÍ AEROSOLOVÁ LÉČBA


Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra
České republiky, IČO: 47114304
se sídlem v Praze 3, 130 00, Vinohradská 2577/178
Kód pojišťovny: 211
(Obchodní rejstřík: Městský soud Praha A/7216)

zastoupená: 
ředitelem divize Morava
kontaktní adresa: Cejl 5, P.O.BOX 216
658 16 Brno

(dále jen "Pojišťovna")

ZP-0337217/09-21/7



POLIKLINIKA ŽDĚR N/S, p.o.

Studentská 1699/4
591 01 Žďár nad Sázavou 1

a

Poskytovatel zdravotních služeb

Poliklinika Žďár nad Sázavou
Studentská 1699/4
591 01 Žďár nad Sázavou 1

IČO poskytovatele zdravotních služeb: 48899119
IČZ poskytovatele zdravotních služeb: 84862000
Interní označení poskytovatele zdravotních služeb: 4889911981

(dále jen "Poskytovatel")

DODATEK RHB/2021 KE SMLOUVĚ O POSKYTOVÁNÍ A ÚHRADĚ HRAZENÝCH SLUŽEB č. 7REHA00264 na rok 2021

Shora označené smluvní strany se v souladu s § 12 Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 428/2020 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2021 (dále jen „Vyhláška MZ č. 428/2020 Sb.“) dohodly, že hrazené služby poskytované Poskytovatelem pojištěncům Pojišťovny v roce 2021 budou hrazeny podle dále uvedených ustanovení tohoto Dodatku ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb (dále jen „Dodatek“).

Článek 1

- 1) Hrazené služby poskytované Poskytovatelem v odbornosti 902 a 917 podle Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění (dále jen „Vyhláška MZ č. 134/1998 Sb.“), budou v roce 2021 hrazeny v souladu s ustanovením § 12 Vyhlášky MZ č. 428/2020 Sb.
- 2) Pojišťovna bude v roce 2021 provádět Poskytovateli předběžnou úhradu ve výši 1/12 111 % objemu úhrady za referenční období. Referenčním obdobím se rozumí rok 2019. Výše předběžné měsíční úhrady Poskytovateli činí: **171370,00 Kč**.
- 3) V případě změny spektra nebo rozsahu hrazených služeb poskytované Poskytovatelem pojištěncům Pojišťovny, má Poskytovatel právo písemně požádat Pojišťovnu o změnu výše předběžné úhrady.
- 4) Celková výše úhrady Poskytovateli bude stanovena v souladu s odstavcem 4 a 7 Přílohy č. 7 k Vyhlášce MZ č. 428/2020 Sb. U Poskytovatele, který ošetřil v referenčním období 50 a méně pojištěnců, se výpočet celkové výše úhrady dle odstavce 4 Přílohy č. 7 k Vyhlášce MZ č. 428/2020 Sb. nepoužije.
- 5) Finanční vypořádání hrazených služeb dle odstavce 1 až 4 tohoto Dodatku bude provedeno do 31. 05. 2022. Přepatek ze strany Pojišťovny je Pojišťovna oprávněna započítat proti kterémukoli pohledávce Poskytovatele za Pojišťovnou, a to poté, co doručí Poskytovateli vyúčtování, v němž bude přepatek uveden.
- 6) Poskytovatel se zavazuje vyúčtovat hrazené služby poskytnuté v roce 2021 nejpozději do 31. 03. 2022. Tímto není dotčeno jeho právo na uplatnění případných opravných dávek po tomto termínu. Pojišťovna však není povinna započítat opravné dávky uplatněné po 31. 03. 2022 do finančního vypořádání dle odstavce 5).
- 7) V individuálních případech zvláštního zřetele hodných, kdy dojde ke změnám struktury a k podstatnému nárůstu objemu poskytovaných hrazených služeb oproti referenčnímu období, může Poskytovatel požádat Pojišťovnu o zohlednění v rámci výpočtu výše celkové úhrady. Poskytovatel musí svou žádost Pojišťovně předat písemně společně s řádným odůvodněním nejpozději do 30 dnů od zaslání vyúčtování. Pojišťovna žádost Poskytovatele posoudí a v případě, že uzná žádost jako odůvodněnou, může výši celkové úhrady částečně nebo plně zohlednit.

Došlo dne: 2. 5. 2021

- 8) U Poskytovatele, který v referenčním období nebo jeho části neexistoval, neměl smlouvu s Pojišťovnou, neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, nebo v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, použije Pojišťovna pro účely výpočtu celkové výše úhrady průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období srovnatelných poskytovatelů. Hodnota referenční průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce stanovené v souladu s větou první je uvedena v Příloze č. 1 k Dodatku/2021.
- 9) Úhrady nově definovaných zdravotních služeb souvisejících s předpokládaným mimořádným vývojem pandemické situace v souvislosti s onemocněním COVID-19 (zejména zdravotní služby týkající se testování, očkování) budou v hodnoceném období realizovány v souladu s informacemi zveřejněnými na webu Pojišťovny v sekci „Poskytovatelé → Obecné informace → Informace v souvislosti s onemocněním COVID-19“¹.
- 10) Hrazené služby poskytnuté v období před 1. 1. 2021 jsou vykazovány a hrazeny způsobem dohodnutým ve Smlouvě. Pro úhradu těchto služeb platí Dodatky platné pro příslušné kalendářní období, ve kterém byly hrazené služby poskytnuty. Tyto dodatečně účtované hrazené služby se vykazují samostatnou dávkou a samostatnou fakturou.

Článek 2

- 1) Poskytování hrazených služeb pojištěncům členských států Evropské unie (EU), Evropského hospodářského prostoru (EHP) a Švýcarska (dále jen „členské země“) a dalších smluvních zemí (Albánie, Černá Hora, Srbsko, Severní Makedonie, Tunisko a Turecko) a pojištěncům Spojeného království Velké Británie a Severního Irska (UK), na něž se vztahuje Protokol o koordinaci sociálního zabezpečení stanovený dohodou a spolupráci mezi EU a Evropským společenstvím pro atomovou energii na jedné straně a UK na straně druhé a čl. 30 nebo čl. 32 Dohody o vystoupení Spojeného království VB a Severního Irska z EU a Evropského společenství pro atomovou energii se bude řídit právními předpisy platnými pro české pojištěnce. Vykazování poskytnuté hrazené služby za pojištěnce z členských a smluvních zemí a z UK Pojišťovně se řídí Metodikou pro pořizování a předávání dokladů, v platném znění. Úhrada bude prováděna výkonově podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., v platném znění, podle Nařízení Evropského parlamentu a rady (ES) č. 883/2004 a 987/2009, Nařízení Evropského parlamentu a rady (EU) č. 1231/2010 a Nařízení Evropského parlamentu a rady (EU) č. 465/2012 a metodických pokynů Ministerstva zdravotnictví České republiky zveřejněných ve Věstníku MZ částce 3/2011.
- 2) Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům Pojišťovny se stanoví hodnota bodu ve výši uvedené v odstavcích 1 a 2 Přílohy č. 7 k Vyhlášce MZ č. 428/2020 Sb.
- 3) Poskytovatel se zavazuje zasílat vyúčtování za hrazené služby poskytované pojištěncům z členských a smluvních zemí samostatnou fakturou a dávkou v elektronické či papírové formě na následující adresu Pojišťovny: Skupina mezistátních úhrad, ZP MV ČR, Vinohradská 2577/178, 130 00 Praha 3. O případné změně formy předávání vyúčtování za hrazené služby poskytnuté pojištěncům z členských a smluvních zemí bude Poskytovatel informován. Pro přidělení čísla pro pojištěnce z členské nebo smluvní země, který zvolil přímý přístup k lékaři bez předchozí registrace, má Poskytovatel možnost kontaktovat v pracovní době od 8.00 hodin do 15.00 hodin (v pátek od 8.00 hodin do 14.00 hodin) pracovníka skupiny mezistátních úhrad ZP MV ČR. Při kontaktu formou faxu nebo e-mailu musí být v žádosti o přidělení čísla cizímu pojištěnci uvedeny následující údaje: stát pojištění, příjmení a jméno pojištěnce, datum narození, kód kompetentní instituce, číslo průkazu a datum konce jeho platnosti.

Článek 3

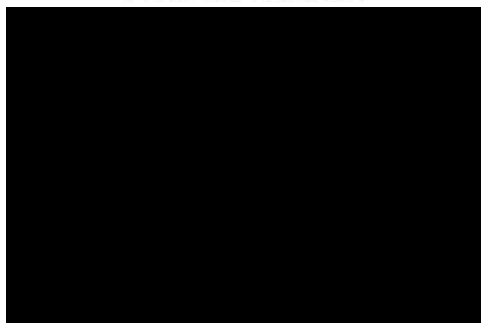
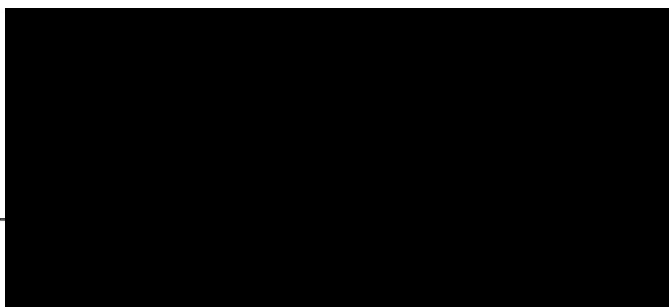
- 1) Tento Dodatek nabývá platnosti dnem doručení Dodatku podepsaným Poskytovatelem do Pojišťovny.
- 2) Smluvní strany výslovně prohlašují, že tento Dodatek potvrzuje veškerá jejich právní jednání a ujednání učiněná mezi nimi, související s plněním tohoto Dodatku, v období od 1. 1. 2021, ne však dříve než od data uvedeného v čl. XI odst. 2 Smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb, do dne doručení Dodatku podepsaného Poskytovatelem do Pojišťovny, a že na takovém základě uznávají tento Dodatek za platný a účinný i pro uvedené období, včetně období do dne jeho zveřejnění.
- 3) Dodatek je vyhotoven ve dvou stejnopisech s platností originálu, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení. Pro Poskytovatele bez plnohodnotného referenčního období je součástí Dodatku Příloha č. 1 Dodatku/2021.
- 4) Smluvní strany se dohodly, že tento Dodatek, řádně podepsaný a opatřený razítky, připojují jako nedílnou součást ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb.
- 5) Poskytovatel bere na vědomí, že tento Dodatek bude zveřejněn ve smyslu ustanovení § 17 odst. 9 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.
- 6) Veškeré změny a doplňky tohoto Dodatku lze provádět výhradně písemnými očíslovanými dodatky, podepsanými na znamení souhlasu oběma smluvními stranami.
- 7) Smluvní strany v souladu s ustanovením § 1740 odst. 3 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, vylučují přijetí návrhu nebo změny Dodatku s jakoukoliv výhradou, dodatkem nebo odchylkou od učiněného návrhu.
- 8) Poskytovatel se v souvislosti s ustanovením § 17 odst. 9 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, zavazuje, že vrátí podepsaný Dodatek neprodleně zpět do Pojišťovny, nejpozději však do 30. 11. 2021. Pokud tato podmínka splněna nebude, platnost návrhu na uzavření tohoto Dodatku, případně platnost oboustranně podepsaného Dodatku zaniká.

¹<https://www.zpmvcr.cz/poskytovatele/obecne-informace/informace-v-souvislosti-s-onemocnenim-covid-19>

- 9) Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že Dodatek byl uzavřen podle jejich svobodné vůle a že souhlasí s jeho obsahem.

V dne

V Brně dne 18.02.2021



JEDEN PODEPSANÝ VÝTISK DODATKU KE SMLouvĚ, PROSÍM, VRAŤTE OBRATEM ZPĚT NA KONTAKTNÍ ADRESU ZP MV ČR
UVEDENOU V ZÁHLAVÍ DODATKU