



**Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank,
pojišťoven a stavebnictví**

IČ: 47114321, DIČ: CZ47114321, kód 207

Jednající:

Ing. Ladislav Friedrich, CSc.

generální ředitel

Roškotova 1225/1

140 21 Praha 4

se sídlem:

zapsaná

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

Bankovní spojení:

Komerční banka, a.s., pobočka
Praha 4 č.ú.:10006-18432-071/0100

(dále jen Pojišťovna) na straně jedné

a

Kontaktní adresa:

Oblastní nemocnice Příbram,

a.s.

Podbrdská 269

261 95 **Příbram V.**

C
*12/1
*28

Poskytovatel zdravotních služeb₂₎ : Oblastní nemocnice Příbram, a.s.		
IČ : 27085031	specifikace ₁₎ : 84	IČZ₃₎ : 30531000
Sídlo : Podbrdská 269 Příbram V.		PSČ : 261 95
Jednající : MUDr. Stanislav HOLOBRADA		
Bankovní ústav :		
Číslo účtu :	Směrový kód banky :	
Specifický symbol :		

(dále jen Poskytovatel) na straně druhé

SMLOUVA ZSS č. 18839761

o poskytování a úhradě zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění

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 18839761** (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.

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,
- vázat 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⁾,

1) Vplní Zdravotní pojišťovna

2) Obchodní jméno (obchodní název) Poskytovatele dle údajů v Obchodním rejstříku, živnostenském listu, event. v žádosti o přidělení IČ, příp. dle názvu ve zřizovací listině

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

5. odpovídat za plnění technických a věcných podmínek, stanovených pro jím poskytovanou Ošetrovatelskou péči podle zvláštního právního předpisu⁴⁾,
6. odpovídat za to, že Ošetrovatelská péče na základě této Smlouvy bude poskytována výhradně podle ordinace ošetroujícího lékaře, který je ve smluvním vztahu s Pojišťovnou,
7. 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,
8. poskytovat Ošetrovatelskou péči na náležité odborné úrovni, tj. podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů a léčebných výkonů a při převzetí pojištěnce do péče bude takové informace od příslušných poskytovatelů vyžadovat,
9. neodmítnout přijetí pojištěnce do své péče, s výjimkou případů stanovených právním předpisem,
10. 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,
11. nepodmínit právo pojištěnce na poskytnutí Ošetrovatelské péče změnou zdravotní pojišťovny nebo jiným způsobem,
12. nezvýhodňovat pojištěnce jedné nebo více zdravotních pojišťoven v neprospěch pojištěnců zdravotních pojišťoven ostatních 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 náležité 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 ošetroujícím 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).

III. Úhrada poskytovaných hrazených služeb

1. Cena za poskytnutou Ošetrovatelskou péči, řádně vykázanou Pojišťovně, se uvede v samostatném dodatku. Dodatek se uzavírá zpravidla na jeden rok. Není-li dodatek sjednán, použije se cena podle posledního předchozího smluvními stranami podepsaného dodatku.
2. 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.
3. Pojišťovna je oprávněna provádět kontrolu plnění podmínek poskytování Ošetrovatelské péče podle této Smlouvy, a to před i po provedení úhrady.
4. Smluvní strany se dohodly, že fakturačním obdobím je zpravidla kalendářní měsíc, výjimečně kalendářní čtvrtletí (při malém počtu ošetřených pojištěnců).
5. Poskytovatel vyúčtovává poskytnutou Ošetrovatelskou péči podle příslušného právního předpisu, kterým se vydává Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami¹⁾ není-li dohodnuto jinak.
6. 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 otaxovaných (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.

7. Součástí podkladů obsahujících vyúčtování je mimo náležitostí uvedených v metodice kopie dokladu VZP-06orp/2009 - Poukaz na vyšetření/ošetření ORP, nebo jiného podle 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. Zúčtovací doklady, které nemají 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.
8. Poskytovatel se zavazuje, že zdravotní výkony vyúčtuje Zdravotní pojišťovně nejpozději do 6 měsíců po jejich provedení.
9. Lhůta splatnosti je dodržena, je-li platba poslední den lhůty odepsána z účtu Pojišťovny.
10. 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.
11. V případě, že Pojišťovna zjistí při kontrole předloženého vyúčtování vady nebo chyby, nesprávné údaje nebo nesprávně nebo neoprávněně vyúčtovanou Ošetřovatelskou 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 Ošetřovatelské péče, které Pojišťovna posoudí jako nové vyúčtování. Řádně poskytnutou a vyúčtovanou Ošetřovatelskou péči Pojišťovna uhradí v nejbližším termínu úhrady.
12. Poskytovatel se zavazuje, že jím uplatněné faktury budou obsahovat náležitosti účetního dokladu⁹⁾. 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.
13. Poskytovatel odpovídá za úplnost, formální i věcnou správnost dokladů a za jejich předávání. Individuální doklady za Ošetřovatelskou péči poskytnutou pojištěncům předává Poskytovatel Pojišťovně spolu s vyúčtováním v termínu a způsobem uvedeným v této Smlouvě.
14. Provedením úhrady není dotčeno právo Pojišťovny provádět následnou kontrolu poskytování Ošetřovatelské 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 spolu se smluvní pokutou dle čl. V odst. 1 této Smlouvy (dále jen Smluvní pokuta). Tuto částku, včetně smluvní pokuty může Pojišťovna jednostranně započíst na platby Poskytovateli podle této Smlouvy.
15. 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.
16. Za zjištěné porušení povinnosti uložené Poskytovateli §55 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb., zaplatí Poskytovatel Pojišťovně smluvní pokutu ve výši 1000,- Kč (slovy jeden tisíc korun českých) za každé porušení povinnosti.
17. Zjistí-li Pojišťovna pochybení ve vyúčtování předaném Poskytovatelem po úhradě a Poskytovatel do 10 pracovních dnů od doručení písemné výzvy Pojišťovny příslušnou částku a smluvní pokutu sám neuhradí, nebo nedoloží oprávněnost vyúčtované sporné částky, může Pojišťovna jednostranně započíst tuto pohledávku na platby Poskytovateli podle této Smlouvy.
18. Úhrada vyúčtované poskytnuté Ošetřovatelské 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 do 30 kalendářních dnů a při předání vyúčtování Pojišťovně na papírových dokladech do 50 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.

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 Ošetřovatelské péče a její vyúčtování Pojišťovně, a to 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. V rámci své odborné způsobilosti revizní lékaři a odborní pracovníci oprávnění ke kontrole posuzují, zda zvolený způsob Ošetřovatelské péče byl indikován a Ošetřovatelská 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. V případech stanovených právními předpisy revizní lékař posuzuje i důvodnost ošetřujícím lékařem navrženého individuálního léčebného postupu a schvaluje, zda použitý postup Pojišťovna uhradí.
4. Poskytovatel poskytuje Pojišťovně při výkonu kontroly nezbytnou součinnost, zejména předkládá požadované doklady potřebné k účelu kontroly, sděluje údaje a poskytuje vysvětlení. Dále umožňuje revizním lékařům a odborným pracovníkům Pojišťovny vstup do prostor, v nichž je Ošetřovatelská péče poskytována a nahlížení do zdravotnické dokumentace pojištěnců, za podmínek, které stanoví právní předpisy.
5. Revizní lékař je 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.
6. 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.
7. 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.
8. Pokud kontrola prokáže jakoukoli vadu v poskytování nebo vyúčtování, Pojišťovna neprovede úhradu a je oprávněna požadovat Smluvní pokutu. 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 a smluvní pokutu.

V. Sankční ujednání

1. Smluvní strany sjednávají smluvní pokutu za porušení této Smlouvy, ve výši 2 % průměrné měsíční úhrady za kalendářní čtvrtletí, v němž k porušení povinnosti došlo. Uplatněním smluvní pokuty nebo smluvní pokuty podle čl. III odst. 16 není dotčeno právo stran na náhradu škody ani právo na úroky z prodlení vypočtené podle pravidel práva občanského.
2. Za porušení Smlouvy se považují případy uvedené výše a případy kdy
 - a) **smluvní strana**
 1. uvede nepravdivé, neúplné či zkreslující údaje při uzavírání Smlouvy, nebo při jejím plnění,
 2. nedodrží ustanovení Smlouvy, s následkem prokazatelně neúčelného vynaložení prostředků veřejného zdravotního pojištění,
 3. neposkytne informace sjednané ve Smlouvě,
 - b) **Poskytovatel**
 1. neoprávněně nebo vícenásobně účtuje Ošetřovatelskou péči,
 2. neposkytuje povinná hlášení vyplývající z této Smlouvy či právních předpisů,
 3. opožděně vykazuje poskytnutou Ošetřovatelskou péči,
 - c) **Pojišťovna**
 1. nedůvodně sníží nebo odmítne úhradu řádně vyúčtované poskytnuté Ošetřovatelské péče.
3. Uplatněním sankce není dotčeno právo smluvních stran na vrácení úhrady za neoprávněně nebo nesprávně vyúčtovanou a uhrazenou Ošetřovatelskou péči.

VI. Doba účinnosti Smlouvy

1. Tato Smlouva se uzavírá na dobu určitou od 1.1.2013 do 31.12.2015.
2. Pokud kterákoliv ze smluvních stran 1 rok před ukončením platnosti a účinnosti Smlouvy písemně nesdělí druhé smluvní straně úmysl nepokračovat ve smluvním vztahu, smlouva se automaticky prodlužuje vždy o další 1 rok.

VII. 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 obchodním 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 Ošetřovatelské péče ve sjednaném rozsahu, stanovené právním předpisem a Smlouvou.

VIII. 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 Ošetrovatelské 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 ošetrovatelské 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 Ošetrovatelské péče a to v rozsahu a za podmínek smluvně sjednaných.

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 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 dostatečně podrobné vymezení sporu. Smířčí jednání se ukončí zápisem, obsahujícím smír nebo závěr, že rozpor nebyl odstraněn s uvedením stanovisek obou stran. Smířčí jednání se řídí Jednací řádem smířčího jednání vydaným v souladu s vyhláškou č. 457/2000 Sb., dostupným na www.ancr.cz/index.php?nid=1834&lid=CS&oid=246297.

X. 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 Ošetrovatelské péče poskytované Poskytovatelem

Příloha č. 3

Smluvně sjednané místo poskytování Ošetrovatelské péče a smluvně sjednané ordinační hodiny

Příloha č. 4

Výčet přístrojů a dalšího technického vybavení pro poskytování smluvně dohodnuté Ošetrovatelské péče

Příloha č. 5

Seznam nositelů výkonů a dalších specialistů oprávněných k poskytování smluvně dohodnuté Ošetrovatelské 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.

XI. Závěrečná ustanovení

1. Tato Smlouva nabývá platnosti dnem podpisu jejího textu a příloh dle části X bodu 1 oběma smluvními stranami a účinnosti dnem **1.1.2013**.
2. Smlouva je vyhotovena ve 2 stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.
3. Právní vztahy mezi smluvními stranami, ve věcech neupravených právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění a poskytování hrazených služeb a touto Smlouvou, se řídí obchodním zákoníkem.
4. Zánikem této Smlouvy vznikne smluvním stranám povinnost vzájemně vypořádat své závazky, a to ve lhůtě do 120 kalendářních dnů.
5. Veškeré změny této Smlouvy lze provádět výhradně písemnými číslovanými dodatky, podepsanými zástupci smluvních stran.
6. 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 Zdravotní 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. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změnách některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů



**OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
ZAMĚSTNANCŮ BANK, POJIŠŤOVEN
A STAVEBNICTVÍ**



Příloha č. 1 ke Smlouvě ZSS č.
18839761

Poskytovatel: Oblastní nemocnice Příbram, a.s.

Adresa: Podbrdská 269 , 261 95 Příbram V.

IČ: 27085031 specifikace: 84

IČZ: 30531000

Kopie základních dokumentů osvědčujících oprávnění Poskytovatele ke smluvně dohodnuté činnosti.

- kopie zřizovací listiny (statutu) schválené zřizovatelem
- kopie rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování hrazených služeb vydané orgánem příslušným k vydání oprávnění podle místa poskytování hrazených služeb
- kopie výpisu z obchodního rejstříku, pokud je v něm Poskytovatel zapsán
- kopie smlouvy o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou občanům v souvislosti poskytováním zdravotních služeb uzavřená s pojišťovnou vykonávající činnost na území ČR
- doklad o bankovním spojení
- doklad o přidělení IČ
- doklad o přidělení IČZ
- doklad o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení

Poskytovatel potvrzuje, že Pojišťovně byly předány veškeré doklady v platném znění ke dni podpisu této Smlouvy.

V Praze dne _____

V _____ dne _____

za Zdravotní pojišťovnu

za Poskytovatele

