



HZ567



Smlouva č. 44345/25
o poskytování a úhradě zdravotních služeb

(pro ambulantní specializovanou péči)

kteřou uzavřely níže uvedeného dne, měsíce a roku podle ustanovení § 1746 občanského zákoníku, ve smyslu § 17 zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění ve znění pozdějších předpisů a podle vyhlášky č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy a v souladu s dalšími právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění tyto

Smluvní strany

RBP, zdravotní pojišťovna, se sídlem Michálkovic 967/108, Slezská Ostrava, 710 00 Ostrava, IČ: 47673036, email: [redacted] kód ZP: 213
jejímž jménem jedná [redacted] na základě plné moci ze dne 2. ledna 2023
(dále jen „**Pojišťovna**“ nebo „**RBP**“)

a

Název, příp. jméno a příjmení: **Univerzita Palackého v Olomouci**
Se sídlem: **77900 Olomouc, Křížkovského 511/8**
Zastoupen: **prof. MUDr. Martin Procházka, Ph.D.**
IČ: **61989592**
IČZ: **89101860**

Bankovní spojení:

Číslo účtu:

Telefon:

Email:

(dále jen „**Poskytovatel**“)

I.
Předmět smlouvy

Předmětem této Smlouvy je stanovení podmínek a úprava vztahů vznikajících mezi Poskytovatelem a Pojišťovnou při poskytování zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění (dále jen „**hrazené služby**“) pojištěncům Pojišťovny (dále jen „**pojištěnci**“) a při jejich úhradě. To platí i v případě, kdy Pojišťovna plní roli výpomocné instituce při provádění práva Evropské unie, nebo na základě mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení, uzavíraných Českou republikou.

II.
Práva a povinnosti smluvních stran

1. Smluvní strany

- a) dodržují při vykazování a úhradě hrazených služeb dohodnutou metodiku, pravidla a datové rozhraní,
- b) zavází své zaměstnance, 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 v této Smlouvě, pro které je věcně a technicky vybaven a personálně zajištěn, a to svým provozovatelem fyzickou osobou nebo zaměstnanci v rozsahu minimálně 30 hodin týdně, což odpovídá úvazku 1. Ordinační doba je rozložena minimálně do 4 dnů. V případě, že je tato smlouva s Poskytovatelem uzavírána dle ust. § 46 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb., v platném znění, tj. smlouva je uzavírána z důvodu změny právní formy Poskytovatele, Poskytovatel poskytuje hrazené služby v odbornostech a rozsahu, jak bylo stanoveno v dřívější smlouvě o poskytování a úhradě zdravotních služeb s poskytovatelem – fyzickou osobou. V takovém případě Poskytovatel prohlašuje, že mu oprávnění k poskytování zdravotních služeb jako fyzické osobě zaniklo při udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb jako společnosti s ručením omezeným. Pokud je smlouva uzavírána v návaznosti na prodej závodu, Poskytovatel poskytuje hrazené služby v odbornostech a rozsahu, jak bylo stanoveno v dřívější smlouvě o poskytování zdravotních

služeb mezi RBP a původním poskytovatelem.

- b) poskytuje hrazené služby pojištěncům z členských států EU, EHP a Švýcarska a dalších států, podle příslušných předpisů Evropské unie¹ a pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny smlouvy o sociálním zabezpečení, (dále jen „**pojištěnci z EU**“), za stejných podmínek jako pojištěncům Pojišťovny, v rozsahu dle jimi předložených dokladů, tak aby nedocházelo k jejich diskriminaci ani upřednostňování, a to ani v případě, že by pojištěnec z EU hradil hrazené služby v hotovosti,
- c) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci, kteří budou pojištěncům poskytovat ve Smlouvě sjednané hrazené služby, splňují požadavky stanovené právními předpisy pro výkon této činnosti²,
- d) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytované hrazené služby podle zvláštního právního předpisu³,
- e) poskytuje hrazené služby na náležitě odborné úrovni, tj. podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů při respektování individuality pacienta s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti (dále jen „**lege artis**“), bez nadbytečných nákladů, vždy však se zřetelem k tomu, aby potřebného diagnostického nebo léčebného efektu bylo dosaženo s ohledem na individuální zdravotní stav pojištěnce,
- f) odpovídá za účelnost indikace při odesílání pojištěnce ke komplementárním a konziliárním vyšetřením a na základě jejich výsledků upravuje diagnózu nebo léčebný postup,
- g) provede pro posouzení oprávněnosti vyúčtovaných hrazených služeb v průkazné formě zdravotní dokumentaci o léčení pojištěnců, ve které budou zaznamenávány provedené zdravotní výkony, vyžádané zdravotní služby, předepisované léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a uchovány v ní i doručené výsledky vyžádaných a provedených vyšetření a ošetření, v souladu se zvláštním předpisem⁴,
- h) zajistí, v případě nepřítomnosti ve Smlouvě dohodnutého nositele výkonu, zástup jiným kvalifikovaným nositelem výkonu. V případech, bude-li nepřítomnost nositele výkonu, znamenající nedostupnost příslušné odbornosti, delší než 5 pracovních dnů, sdělí Poskytovatel tyto skutečnosti zabezpečenou elektronickou cestou na e-mailovou adresu [REDAKCE] nebo písemně Pojišťovně a vhodným způsobem oznámí pojištěncům,
- i) poskytne v souladu s právními předpisy poskytovatelům, kterým pojištěnce předá do péče nebo které si pojištěnec zvolí, informace potřebné pro zajištění návaznosti hrazených služeb a k zamezení duplicitního provádění diagnostických a léčebných výkonů a při převzetí pojištěnce do péče bude takové informace od příslušných poskytovatelů vyžadovat,
- j) neodmítne přijetí pojištěnce Pojišťovny do své péče, s výjimkou případů stanovených právním předpisem nebo uvedených ve Smlouvě, příp. v jejích dodatcích,
- k) nepodmíní právo pojištěnce na svobodnou volbu lékaře, poskytovatele nebo na poskytnutí hrazených služeb žádnými registračními poplatky nebo sponzorskými dary a za poskytnutí hrazených služeb hrazených Pojišťovnou nebude od pojištěnce, pokud to nevyplývá z právních předpisů, vybírat žádnou finanční úhradu,
- l) nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí hrazených služeb změnou pojišťovny nebo jiným způsobem,
- m) nebude zvyhodňovat pojištěnce jedné nebo více pojišťoven v neprospěch pojištěnců pojišťoven ostatních a zhoršovat dostupnost Pojišťovnou hrazených zdravotních 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 poskytnul hrazené služby, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby,
- o) odpovídá podle zvláštního právního předpisu⁵ za správné a úplné vyplnění tiskopisu receptu; dále odpovídá za správné a úplné vyplnění poukazu na zdravotnické prostředky nebo poukazu na vyšetření/ošetření nebo příkazu ke zdravotní dopravě. Pokud při preskripci nebylo respektováno preskripční omezení vyplývající z právních předpisů a Pojišťovna tento léčivý přípravek nebo zdravotnický prostředek zařízení lékárenské péče uhradila, má Pojišťovna právo požadovat od Poskytovatele úhradu zaplacené částky,
- p) doloží při uzavírání Smlouvy s Pojišťovnou doklad o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou občanům v souvislosti s poskytováním hrazených služeb a bude pojištěn po celou dobu trvání smluvního vztahu s Pojišťovnou,
- q) je povinen za uplynulé čtvrtletí sdělovat Pojišťovně změny seznamu jednotlivých nositelů výkonů k poslednímu dni daného čtvrtletí, a to v souladu se zvláštním právním předpisem⁶, a to v elektronické podobě,
- r) konkrétní rozsah sjednaných zdravotních služeb je stanoven v příloze této Smlouvy.

3. Pojišťovna

- a) uhradí Poskytovateli poskytnuté hrazené služby, průkazně zdokumentované a odůvodněně poskytnuté jejím pojištěncům i pojištěncům z EU, pro které je výpomocnou institucí při provádění práva Evropské unie v souladu s právními předpisy a Smlouvou,

¹ Nařízení Evropského parlamentu a Rady č. 883/2004, č. 987/2009 a č. 1231/2010

² Zákon č. 95/2004 Sb., zákon č. 96/2004 Sb.

³ Např. vyhlášky MZ č. 92/2012 Sb., 99/2012 Sb.

⁴ Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů

⁵ Vyhláška č. 54/2008 Sb., o způsobu předepisování léčivých přípravků, údajích uváděných na lékařském předpisu a o pravidlech používání lékařských předpisů ve znění pozdějších předpisů

⁶ § 40 odst. 10 b) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

- b) dohledá na žádost Poskytovatele bez zbytečného prodlení příslušnost pojištěnce k Pojišťovně v případech, kdy není dostupný průkaz pojištěnce a jsou dostupné jeho osobní údaje,
- c) nebude vyžadovat zvýhodňování svých pojištěnců na úkor pojištěnců ostatních pojišťoven,
- d) je oprávněna provádět kontrolu plnění smluvně dohodnutých věcných a technických podmínek a personálního zajištění hrazených služeb poskytovaných Poskytovatelem podle Smlouvy,
- e) poskytuje Poskytovateli k zajištění jednotných podmínek dohodnutou metodiku, pravidla, datové rozhraní a příslušné číselníky vydávané Všeobecnou zdravotní pojišťovnou nebo Svazem zdravotních pojišťoven ČR k vykazování a výpočtu úhrady hrazených služeb, které jsou zveřejňované na webových stránkách - www.szpcr.cz,

III.

Úhrada poskytovaných hrazených služeb

1. Hodnoty bodu pro zdravotní služby hrazené podle seznamu výkonů, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení objemu poskytnutých zdravotních služeb podle §17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., se uvedou v dodatku ke Smlouvě.
2. Za způsoby úhrady se považují:
 - a) úhrada za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami,
 - b) kombinovaná úhrada za registrované pojištěnce a za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (kombinovaná kapitálně výkonová platba) nebo
 - c) jiný dohodnutý způsob úhrady.
3. V případě, že je tato smlouva s Poskytovatelem uzavírána dle ust. § 46 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb., v platném znění, tj. smlouva je uzavírána z důvodu změny právní formy Poskytovatele, budou do doby vytvoření vlastních referenčních údajů použity referenční údaje z referenčního, resp. rozhodného období poskytovatele - fyzické osoby, která měla s Pojišťovnou uzavřenu smlouvu o poskytování a úhradě zdravotních služeb. Stejně bude postupováno, pokud je smlouva uzavírána dle § 17 odst. 8 zákona č. 48/1997 Sb., v platném znění.
4. Mezi smluvními stranami musí být vždy předem dohodnuta změna struktury, rozsahu a objemu poskytovaných hrazených služeb, zejména z důvodu změny kapacity, struktury Poskytovatele, změny či obnovy přístrojového vybavení specifikovaného ve Smlouvě.
5. Poskytovatel pro uplatnění nároků na úhradu poskytnutých hrazených služeb předává Pojišťovně jednou měsíčně vyúčtování, doložené dárkami dokladů o poskytnutých hrazených službách s přílohami. Faktura obsahuje náležitosti účetního dokladu⁷. Náležitosti faktury a přílohy jsou stanoveny v metodice nebo se v souladu s metodikou upřesní ve Smlouvě. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu a příloha neobsahuje náležitosti podle dohodnuté metodiky nebo Smlouvy, má Pojišťovna právo ji odmítnout a vrátit bez zbytečného odkladu Poskytovateli k doplnění, případně k opravě; v takovém případě běží lhůta splatnosti až od termínu jejího opětovného převzetí Pojišťovnou.
6. Poskytovatel odpovídá za úplnost, formální i věcnou správnost dokladů a za jejich předávání způsobem dohodnutým v metodice a datovém rozhraní. Doklady za hrazené služby poskytnuté pojištěncům Pojišťovny a pojištěncům z EU, pro které je pojišťovna výpomocnou institucí při provádění práva Evropské unie, předává Poskytovatel Pojišťovně spolu s vyúčtováním v elektronické podobě nebo na papírových dokladech.
7. 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 poskytnutí hrazených služeb. Řádně poskytnuté a vyúčtované hrazené služby Pojišťovna uhradí v nejbližším termínu úhrady.
8. Pojišťovna provede za své pojištěnce i pojištěnce z EU, kteří si pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při provádění práva Evropské unie úhradu hrazených zdravotních služeb, vyúčtovaných v souladu s právními předpisy a Smlouvou. Pokud při kontrole zjistí chyby v dokladech, postupuje podle metodiky a pravidel. Odmítnutí úhrady nebo části úhrady Pojišťovna bez zbytečného odkladu Poskytovateli písemně zdůvodní. Poskytnutím úhrady není dotčeno právo Pojišťovny k provádění následné kontroly proplacených vyúčtování v rozsahu a za podmínek stanovených právními předpisy a Smlouvou.
9. Zjistí-li Pojišťovna pochybení ve vyúčtování předaném Poskytovatelem dodatečně 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 předložené v následujícím zúčtovacím období.
10. Úhrada vyúčtovaných poskytnutých hrazených služeb, při dodržení podmínek dohodnutých ve Smlouvě, bude provedena při předání vyúčtování Pojišťovně na elektronickém nosiči či v elektronické podobě nejpozději do 30 kalendářních dnů ode dne doručení faktury Pojišťovně. Při předání vyúčtování v listinné podobě se lhůta dle předchozí věty prodlužuje na 40 kalendářních dnů. Lhůta splatnosti je dodržena, je-li platba poslední den lhůty připsána na účet Poskytovatele.
11. 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.

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

IV. Kontrola

1. Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona č.48/1997 Sb. a Smlouvou kontrolu využívání a poskytování hrazených služeb v jejich obsahu a kvalitě, včetně dodržování cen, a to prostřednictvím svého informačního systému, přístupu do Centrálního úložiště elektronických receptů podle zvláštního zákona⁸, 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 poskytnutí 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 doklady potřebné k účelu kontroly, 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 předpisem⁹ a dalších dokladů bezprostředně souvisejících s prováděnou kontrolou vyúčtovaných hrazených služeb, léčiv a zdravotnických prostředků, včetně zvlášť účtovaných léčiv a zvlášť účtovaného materiálu. Revizní lékař (revizní odborný pracovník) je povinen postupovat tak, aby kontrola nenarušila prováděný léčebný výkon.
5. V případě kontroly (šetření) u Poskytovatele bude na místě vypracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a stanoviska Poskytovatele. Tento záznam nenahrazuje zprávu podle odstavce 6.
6. Zprávu, obsahující závěry kontroly, Pojišťovna zpracuje a předá Poskytovateli do 15 kalendářních dnů po ukončení kontroly; pokud nebude možno z objektivních důvodů tuto lhůtu dodržet, oznámí Pojišťovna tuto skutečnost Poskytovateli. Kontrola bude ukončena zpravidla do 30 kalendářních dnů od jejího zahájení.
7. Poskytovatel je oprávněn do 15 kalendářních dnů od převzetí závěru kontroly podat Pojišťovně písemně zdůvodněné námitky. K námitkám sdělí Pojišťovna stanovisko do 30 kalendářních dnů od jejich doručení. Pokud nebude možno z objektivních důvodů tyto lhůty dodržet, 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 hrazené služby neuhradí. V případě, že se závěry kontroly prokáží jako neodůvodněné, uhradí Pojišťovna Poskytovateli částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnutých hrazených služeb.

V. Doba účinnosti Smlouvy

1. Smlouva se uzavírá na dobu neurčitou.

VI. Způsob a důvody ukončení Smlouvy

1. Smlouva nebo její část zaniká:
 - a) dnem, kdy nabylo právní moci rozhodnutí o zrušení nebo změně registrace podle zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů, nebo došlo ke zrušení nebo změně činnosti, uvedené ve zřizovací listině, vydané Poskytovateli, anebo došlo k zániku, odejmutí nebo změně oprávnění Poskytovatele k poskytování zdravotních služeb podle zákona č. 372/2011 Sb., v důsledku čehož nemůže Poskytovatel dále poskytovat hrazené služby v daném rozsahu,
 - b) dnem zániku Poskytovatele nebo Pojišťovny nebo dnem úmrtí fyzické osoby, která byla Poskytovatelem,
 - 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 zdravotních služeb ve sjednaném rozsahu, stanovené právním předpisem nebo Smlouvou, ve smyslu čl. II. odst. 2 písm. a), pokud Poskytovatel nedostatky neodstranil ani po dodatečně stanovené přiměřené lhůtě; Smlouva nebo její část zaniká pouze v části vymezující rozsah nasmlouvaných hrazených služeb, ve kterém Poskytovatel nesplňuje právním předpisem nebo Smlouvou stanovené předpoklady, ledaže by šlo o tak závažné okolnosti, pro které nelze očekávat další plnění Smlouvy v celém rozsahu,
 - e) stoosmdesátým dnem od podpisu Smlouvy, pokud Poskytovatel nedoloží Pojišťovně kladný výsledek výběrového řízení dle § 46 a násl. zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

⁸ Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech), ve znění pozdějších předpisů.

⁹ § 65 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění

2. Smlouvu lze ukončit písemnou výpovědí s výpovědní lhůtou pěti měsíců, která začne běžet prvním dnem měsíce následujícího po doručení výpovědi druhé smluvní straně, jestliže v důsledku závažných okolností nelze rozumně očekávat další plnění Smlouvy, a to v případě, že
- a) smluvní strana
 - 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,
 - opakovaně poruší povinnost vyplývající z § 40, odst. 6 zákona č. 48/1997 Sb.,
 - vstoupí do likvidace nebo na její majetek soud prohlásí konkurz,
 - b) Poskytovatel
 - bez předchozí dohody s Pojišťovnou bezdůvodně neposkytuje hrazené služby ve sjednaném rozsahu a kvalitě,
 - přes písemné upozornění bez předchozí dohody s Pojišťovnou opakovaně účtuje hrazené služby poskytnuté nad rámec sjednaného druhu, odbornosti a rozsahu činnosti,
 - přes písemné upozornění neodůvodněně omezuje pro pojištěnce Pojišťovny ordinační dobu sjednanou ve Smlouvě,
 - poskytuje hrazené služby bez odpovídajícího věcného a technického vybavení a personálního zajištění,
 - prokazatelně neposkytuje pojištěncům hrazené služby kvalitně a "lege artis", popřípadě opakovaně odmítne poskytnutí hrazených služeb z jiných, než právními předpisy stanovených důvodů,
 - požaduje v rozporu s právními předpisy od pojištěnců finanční úhradu za zdravotní služby hrazené pojišťovnou nebo za přijetí pojištěnce do péče,
 - přes písemné upozornění prokazatelně opakovaně neoprávněně účtuje hrazené služby,
 - neposkytne nezbytnou součinnost k výkonu kontrolní činnosti prováděné Pojišťovnou v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb.
 - c) Pojišťovna
 - přes písemné upozornění opakovaně neoprávněně neuhradí Poskytovateli poskytnuté hrazené služby,
 - přes písemné upozornění opakovaně nedodrží lhůty splatnosti dohodnuté ve Smlouvě,
 - přes písemné upozornění opakovaně překračuje rozsah kontrolní činnosti stanovený zákonem,
 - poskytne třetí straně údaje o Poskytovateli nad rámec právních předpisů nebo Smlouvy.
3. Smlouvu lze dále ukončit:
- a) stanoví-li tak zákon,
 - b) písemnou dohodou smluvních stran, a to za podmínek a ve lhůtě uvedené v této dohodě.

VII.

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 (IČ), identifikační číslo zařízení (IČZ), identifikační číslo pracoviště (IČP),
 - b) sdělují si údaje nutné ke kontrole plnění Smlouvy,
 - c) zajistí trvale přístupné a jasné informace o existenci smluvního vztahu a právech vyplývajících z něho pro pojištěnce,
 - d) mohou si předávat údaje nezbytné k hodnocení kvality a efektivity poskytovaných hrazených služeb, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve Smlouvě.
2. Poskytovatel
- a) doloží Pojišťovně, při důvodném podezření na nedodržení postupu "lege artis", že zdravotnické prostředky byly při poskytování hrazených služeb použity v souladu se zvláštními právními předpisy¹⁰,
 - 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
 - ke zrušení pracoviště nebo jeho části bez náhrady, nebo jeho uzavření na dobu delší než 30 kalendářních dnů,
 - k odchodu zaměstnance jmenovitě uvedeného ve Smlouvě,
 - k výpadku přístroje nezbytného pro provádění výkonu bez náhrady na dobu delší než 30 kalendářních dnů.

Nesplnění povinností uvedených v písmenech a) nebo b), anebo pozdní splnění povinností uvedených v písmenu b) se považuje za závažné porušení smluvní povinnosti.

3. Pojišťovna

- a) může poskytnout Poskytovateli v zobecněné formě informace potřebné k ekonomizaci jeho činnosti nebo k jeho vědecké a výzkumné činnosti a ke kontrole kvality poskytovaných hrazených služeb, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve Smlouvě,

¹⁰ Např. zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

- b) může zveřejnit na své internetové adrese v rámci seznamu smluvních Poskytovatelů obchodní jméno či firmu a adresu Poskytovatele, jeho odbornost a telefonické, případně e-mailové spojení či další údaje vzájemně dohodnuté.

VIII. Řešení sporů

1. Smluvní strany budou řešit případné spory týkající se plnění Smlouvy především vzájemným jednáním zástupců smluvních stran, a to zpravidla do 14 kalendářních dnů od výzvy jedné ze smluvních stran. Pokud mezi nimi 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 předpisu, 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 zájmovými sdruženími podle § 17 odstavce 2 zákona č. 48/1997 Sb. a zástupce pojišťovny. K projednání sporu si každá smluvní strana může přizvat nejvýše dva odborné poradce. Smířčí jednání se ukončí zápisem, obsahujícím smír nebo závěr, že rozpor nebyl odstraněn s uvedením stanovisek obou stran.

IX. 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, pro které je Pojišťovna výpomocnou institucí při provádění práva Evropské unie za stejných podmínek jako pojištěncům Pojišťovny, a to v rozsahu dle jimi předložených dokladů. Tyto služby vykazuje Poskytovatel, v souladu s metodikou, samostatnou fakturou.
2. Pojišťovna provádí úhradu poskytnutých hrazených služeb pojištěncům z EU, pro které je pojišťovna výpomocnou institucí při provádění práva Evropské unie v souladu s právními předpisy platnými pro pojištěnce pojišťovny.
3. Smluvní strany se dohodly, že budou vzájemně akceptovat elektronickou komunikaci ve věci aktualizace příloh smlouvy prostřednictvím Portálu ZP. Konkrétní podmínky této komunikace se řídí platnou verzí obslužného manuálu, který je přístupný ke stažení na Portálu ZP (www.portalzp.cz).

X. Ostatní ujednání

1. Právní vztahy mezi smluvními stranami, ve věcech neupravených právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění a poskytování hrazených služeb a touto Smlouvou, se řídí občanským zákoníkem.
2. Nedílnou součástí této Smlouvy jsou její přílohy:
 - a) příloha č. 1 – sjednaný rozsah úvazku a seznam pracovišť spolu s uvedením odbornosti, kde jsou smluvně sjednané hrazené služby poskytovány
 - b) příloha č. 2 – seznam výkonů, které jsou smluvně sjednány
3. Poskytovatel se zavazuje na vyžádání Pojišťovně předložit následující doklady:
 - kopie zřizovací listiny (statutu) schválené zřizovatelem Poskytovatele,
 - kopie rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb dle § 19 zákona č. 372/2011 Sb.,
 - kopie výpisu z obchodního rejstříku, pokud je v něm Poskytovatel zapsán,
 - kopie dokladu o absolvování a výsledku výběrového řízení
 - informativní přehled přístrojového vybavení podle stavu ke dni podpisu Smlouvy,
 - informativní přehled nositelů výkonů (personální obsazení, rodné číslo, kvalifikace apod.) podle stavu ke dni podpisu Smlouvy,
 - kopie smlouvy o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou občanům v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb uzavřená s pojišťovnou vykonávající činnost na území ČR,
 - informativní přehled týdenní ordinační doby Poskytovatele podle stavu ke dni podpisu Smlouvy,
 - doklad o přidělení IČ a IČZ Poskytovatele
 - doklad o bankovním spojení

Poskytovatel odpovídá za úplnost a správnost výše uvedených dokladů.

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:
 - a) ke změně názvu, sídla, IČ, čísla bankovního účtu, popř. změně peněžního ústavu,
 - b) ke změně údajů v přílohách této Smlouvy.

XI. Závěrečná ujednání

1. Smluvní strany výslovně prohlašují, že tato Smlouva potvrzuje veškerá jejich právní jednání a ujednání učiněná mezi nimi, související s plněním této Smlouvy, v období od 01.02.2025 do podpisu této Smlouvy, a že na takovém základě uznávají tuto Smlouvu za platnou a účinnou i pro uvedené období.

2. Tato Smlouva ruší dřívější Smlouvu uzavřenou smluvními stranami ve věci poskytování a úhrady zdravotních služeb, pokud byla sjednána. V takovém případě smluvní strany přebírají referenční údaje z původní smlouvy. Smluvní strany činí zároveň nesporným, že uzavřením nové smlouvy není dotčena povinnost smluvních stran vypořádat své závazky podle ustanovení dříve uzavřené smlouvy a jejích dodatků.
3. Smlouva je vyhotovena ve 2 stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží 1 vyhotovení. Pokud je tato smlouva podepisována elektronicky, je vyhotovena v jednom stejnopise podepsaném elektronicky oběma smluvními stranami.
4. Veškeré změny a doplňky této Smlouvy lze provádět výhradně písemnými dodatky, podepsanými na znamení souhlasu oběma smluvními stranami.

V dne

6. 3. 2025

11. 4. 2025

.....
razítko a podpis oprávněného
zástupce Poskytovateletento dokument byl podepsán oprávněným zástupcem Pojišťovny
zaručeným elektronickým podpisem založeným na kvalifikovaném certifikátu