

**Zvláštní smlouva č. 2275W007
o poskytování a úhradě ošetřovatelské péče
v zařízeních sociálních služeb poskytujících pobytové sociální služby**

**Článek I.
Smluvní strany**

Poskytovatel pobytových sociálních služeb:	Domov na Jarošce, příspěvková organizace
Sídlo (obec):	Hodonín
Ulice, č.p., PSČ:	Jarošova 1717/3, 695 01
Zápis v obchodním rejstříku: <ul style="list-style-type: none">Krajský soud v Brně, oddíl Pr, vložka 1268, dne 16. 8. 2003	
Zastoupený (jméno, funkce):	Bc. Václav Polách, MBA, ředitel
IČ:	47377470
IČZ:	75021000
Bankovní spojení (název banky) číslo účtu/kód banky:	KOMERČNÍ BANKA, A.S., Hodonín 15538671/0100

(dále jen „**Pobytové zařízení**“) na straně jedné

a

Všeobecná zdravotní pojišť'ovna České republiky		
Sídlo:	Orlická 4/2020, Praha 3, 130 00	
IČ:	41197518	
Regionální pobočka Brno, pobočka pro Jihomoravský kraj a Kraj Vysočina		
Zastoupená (jméno a funkce):	<div></div> <div></div>	
Doručovací adresa (obec):	Brno	
Ulice, č.p., PSČ:	Benešova 696/10, 659 14	
tel.: <div></div>	fax: <div></div>	e-mail: <div></div>
Bankovní spojení (název banky), číslo účtu/kód banky:	ČESKÁ NÁRODNÍ BANKA, 1114007651/0710	

(dále jen „**Pojišťovna**“) na straně druhé

u z a v í r a j í

- (1) podle § 17a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon č. 48/1997 Sb.), v souladu s právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotních služeb a se zřetelem na povinnost Pojišťovny zajistit poskytování hrazených služeb svým pojištěncům, tuto **zvláštní smlouvu o poskytování a úhradě ošetřovatelské péče v zařízeních sociálních služeb poskytujících pobytové sociální služby** (dále jen „smlouva“).

Článek II.

Obecná ustanovení

- (1) Smlouva upravuje podmínky, za nichž Pojišťovna¹ uhradí ošetrovatelskou péči poskytovanou jejím pojištěncům umístěným v Pobytovém zařízení² (dále jen „pojištěnec“).
- (2) Právní vztahy mezi Pojišťovnou a Pobytovým zařízením se řídí touto smlouvou a příslušnými právními předpisy, zejména právními předpisy, upravujícími veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotních služeb.
- (3) Základní podmínky pro uzavření smlouvy:
 - a) oprávnění Pobytového zařízení k poskytování sociálních služeb s pobytovými službami podle zvláštního právního předpisu²,
 - b) prokázání, že ošetrovatelská péče bude poskytována zdravotnickými pracovníky Pobytového zařízení, odborně způsobilými podle zvláštního právního předpisu³,
 - c) akceptace dohodnutého postupu pro pořizování, předávání a vyhodnocování dokladů v souladu s Metodikou pro pořizování a předávání dokladů (dále jen "Metodika"), Pravidly pro vyhodnocování dokladů ve VZP ČR (dále jen "Pravidla") a jednotným Datovým rozhraním, vytvářenými Pojišťovnou v součinnosti se zástupci ostatních zdravotních pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotních služeb a vydávanými Pojišťovnou.

Článek III.

Práva a povinnosti smluvních stran

- (1) Smluvní strany
 - a) dodržují při poskytování a úhradě ošetrovatelské péče platná znění obecně závazných právních předpisů, upravujících veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotních služeb pojištěncům a smluvní ujednání obsažená ve smlouvě a jejích přílohách,
 - b) dodržují dohodnutý postup pro pořizování, předávání a vyhodnocování dokladů v souladu s platným zněním Metodiky, Pravidel a jednotného Datového rozhraní,
 - c) zavážou své zaměstnance, kteří se podílejí na plnění předmětu této smlouvy, s ohledem na ochranu práv pojištěnců⁴ a zájmů Pobytového zařízení i Pojišťovny, k zachování povinné mlčenlivosti o skutečnostech, o nichž se dozvěděli při výkonu zaměstnání, při zpracování údajů, popřípadě v souvislosti s nimi.
- (2) Pobytové zařízení
 - a) poskytuje ošetrovatelskou péči (odbornost 913 - ošetrovatelská péče v sociálních službách) vymezenou výčtem příslušných výkonů dle platného znění vyhlášky č. 134/1998 Sb.⁵ (dále jen „seznam výkonů“), pro které je věcně a technicky vybaveno a personálně zabezpečeno (příloha č. 2 smlouvy); za dobu, po kterou Pobytové zařízení dočasně nesplňuje personální předpoklady pro poskytování ošetrovatelské péče, není oprávněno předkládat Pojišťovně vyúčtování a je povinno tuto skutečnost Pojišťovně písemně neprodleně oznámit – tj. do 7 dnů ode dne, kdy přestane splňovat personální předpoklady pro poskytování ošetrovatelské péče,
 - b) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci – zdravotničtí pracovníci, kteří budou pojištěncům poskytovat ošetrovatelskou péči ve smlouvě sjednanou, splňují požadavky odborné způsobilosti stanovené zvláštním právním předpisem⁶. Do získání způsobilosti k výkonu povolání bez odborného dohledu mohou zdravotničtí pracovníci tuto činnost vykonávat pouze pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu povolání bez odborného dohledu,

¹ Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů

² Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

³ Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

⁴ Zákon č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů

⁵ Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů

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

- c) odpovídá za to, že zdravotničtí pracovníci poskytují ošetrovatelskou péči na základě indikace ošetroujícího lékaře pojištěnce, který je ve smluvním vztahu k Pojišťovně, zpravidla registrujícího praktického lékaře pojištěnce,
 - d) vede pro posouzení oprávněnosti vyúčtované ošetrovatelské péče v průkazné formě zdravotnickou dokumentaci o poskytnuté ošetrovatelské péči pojištěncům, ve které jsou zaznamenávány provedené zdravotní výkony a nakládá s ní v souladu s příslušnými právními předpisy⁷,
 - e) poskytuje ošetrovatelskou péči "lege artis", vždy však se zřetelem k tomu, aby potřebného diagnostického nebo léčebného efektu bylo dosaženo s ohledem na individuální zdravotní stav pojištěnce v souladu s indikací ošetroujícího lékaře pojištěnce,
 - f) nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí ošetrovatelské péče žádnými zákonem nepředpokládanými registračními poplatky nebo sponzorskými dary a za poskytnutou ošetrovatelskou péči hrazenou Pojišťovnou nebude od pojištěnce, pokud to nevyplývá z právních předpisů, vybírat žádnou finanční úhradu,
 - g) poskytne v souladu s právními předpisy poskytovatelům zdravotních služeb, kterým pojištěnce předá do péče nebo které si pojištěnec zvolí, informace potřebné pro zajištění návaznosti zdravotních služeb a k zamezení duplicitního provádění diagnostických a léčebných výkonů,
 - h) nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí ošetrovatelské péče změnou zdravotní pojišťovny nebo jiným způsobem.
- (3) Pojišťovna
- a) uhradí Pobytovému zařízení ošetrovatelskou péči, průkazně zdokumentovanou a poskytnutou na základě indikace jejím pojištěncům v souladu s právními předpisy a smlouvou,
 - b) poskytuje Pobytovému zařízení, 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 ošetrovatelské péče,
 - c) seznámí Pobytové zařízení 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,
 - d) je oprávněna provádět kontrolu plnění sjednaných podmínek poskytování ošetrovatelské péče Pobytovým zařízením podle smlouvy,
 - e) nebude vyžadovat zvýhodňování svých pojištěnců na úkor pojištěnců ostatních pojišťoven.

Článek IV.

Úhrada poskytované ošetrovatelské péče

- (1) Hodnota bodu hrazené ošetrovatelské péče podle seznamu výkonů, výše a metodika úhrad hrazené ošetrovatelské péče a metodika regulačních omezení objemu poskytnuté hrazené ošetrovatelské péče se uvedou v dodatku ke Smlouvě.
- (2) Pobytové zařízení vykazuje Pojišťovně jednou měsíčně dávky dokladů o poskytnuté hrazené ošetrovatelské péči, a to v elektronické podobě mezi prvním a desátým kalendářním dnem měsíce následujícího po měsíci, v němž byly hrazené služby poskytnuty. Metodika stanoví další podklady, které je Pobytové zařízení povinno předkládat spolu s dávkami dokladů o poskytnuté hrazené ošetrovatelské péči. Řádné a úplné předání dávek dokladů o poskytnuté hrazené ošetrovatelské péči 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 Pobytovým zařízením předané podklady k úhradě nejsou úplné, nebo neobsahují požadované náležitosti, může je Pojišťovna obvykle do 3 pracovních dnů odmítnout a sdělit Pobytovému zařízení důvod jejich odmítnutí. V takovém případě běží doba splatnosti ode dne jejich opětovného převzetí Pojišťovnou za předpokladu, že odpadne důvod k jejich odmítnutí.
- (3) 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, pokud se na dobu

⁷ zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů; vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů

maximálně jednoho kalendářního roku nedohodnou na dočasném předávání dat v papírové podobě z důvodů závažných na straně Poskytovatele.

- (4) Pobytové zařízení odpovídá za úplnost a formální a věcnou správnost údajů předávaných k vyúčtování.
- (5) Bude-li hrazená ošetrovatelská péče v příslušném úhradovém období hrazena způsobem, který předpokládá předběžné úhrady s celkovým finančním vypořádáním a Pojišťovna zjistí, že Pobytové zařízení určité služby vykazalo k úhradě nesprávně, nebo neoprávněně, Pojišťovna Pobytovému zařízení bez zbytečného odkladu oznámí rozsah a důvod nesprávně nebo neoprávněně vykázaných služeb. Tím Pojišťovna vyzve Pobytové zařízení k opravě nesprávně, nebo neoprávněně vykázané hrazené ošetrovatelské péče prostřednictvím opravných dávek, nebo k jejímu doložení. Do celkového finančního vypořádání předběžných úhrad vstoupí pouze správně a oprávněně vykázaná hrazená ošetrovatelská péče.
- (6) Bude-li poskytnutá hrazená ošetrovatelská péče v příslušném úhradovém období hrazena způsobem, který nepředpokládá celkové finanční vypořádání a Pojišťovna před provedením úhrady zjistí nesprávně, nebo neoprávněně vyúčtovanou hrazenou ošetrovatelskou péči, úhradu nesprávně, nebo neoprávněně vyúčtované hrazené ošetrovatelské péče neprovede. Pojišťovna oznámí Pobytovému zařízení bez zbytečného odkladu rozsah a důvod nesprávně, či neoprávněně vykázané hrazené ošetrovatelské péče. Tím Pojišťovna vyzve Pobytové zařízení k opravě nesprávně, nebo neoprávněně vykázané hrazené ošetrovatelské péče prostřednictvím opravných dávek, nebo k doložení poskytnuté hrazené ošetrovatelské péče.
- (7) 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 poskytnuté hrazené ošetrovatelské péči a další podklady stanovené Metodikou, nebo dohodnuté mezi smluvními stranami.
- (8) V případě poruchy výpočetního systému, znemožňující včasné provedení vyúčtování nebo úhrady hrazené ošetrovatelské péče, poskytne Pojišťovna Pobytovému zařízení v dohodnutém termínu úhrady zálohu ve výši průměrného měsíčního objemu vykázané hrazené ošetrovatelské péče, vypočteného z posledních dvou uzavřených kalendářních čtvrtletí, pokud se smluvní strany v daném případě nedohodnou jinak. To neplatí v případě, kdy je úhrada prováděna formou předběžných úhrad.
- (9) Pojišťovna po celkovém finančním vypořádání předběžných úhrad předá Poskytovateli informaci obsahující zejména výši a identifikaci provedené úhrady a variabilní symbol, pod kterým Pojišťovna platbu poukázala.
- (10) Pokud vznikne při celkovém finančním vypořádání předběžných úhrad hrazené ošetrovatelské péče nedoplatek ze strany Pojišťovny, bude Pobytovému zařízení příslušná částka poukázána samostatnou platbou do třiceti dnů od doručení Pobytovému zařízení. Přeplatek ze strany Pojišťovny je Pojišťovna oprávněna započíst proti kterékoliv pohledávce Pobytového zařízení za Pojišťovnou, a to nejdříve třicet dnů poté, co doručí Pobytovému zařízení celkové finanční vypořádání předběžných úhrad, či jiný dokument obdobné povahy, v němž bude přeplatek uveden (dále jen „vyúčtování“). Pokud Pobytové zařízení doručí ve lhůtě uvedené v předchozí větě námitky k vyúčtování, je Pojišťovna oprávněna započíst přeplatek nejdříve ve den, kdy odešle Pobytovému zařízení vypořádání námitek vedoucích k potvrzení či změně výše přeplatku.

Článek V.

Kontrola

- (1) Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona č. 48/1997 Sb. a smlouvou kontrolu využívání a poskytování hrazené ošetrovatelské péče a jejího 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 ošetrovatelská péče byla poskytnuta v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, v souladu s právními předpisy, upravujícími poskytování ošetrovatelské péče, a touto smlouvou, pouze v rozsahu indikace a zda byla řádně zdokumentována.
- (3) Pobytové zařízení poskytne Pojišťovně při výkonu kontroly nezbytnou součinnost, zejména předkládá požadované doklady, sděluje údaje a poskytuje vysvětlení. Umožní revizním lékařům a odborným pracovníkům Pojišťovny, kteří se prokáží oprávněním k revizní činnosti, vstup do objektu, kde poskytuje hrazenou ošetrovatelskou péči, nahlížení do zdravotnické dokumentace pojištěnců v souladu se zvláštním

právním předpisem⁸ a dalších dokladů bezprostředně souvisejících s prováděnou kontrolou. Revizní lékař (odborný pracovník) je povinen postupovat tak, aby kontrola nenarušila prováděný léčebný výkon. V případě opakovaného neumožnění kontroly ze strany Pobytového zařízení je Pojišťovna oprávněna k pozastavení úhrad ošetrovatelské péče do doby, než Pobytové zařízení kontrolu umožní.

- (4) V případě kontroly (šetření) v Pobytovém zařízení bude na místě zpracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a stanoviska Pobytového zařízení. Tento záznam nenahrazuje zprávu podle odst. 5 tohoto článku. Pobytové zařízení umožní v případě potřeby pořídit na náklady Pojišťovny fotokopie kontrolovaných dokladů, uvedených v odst. 3 tohoto článku, včetně zdravotnické dokumentace.
- (5) Zprávu obsahující závěry kontroly Pojišťovna zpracuje a předá Pobytovému zařízení do 15 kalendářních dnů po ukončení kontroly, není-li dohodnuto jinak; pokud nebude možno z objektivních důvodů tuto lhůtu dodržet, oznámí Pojišťovna tuto skutečnost Pobytovému zařízení. Kontrola bude ukončena zpravidla do 30 kalendářních dnů od jejího zahájení.
- (6) Pobytové zařízení je oprávněno 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 Pobytovému zařízení, zda potvrzuje nebo mění závěry kontroly. Podání námitek nemá z hlediska finančních nároků Pojišťovny vůči Pobytovému zařízení odkladný účinek, pokud se smluvní strany nedohodnou jinak. Tím není dotčeno právo Pobytového zařízení uplatnit svůj nesouhlas s rozhodnutím Pojišťovny v jiném řízení.
- (7) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování ošetrovatelské péče nebo její neodůvodněné poskytování, Pojišťovna podle § 42 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb. takovou péči neuhradí. Pokud ji již uhradila, je oprávněna vzniklou pohledávku započíst jako přeplatek v souladu s článkem IV. odst. 10 této smlouvy. V případě, že se závěry kontroly prokáží jako neodůvodněné, uhradí Pojišťovna Pobytovému zařízení částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnuté ošetrovatelské péče, a to nejpozději do 30 dnů.

Článek VI.

Doba účinnosti

Smlouva se uzavírá do 31. 12. 2030.

Článek VII.

Způsob a důvody ukončení smlouvy

- (1) 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 řádné plnění smlouvy, a to v případě, že:
 - a) smluvní strana
 1. uvedla při uzavření smlouvy druhou smluvní stranu v omyl ve věci podstatné pro plnění smlouvy,
 2. ve smluvních vztazích hrubým způsobem porušila závažnou povinnost uloženou jí příslušným právním předpisem nebo smlouvou,
 3. vstoupí do likvidace nebo na její majetek soud prohlásí konkurz,
 - b) Pobytové zařízení
 1. bez předchozí dohody s Pojišťovnou dlouhodobě bezdůvodně neposkytuje ošetrovatelskou péči ve sjednaném rozsahu a kvalitě,
 2. přes písemné upozornění bez předchozí dohody s Pojišťovnou opakovaně účtuje ošetrovatelskou péči poskytnutou nad rámec sjednaného druhu, odbornosti a rozsahu činnosti,
 3. přes písemné upozornění prokazatelně opakovaně neoprávněně účtuje ošetrovatelskou péči a způsobí tím Pojišťovně finanční škodu,

⁸ § 65 odst. 2 písm. e) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů a § 42 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

4. opakovaně neposkytne nezbytnou součinnost k výkonu kontrolní činnosti prováděné Pojišťovnou v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb.,
5. prokazatelně neposkytuje pojištěncům ošetrovatelskou péči kvalitně a "lege artis", případně opakovaně odmítne poskytnutí ošetrovatelské péče z jiných než právními předpisy stanovených důvodů,
6. požaduje v rozporu s právními předpisy od pojištěnců finanční úhradu za ošetrovatelskou péči hrazenou Pojišťovnou nebo za přijetí pojištěnce do ošetrovatelské péče;

c) Pojišťovna

1. přes písemné upozornění opakovaně prokazatelně neoprávněně neuhradí Pobytovému zařízení poskytnutou hrazenou ošetrovatelskou péči,
2. přes písemné upozornění opakovaně nedodrží lhůty splatnosti dohodnuté ve smlouvě,
3. poskytne třetí straně údaje o Pobytovém zařízení nad rámec právních předpisů nebo smlouvy,
4. přes písemné upozornění opakovaně překračuje rozsah kontrolní činnosti stanovený zákonem č. 48/1997 Sb.

(2) Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit:

- a) písemnou dohodou smluvních stran, a to za podmínek a ve lhůtě uvedené v této dohodě, nebo
- b) stanoví-li tak zákon.

(3) Smluvní vztah zaniká:

- a) dnem, kdy nabylo právní moci rozhodnutí o zrušení nebo změně registrace Pobytového zařízení, jejichž důsledkem je neschopnost Pobytového zařízení poskytovat pobytové služby,
- b) dnem zániku některé ze smluvních stran,
- c) dnem uvedeným v písemném oznámení Pojišťovně, pokud Pobytové zařízení ze závažných provozních důvodů nemůže ošetrovatelskou péči nadále poskytovat,
- d) dnem, kdy Pobytové zařízení pozbylo věcné, technické nebo personální předpoklady pro poskytování ošetrovatelské péče ve sjednaném rozsahu, stanovené právním předpisem a smlouvou, pokud Pobytové zařízení nedostatky neodstranilo ani po dodatečně stanovené přiměřené lhůtě a pro které nelze očekávat další plnění smlouvy.

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 Pobytového zařízení identifikační číslo organizace (IČO) spolu s identifikačním číslem zařízení (IČZ),
- b) sdělují si údaje nutné ke kontrole plnění smlouvy, k hodnocení kvality a efektivity poskytované ošetrovatelské péče.

(2) Pobytové zařízení:

- a) doloží Pojišťovně při důvodném podezření na nedodržení postupu "lege artis", že zdravotnické prostředky byly při poskytování hrazené ošetrovatelské péče použity v souladu se zvláštními právními předpisy⁹,
- b) oznámí neprodleně, nejpozději do 30 kalendářních dnů druhé smluvní straně skutečnosti, které by podstatným způsobem mohly ovlivnit plnění smlouvy, zejména 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 výpadku materiálně technických podmínek nezbytných pro provádění výkonu bez náhrady na dobu delší než 30 kalendářních dnů.

(3) Pojišťovna:

⁹ Např. zákon č. 89/2021, o zdravotnických prostředcích a o změně zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů a § 42 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

- a) zajistí trvale přístupné a jasné informace o existenci smluvního vztahu a právech vyplývajících z něho pro pojištěnce Pojišťovny,
 - b) je oprávněna zveřejnit údaje o výši úhrady a kvalitě ošetrovatelské péče, poskytované Pobytovým zařízením.
- (4) Pojišťovna může poskytnout Pobytovému zařízení v zjednodušené formě informace potřebné k ekonomizaci jeho činnosti nebo k jeho vědecké a výzkumné činnosti a ke kontrole kvality poskytované ošetrovatelské péče, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých dodatkem k této smlouvě.
- (5) Pobytové zařízení předá Pojišťovně při uzavření této smlouvy kopii rozhodnutí o registraci¹⁰. Dále je povinno Pojišťovně doložit veškeré změny týkající se rozhodnutí o registraci, které se týkají plnění dle této smlouvy, a to ve formě kopií příslušného rozhodnutí nejpozději do deseti dnů ode dne jeho právní moci. K ověření shody předaných kopií s originálem příslušného dokumentu předloží Pobytové zařízení společně s kopií vždy i originál, který je mu po ověření shody Pojišťovnou vrácen. Rozhodnutí o registraci a veškeré změny týkající se rozhodnutí o registraci, které se týkají plnění této smlouvy, lze doložit také ve formě úředně ověřené kopie příslušného rozhodnutí, kterou si ponechá Pojišťovna, a to nejpozději do deseti dnů ode dne právní moci příslušného rozhodnutí.

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 předpisu¹¹.
- (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, a smluvní strana, které je návrh na projednání sporu adresován. K projednání sporu si každá smluvní strana může přizvat nejvýše tři odborné poradce. Smířčí jednání se ukončí zápisem, obsahujícím smír nebo závěr, že rozpor nebyl odstraněn s uvedením stanovisek obou stran.

Článek X.

Ostatní ustanovení

- (1) Nedílnou součástí této smlouvy jsou její přílohy:
- Příloha č. 1 Metodika pro pořizování a předávání dokladů, v účinném znění
Pravidla pro vyhodnocování dokladů ve VZP ČR, v účinném znění
Datové rozhraní, v účinném znění
- Tyto dokumenty jsou zpřístupněny v plném znění v elektronické formě
(<https://www.vzp.cz/poskytovatele/vyuctovani-zdravotni-pece/metodika-vyuctovani-aktualni-stav>)
- Příloha č. 2 Scan vyplněného elektronického formuláře (EP2) typu Z, nebo jeho listinná podoba
- (2) Právní vztahy mezi smluvními stranami ve věcech neupravených právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění, poskytování ošetrovatelské péče a sociálních služeb a smlouvou se řídí příslušnými právními předpisy.

Článek XI.

Závěrečná ustanovení

- (1) Tato smlouva nabývá platnosti dnem jejího uzavření a upravuje práva a povinnosti smluvních stran v období od 1. 1. 2023 .

¹⁰ § 78 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

¹¹ zákon č. 216/1994 Sb., o rozhodčím řízení a o výkonu rozhodčích nálezů, ve znění pozdějších předpisů

- (2) Smlouva je uzavírána v elektronické nebo listinné podobě. Smlouva v listinné podobě je vyhotovena ve dvou stejnopisech.
- (3) Nabytím účinnosti této smlouvy pozbývá platnost a účinnost stávající smlouva č. 4B75W007 ze dne 31. 12. 2014.
- (4) Veškeré změny a doplňky této smlouvy lze provádět výhradně písemnými očíslovanými dodatky, podepsanými na znamení souhlasu oběma smluvními stranami.

za Poskytovatele

za Pojišťovnu

