

Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank,
pojišťoven a stavebnictví

IČ: 47114321, DIČ: CZ47114321, kód 207

Zástupce: Ing. Radovan Kouřil
generální ředitel

se sídlem: Roškotova 1225/1
140 21 Praha 4

zapsaná v obchodním rejstříku, vedeném
Městským soudem v Praze oddíl A, vložka 7232

Bankovní spojení: Komerční banka, a.s., pobočka
Praha 4 č.ú.:10006-18432071/0100

(dále jen „Pojišťovna“) na straně jedné a

20/1
4104_2/67

REMEDIA PLUS o.p.s.

U Nemocnice 3066/1

690 02 Břeclav 2

Zařízení sociálních služeb poskytující pobytové sociální služby²⁾: REMEDIA PLUS o.p.s.

IČ : 26276925

Specifikace¹⁾:

IČZ³⁾ : 74486000

Sídlo : U Nemocnice 3066/1

IČP³⁾ :

Břeclav 2

PSČ : 690 02

Zástupce: Bc. Jarmila PEČKOVÁ

(dále jen „Poskytovatel“) na straně druhé uzavírají po dohodě tuto

SMLOUVA ZSS č. 25456710

o poskytování a úhradě ošetrovatelské péče v zařízeních poskytujících pobytové služby

Článek I.

Základní ustanovení

- Smluvní strany uzavírají v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon) a zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a navazujících prováděcích předpisů, za účelem zajištění věcného plnění při poskytování ošetrovatelské péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pojištěncům Pojišťovny v odbornosti 913 - všeobecná sestra v sociálních službách¹⁾ (dále jen "Ošetrovatelská péče") tuto Smlouvu **ZSS č. 25456710** (dále jen "Smlouva").
- Předmětem této Smlouvy je stanovení podmínek a úprava vztahů vznikajících mezi Poskytovatelem a Pojišťovnou při poskytování a úhradě Ošetrovatelské péče poskytované pojištěncům Pojišťovny umístěným v zařízení sociálních služeb Poskytovatele, které poskytuje pobytové sociální služby.

Článek II.

Práva a povinnosti smluvních stran

A) Smluvní strany se dohodly:

- dodržovat při vykazování a úhradě Ošetrovatelské péče Metodiku pro pořizování a předávání dokladů (dále jen "metodika") a Pravidla pro vyhodnocování dokladů (dále jen "pravidla") a jednotné datové rozhraní,
- zavázat své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců, k zachování povinné mlčenlivosti o osobních údajích²⁾ a o 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⁾.

B) Poskytovatel se zavazuje:

- poskytovat Ošetrovatelskou péči v souladu s právními předpisy v oborech a rozsahu dohodnutých a vymezených ve Smlouvě, pro které je technicky a věcně vybaven⁴⁾ a personálně zabezpečen⁵⁾,
- poskytovat Ošetrovatelskou péči na základě oprávnění k poskytování sociálních služeb, vydaného příslušným orgánem, nebo potvrzení o doručení příslušného oznámení podle § 84 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, které tvoří přílohu č. 1 této Smlouvy,
- poskytovat Ošetrovatelskou péči v souladu se smluvně sjednaným rozsahem výkonů, které jsou uvedeny v příloze č. 2 této Smlouvy,
- odpovídat za to, že jeho zaměstnanci, kteří budou pojištěncům poskytovat Ošetrovatelskou péči, splňují požadavky stanovené právními předpisy pro výkon této činnosti⁶⁾,
- odpovídat za plnění technických a věcných podmínek, stanovených pro jím poskytovanou Ošetrovatelskou péči podle zvláštního právního předpisu⁴⁾,
- odpovídat za to, že Ošetrovatelská péče na základě této Smlouvy bude poskytována výhradně podle ordinace ošetřujícího lékaře, který je ve smluvním vztahu s Pojišťovnou,
- vést pro posouzení oprávněnosti vyúčtované poskytnuté Ošetrovatelské péče v průkazné formě zdravotnickou dokumentaci, ve které budou zaznamenávány zejména provedené zdravotní výkony, vyžádané hrazené služby a doručené výsledky vyžádaných a provedených vyšetření a ošetření,
- poskytovat v souladu s právními předpisy poskytovatelům, 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 a při převzetí pojištěnce do péče bude takové informace od příslušných poskytovatelů vyžadovat,
- neodmítnout přijetí pojištěnce do své péče, s výjimkou případů stanovených právním předpisem,
- nepodmínit právo pojištěnce na svobodnou volbu smluvního poskytovatele a zdravotnického zařízení nebo na poskytnutí Ošetrovatelské péče žádným plněním, zejména registračními poplatky nebo sponzorskými dary a za poskytnutí hrazených služeb hrazených Pojišťovnou nebude od pojištěnce, pokud to nevyplývá z právních předpisů, vybírat žádnou úhradu,
- nepodmínit právo pojištěnce na poskytnutí Ošetrovatelské péče změnou zdravotní pojišťovny nebo jiným způsobem,
- nezvýhodňovat pojištěnce jedné nebo více zdravotních pojišťoven v neprospěch pojištěnců zdravotních pojišťoven ostatních

1) Vyplní Zdravotní pojišťovna

2) Jméno Poskytovatele dle údajů v Obchodním rejstříku, živnostenském rejstříku event. v žádosti o přidělení IČ, příp. dle názvu ve zřizovací listině

3) Případná další IČZ, IČP přidělená Poskytovateli uveďte ve zvláštní příloze

- a zhoršovat dostupnost Ošetrovatelské péče přednostním poskytováním služeb hrazených jiným způsobem,
13. oznámit Pojišťovně, v souladu s §55 zákona č.48/1997 Sb., úrazy nebo jiná poškození zdraví osob, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny zaviněným protiprávním jednáním právnické nebo fyzické osoby,
 14. poskytovat Ošetrovatelskou péči 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,
 15. doložit nejpozději při podpisu této Smlouvy doklad o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou při poskytování sociálních služeb a zavazuje se, že bude pojištěn po celou dobu trvání smluvního vztahu s Pojišťovnou.

C) Pojišťovna se zavazuje:

1. uhradit Poskytovateli za poskytnutou Ošetrovatelskou péči, průkazně vyžádanou ošetřujícím lékařem a řádně dokumentovanou a důvodně poskytnutou jejím pojištěncům v souladu s právními předpisy a Smlouvou,
2. dohledat na žádost Poskytovatele bez zbytečného prodlení příslušnost pojištěnce k Pojišťovně v případech, kdy není dostupný průkaz pojištěnce a jsou dostupné jeho osobní údaje,
3. že nebude vyžadovat zvýhodňování svých pojištěnců na úkor pojištěnců ostatních zdravotních pojišťoven,
4. poskytnout prostřednictvím dálkového přístupu Poskytovateli dohodnutou metodiku, pravidla a datové rozhraní vydávané elektronicky Svazem zdravotních pojišťoven České republiky, popř. Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky, nejsou-li vydávané Svazem zdravotních pojišťoven České republiky, pokud nejsou dostupné na internetových stránkách Svazu zdravotních pojišťoven České republiky (www.szpcr.cz) nebo Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky (www.vzp.cz).

Článek III.

Úhrada poskytovaných hrazených služeb

1. Cena, způsob a výše úhrady za poskytnutou Ošetrovatelskou péči, řádně vykázanou Pojišťovně, budou sjednány samostatnými dodatky ke Smlouvě. Dodatek se uzavírá zpravidla na jeden kalendářní rok. Nebude-li mezi smluvními stranami dodatek pro daný kalendářní rok sjednán, bude Ošetrovatelská péče Poskytovateli hrazena způsobem a ve výši, včetně regulačních opatření, stanovených pro daný kalendářní rok příslušnou vyhláškou MZ.
2. Za způsoby úhrady se považují:
 - a) úhrada za zdravotní výkonů podle Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami,
 - b) paušální úhrada za poskytnuté hrazené služby,
 - c) jiný dohodnutý způsob
3. Poskytovatel se zavazuje neprodleně a průkazně požádat Pojišťovnu o změnu rozsahu výkonů Ošetrovatelské péče v příloze č. 2 z důvodu změny kapacity popřípadě struktury poskytování Ošetrovatelské péče a oznámit Pojišťovně veškeré změny skutečností obsažených v přílohách této Smlouvy.
4. Pojišťovna je oprávněna provádět kontrolu plnění podmínek poskytování Ošetrovatelské péče podle této Smlouvy, a to před i po provedení úhrady.
5. Smluvní strany se dohodly, že fakturačním obdobím je zpravidla kalendářní měsíc, výjimečně kalendářní čtvrtletí (při malém počtu ošetřených pojištěnců).
6. Poskytovatel vyúčtovává poskytnutou Ošetrovatelskou péči podle příslušného právního předpisu, kterým se vydává Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, není-li dohodnuto jinak.
7. Poskytovatel je povinen předkládat podklady k vyúčtování poskytnuté Ošetrovatelské péče:
 - a) na datovém nosiči se všemi náležitostmi podle datového rozhraní a metodiky (datový nosič Pojišťovna nevrací), nebo
 - b) elektronickou formou cestou Portálu zdravotních pojišťoven, nebo
 - c) písemným zpracováním vyúčtování dávek otařovaných (tj. s uvedením výše úhrady jednotlivých léčivých přípravků a zdravotnických prostředků) receptů a poukazů na zdravotnický prostředek, označených pořadovým číslem v dávce a opatřené součtovým sestavením dávky a průvodním listem dávky.

Lhůta splatnosti uvedená v této části Smlouvy bude nastavena v závislosti na formě předaného vyúčtování. Při předávání podkladů k vyúčtování poskytnuté Ošetrovatelské péče v elektronické podobě musí být výkony smluvního partnera uloženy v jediném souboru označeném "KDAVKA.207". Poskytovatel odpovídá za formální a věcnou správnost údajů předávaných k vyúčtování.

8. Součástí podkladů obsahujících vyúčtování je mimo náležitostí uvedených v metodice kopie dokladu VZP-06orp/2009 – Poukaz na vyšetření/ošetření ORP, nebo jiného dokladu dle aktuální verze metodiky, na němž je uvedeno zejména označení a podpis indikujícího lékaře, datum podpisu a přesný popis indikovaných výkonů a doba, po kterou se výkony indikují. Výše uvedený doklad může předávat Poskytovatel Pojišťovně ve formě elektronické kopie v zaheslovaných souborech. Pojišťovna se zavazuje s těmito Poskytovatelem předanými podklady vyúčtování nakládat v souladu s právními předpisy, zejména se pak Pojišťovna zavazuje, že kopie příslušných Poukazů na vyšetření/ošetření ORP zpřístupní pouze osobám k tomu oprávněným, a to pouze za účelem kontroly správnosti a rozsahu vykázaných předepsaných zdravotních služeb. Pojišťovna nese veškerou odpovědnost za zákonné nakládání s předanými podklady. Zúčtovací doklady, které nebudou mít předepsané náležitosti, Pojišťovna neproplatí a vrátí je Poskytovateli do 14 dnů od doručení k opravě. Lhůta pro úhradu podle této Smlouvy v takovém případě neběží.
9. Poskytovatel odpovídá za úplnost, formální i věcnou správnost dokladů a za jejich předávání. Individuální doklady za Ošetrovatelskou péči poskytnutou pojištěncům předává Poskytovatel Pojišťovně spolu s vyúčtováním v termínu a způsobem uvedeným v této Smlouvě
10. Poskytovatel se zavazuje, že jím uplatněné faktury budou obsahovat náležitosti účetního dokladu⁸⁾. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu a příloha neobsahuje náležitosti výše uvedené, má Pojišťovna právo ji odmítnout a vrátit bez zbytečného odkladu Poskytovateli. Lhůta splatnosti běží od termínu předání bezvadné faktury a bezvadných příloh Pojišťovně.
11. Poskytovatel se zavazuje, že zdravotní výkony vyúčtuje Zdravotní pojišťovně nejpozději do 6 měsíců po jejich provedení.
12. Lhůta splatnosti je dodržena, je-li platba poslední den lhůty odepsána z účtu Pojišťovny.
13. Pojišťovna se zavazuje vydat v návaznosti na provedenou platbu zúčtovací zprávu. V této zúčtovací zprávě budou uvedeny údaje dokumentující výši provedené platby, číslo faktury - daňového dokladu Poskytovatele a variabilní symbol, pod kterým Pojišťovna platbu poukázala.
14. V případě, že Pojišťovna zjistí při kontrole předloženého vyúčtování vady nebo chyby, nesprávné údaje nebo nesprávně nebo neoprávněně vyúčtovanou Ošetrovatelskou péči, nebo vzniknou-li pochybnosti o správnosti, pravdivosti, průkaznosti nebo

úplnosti vyúčtování a přiložených dokladů, úhradu této části v termínu splatnosti neprovede. Důvod vyznačí Pojišťovna v zasílané zúčtovací zprávě a úhradu provede ve schválené výši. Poskytovatel může následně opravit nesprávné vyúčtování a doložit poskytnutí vykázané Ošetrovatelské péče, které Pojišťovna posoudí jako nové vyúčtování. Řádně poskytnutou a vyúčtovanou Ošetrovatelskou péčí Pojišťovna uhradí v nejbližším termínu úhrady.

15. Provedením úhrady není dotčeno právo Pojišťovny provádět následnou kontrolu poskytování Ošetrovatelské péče podle této Smlouvy v jejím objemu, kvalitě a účelnosti, včetně dodržování cen. Zjistí-li Pojišťovna účtování nákladů Poskytovatelem v rozporu s právními předpisy a touto Smlouvou, je Poskytovatel povinen vrátit Pojišťovně bezdůvodně uhrazenou částku. Tuto částku může Pojišťovna jednostranně započíst na platby Poskytovateli podle této Smlouvy.
16. Prokáže-li Poskytovatel Pojišťovně proplacení účtovaných nákladů v rozporu s touto Smlouvou, je Pojišťovna povinna případný nedoplatek spolu se Smluvní pokutou uhradit do třiceti dnů od prokázání a informovat o tom Poskytovatele.
17. Zjistí-li Pojišťovna pochybení ve vyúčtování předaném Poskytovatelem po úhradě a Poskytovatel do 10 pracovních dnů od doručení písemné výzvy Pojišťovny příslušnou částku sám neuhradí, nebo nedoloží oprávněnost vyúčtované sporné částky, může Pojišťovna jednostranně započíst tuto pohledávku na platby Poskytovateli podle této Smlouvy.
18. Úhrada vyúčtované poskytnuté Ošetrovatelské péče, při dodržení smluvními stranami v předchozích ustanoveních uvedených podmínek, bude provedena při předání vyúčtování Pojišťovně v elektronické podobě cestou Portálu zdravotních pojišťoven, je-li tento způsob vyúčtování smluvně dohodnut mezi smluvními stranami, do 15 kalendářních dnů, při předání v elektronické podobě na datovém nosiči a při předání vyúčtování Pojišťovně na papírových dokladech do 30 kalendářních dnů ode dne doručení faktury Pojišťovně.
19. V případě poruchy výpočetního systému, znemožňující včasné provedení vyúčtování nebo úhrady, poskytne Pojišťovna Poskytovateli v dohodnutém termínu úhrady zálohu ve výši průměrné měsíční úhrady podle této Smlouvy, vypočtené z předchozích dvou uzavřených kalendářních čtvrtletí, pokud se smluvní strany v daném případě nedohodnou jinak.
20. Eviduje-li Pojišťovna ke dni předání vyúčtování hrazených služeb u Poskytovatele dluh na pojistném na veřejné zdravotní pojištění, je oprávněna pozdržet úhradu vyúčtovaných poskytnutých hrazených služeb až do okamžiku, kdy Poskytovatel uhradí dlužné pojistné a jeho příslušenství.

Článek IV. Kontrola

1. Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v platném znění a touto Smlouvou kontrolu využívání a poskytování Ošetrovatelské péče a její vyúčtování Pojišťovně, a to z hlediska naplnění podmínek pro vykázaní a úhradu výkonu dle platného seznamu výkonů, 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. V rámci své odborné způsobilosti odborní pracovníci oprávnění ke kontrole posuzují, zda zvolený způsob Ošetrovatelské péče byl indikován a Ošetrovatelská péče poskytována s ohledem na zdravotní stav pojištěnce, byla v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, lege artis, a zda nebyla zbytečně ekonomicky náročná či neúčelná.
3. Poskytovatel je povinen poskytovat Pojišťovně při výkonu kontroly nezbytnou součinnost, zejména předkládá požadované doklady potřebné k účelu kontroly, sdělovat údaje a poskytovat vysvětlení. Dále je povinen umožnit revizním lékařům a odborným pracovníkům Pojišťovny vstup do prostor, v nichž je Ošetrovatelská péče poskytována a nahlížet do zdravotnické dokumentace pojištěnců, za podmínek, které stanoví právní předpisy.
4. Odborní pracovníci jsou v rámci kontroly povinen postupovat tak, aby kontrola nenarušila prováděný léčebný výkon. V případě kontroly u Poskytovatele bude na místě vypracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a se stanoviskem oprávněného zástupce Poskytovatele, tento záznam nenahrazuje zprávu podle odst. 6 tohoto článku Smlouvy.
5. Revizní 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.
6. Poskytovatel je oprávněn do 15 kalendářních dnů od převzetí závěru kontroly podat Pojišťovně písemně odůvodněné námitky. K námitkám sdělí Pojišťovna stanovisko do 30 kalendářních dnů od jejich doručení. Pokud nebude možno z objektivních důvodů tyto lhůty dodržet, prodlouží se příslušná lhůta oznámením smluvní strany až na dvojnásobek. Ve stanovené lhůtě Pojišťovna sdělí Poskytovateli, zda potvrzuje nebo mění závěry kontroly. Podání námitek nemá z hlediska finančních nároků Pojišťovny odkladný účinek.
7. Pokud kontrola prokáže jakoukoli vadu v poskytování nebo vyúčtování, Pojišťovna je oprávněna nárokovat provedenou úhradu a Poskytovateli nenáležící úhradu zpět. Pokud vada vyplývala z ordinace ošetřujícího lékaře, nebudou důsledky tohoto zjištění uplatněny vůči poskytovateli indukované zdravotní péče. V případě, že se závěry kontroly prokáží jako nesprávné, uhradí Pojišťovna Poskytovateli částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu.

Článek V. Doba účinnosti Smlouvy

1. Tato Smlouva se uzavírá od **1.3.2016** na dobu neurčitou.

Článek VI. Způsob a důvody ukončení Smlouvy

1. Smlouvu lze ukončit písemnou výpovědí s výpovědní lhůtou šesti měsíců, která začne běžet prvním dnem měsíce následujícího po doručení výpovědi druhé smluvní straně.
2. Od Smlouvy lze odstoupit za podmínek stanovených občanským zákoníkem.
3. Smluvní vztah zaniká
 - a) dnem, kdy pozbyla strana oprávnění k plnění této Smlouvy podle zvláštních právních předpisů
 - b) dnem zániku smluvní strany
 - c) dnem, kdy Poskytovatel pozbyl věcné, technické nebo personální předpoklady pro poskytování Ošetrovatelské péče ve sjednaném rozsahu, stanovené právním předpisem a Smlouvou.

Článek VII. Vzájemné sdělování údajů a předávání dokladů nutných ke kontrole plnění Smlouvy

1. Smluvní strany používají v souladu s metodikou pro jednoznačnou identifikaci Poskytovatele identifikační číslo organizace (IČ), případně rozšířené o smluvně dohodnutou specifikaci, spolu s identifikačním číslem Poskytovatele (IČZ).
2. Smluvní strany se zavazují sdělovat si navzájem údaje nutné ke kontrole plnění této Smlouvy.

3. Poskytovatel souhlasí s tím, aby Pojišťovna zajistila trvale přístupné a jasné informace o existenci smluvního vztahu a právech vyplývajících z něho pro její pojištěnce.
4. V souvislosti s uplatňováním regulačních mechanismů u praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost vyplývajících z ustanovení platné legislativy a smluvních dokumentů uzavřených mezi Pojišťovnou a výše uvedenými poskytovateli je Pojišťovna oprávněna sdělit registrujícímu praktickému lékaři údaje o úhradě Poskytovatelem poskytnuté Ošetřovatelské péče příslušnému praktickým lékařem registrovanému pojištěnci.
5. Poskytovatel souhlasí s tím, aby Pojišťovna zveřejnila na své internetové adrese v rámci seznamu smluvních poskytovatelů název a adresu Poskytovatele a telefonické příp. e-mailové spojení případně i další údaje vzájemně dohodnuté.
6. Poskytovatel se zavazuje, že doloží Pojišťovně, při důvodném podezření na nedodržení postupu lege artis, že zdravotnické prostředky byly při poskytování ošetřovatelské péče použity v souladu se zvláštními právními předpisy⁹⁾.
7. Pojišťovna může poskytnout Poskytovateli v zobecněné formě informace potřebné k ekonomizaci jeho činnosti nebo k jeho vědecké a výzkumné činnosti a ke kontrole kvality poskytované Ošetřovatelské péče a to v rozsahu a za podmínek smluvně sjednaných.

Článek 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 jiném rozhodčím řízení podle zvláštního právního předpisu, pokud se smluvní strany na řešení sporu v rozhodčím řízení dohodnou.
2. Smířčí jednání navrhuje jedna ze smluvních stran. Návrh musí obsahovat přesné a dostatečné vymezení sporu. Účastníkem smířčího jednání je smluvní strana, která podala návrh na projednání sporu, smluvní strana, které je návrh na projednání sporu adresován, zástupce profesního sdružení poskytovatelů pobytových sociálních služeb 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 smluvních stran.

Článek IX. Ostatní ujednání

1. Nedílnou součástí této Smlouvy jsou její přílohy:
Příloha č. 1
Kopie základních dokumentů osvědčujících oprávnění Poskytovatele ke smluvně dohodnuté činnosti.
Příloha č. 2
Rozsah smluvně dohodnuté Ošetřovatelské péče poskytované Poskytovatelem
Příloha č. 3
Smluvně sjednané místo poskytování Ošetřovatelské péče a smluvně sjednané ordinační hodiny
Příloha č. 4
Výčet přístrojů a dalšího technického vybavení pro poskytování smluvně dohodnuté Ošetřovatelské péče
Příloha č. 5
Seznam nositelů výkonů a dalších specialistů oprávněných k poskytování smluvně dohodnuté Ošetřovatelské péče
2. Smluvní strany se dále 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, IČ, čísla bankovního účtu, popř. změně peněžního ústavu,
 - ke změně údajů v přílohách této Smlouvy,
 - k odchodu zaměstnance jmenovitě uvedeného ve Smlouvě,
 - ke zrušení pracoviště nebo jeho části bez náhrady, nebo jeho uzavření na dobu delší než 30 kalendářních dnů,
 - k výpadku přístroje nezbytného pro provádění výkonu bez náhrady na dobu delší než 30 kalendářních dnů.

Článek X. Závěrečná ustanovení

1. Smlouva je vyhotovena ve 2 stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.
2. 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.
3. Zánikem této Smlouvy vznikne smluvním stranám povinnost vzájemně vypořádat své závazky, a to ve lhůtě do 120 kalendářních dnů.
4. Veškeré změny této Smlouvy lze provádět výhradně písemnými dodatky, podepsanými zástupci smluvních stran.
5. Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že Smlouva byla uzavřena podle jejich svobodné vůle a že souhlasí s jejím obsahem.

V Praze _____ dne _____

V _____ dne _____

za Pojišťovnu

za Poskytovatele

Odkazy

- 1) Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů
- 2) Zákon 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů
- 3) Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů, § 51 a násl. zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů
- 4) Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, ve znění pozdějších předpisů
- 5) Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů
- 6) Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získání a uznání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů
- 7) Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získání a uznání odborné 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
- 8) Zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů
- 9) Např. zákon č. 268/2014 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně zákona o správních poplatcích ve znění pozdějších předpisů



OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
ZAMĚSTNANCŮ BANK, POJIŠŤOVEN
A STAVEBNICTVÍ



25456710

Příloha č. 1 ke Smlouvě č. 25456710

Roškotova 1225/1
140 21 Praha 4
www.ozp.cz

REMEDIA PLUS o.p.s.

U Nemocnice 3066/1

690 02 Břeclav 2

IČ 26276925
IČZ 74486000

Kopie základních dokumentů osvědčujících oprávnění Poskytovatele ke smluvně dohodnuté činnosti.

Název dokumentu
kopie zřizovací listiny (statutu) schválené zřizovatelem Poskytovatele
kopie oprávnění k poskytování zdravotních služeb příp. kopie dříve uděleného rozhodnutí o registraci nestátního zdravotnického zařízení, vydaného orgánem příslušným k registraci podle místa provozování nestátního zdravotnického zařízení
kopie výpisu z obchodního nebo jiného veřejného rejstříku, pokud je v něm Poskytovatel zapsán
kopie smlouvy o pojištění pro případ odpovědnosti za škodu způsobenou v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb uzavřené s pojišťovnou vykonávající činnost na území ČR
doklad o bankovním spojení
doklad o přidělení IČ
doklad o přidělení IČZ
doklad o splnění podmínek na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení (vyhl. č. 92/2012Sb.)

Poskytovatel svým podpisem stvrzuje a Pojišťovna potvrzuje, že Pojišťovně byly Poskytovatelem předány veškeré výše uvedené doklady platné ke dni podpisu této Smlouvy.

V Praze dne _____

V _____ dne _____

za Pojišťovnu

za Poskytovatele