

- 7 -05- 2015



Zvláštní smlouva

o poskytování a úhradě ošetrovatelské a rehabilitační péče pojištěncům, umístěným
v zařízeních sociálních služeb s pobytovými službami

číslo: 040633215

Článek I.

Smluvní strany

I. Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky

se sídlem: Praha 9, Drahobejllova 1404/4, PSČ: 190 03, IČO: 47114975, zapsaná v obchodním rejstříku
vedeném Městským soudem v Praze, oddíl A, vložka 7564,
zastoupená ředitelem pobočky Praha VoZP ČR Ing. Oldřichem Petrželou, MBA
se sídlem Bělehradská 130, 120 00 Praha 2
datová schránka: r5tf49g,
tel. č. 222 929 111, fax 224 257 407, email: pob-pha@vozp.cz
bankovní spojení: Československá obchodní banka, a.s., číslo účtu: 17482763/0300

(dále jen „Pojišťovna“) na straně jedné

a

II. Provozovatel zařízení sociálních služeb s pobytovými službami:

Domov Vraný, poskytovatel sociálních služeb

se sídlem: obec: Vraný PSČ: 27373
ulice a číslo popisné: Zámek 1
místo poskytování: Vraný 1, 273 73 Vraný
zápis v obchodním rejstříku:
soud: Městský soud v Praze
oddíl: Pr vložka: 997 den: 7.7.2005
IČ: 71234420 IČZ: 22409000
zastoupený: Mgr. Zdeňkem Škodou, ředitelem
zřizovací listina: vydal Krajský úřad Středočeského kraje dne 27.12.2006 (účinná od 1.1.2007) pod sp.zn.
51-15/2006/ZK,
registrace: vydal Krajský úřad Středočeského kraje dne 26.11.2013 pod sp.zn. 169007/2013/SOC/PAZ/107
adresa pro doručování korespondence:
tel.: 312 591 205 fax: e-mail: domov.vrany@seznam.cz
datová schránka:
bankovní spojení: **Komerční banka, a.s. číslo účtu: 35-3513320257/0100**

(dále v textu „Poskytovatel“) na straně druhé

uzavírají

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 tuto **Smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb** (dále jen „**Smlouva**“).

Článek II

Práva a povinnosti smluvních stran

1) Smluvní strany:

- a) dodržují při poskytování a úhradě hrazené zdravotní péče platná znění obecně závazných právních předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění, poskytování zdravotní péče a sociálních 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) zavází své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců a zájmů Poskytovatele a Pojišťovny, k zachování povinné mlčenlivosti o skutečnostech, o nichž se dozvěděli při výkonu zaměstnání, při zpracování údajů, popřípadě v souvislosti s nimi.

2) Poskytovatel:

- a) poskytuje zdravotní péči na základě rozhodnutí o registraci zařízení sociálních služeb s pobytovými službami, vydaného příslušným orgánem nebo zřizovací listiny (statutu), které tvoří přílohu č. 1 Smlouvy,
- b) poskytuje ošetrovatelskou zdravotní péči (nová odbornost „zdravotní sestra v pobytovém zařízení“) a fyzioterapeutickou zdravotní péči (odbornost 918) vymezenou výčtem sjednaných výkonů v příloze č. 2 Smlouvy, pro které je věcně a technicky vybaveno a personálně zajištěn. Za dobu, po kterou Poskytovatel dočasně nesplňuje personální předpoklady pro poskytování zdravotní péče, není oprávněn předkládat Pojišťovně vyúčtování a je povinen tuto skutečnost Pojišťovně neprodleně oznámit,
- c) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci, kteří budou pojištěncům poskytovat ve Smlouvě sjednanou zdravotní péči, splňují požadavky odborné způsobilosti stanovené právními předpisy pro poskytování této zdravotní péče,
- d) odpovídá za to, že zdravotničtí pracovníci poskytují zdravotní péči na základě ordinace ošetřujícího lékaře a do získání způsobilosti k samostatnému výkonu práce ve zdravotnictví pod odborným vedením osoby se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání v příslušném oboru,
- e) vede pro posouzení oprávněnosti vyúčtované zdravotní péče v průkazné formě dokumentaci o léčení pojištěnců, ve které jsou zaznamenávány provedené zdravotní výkony.
- f) poskytuje zdravotní péči "lege artis", vždy však se zřetelem k tomu, aby potřebného diagnostického nebo léčebného efektu bylo dosaženo s ohledem na individuální zdravotní stav pojištěnce,
- g) nakládá se zdravotnickou dokumentací v souladu s podmínkami stanovenými v zákoně
- h) nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí zdravotní péče žádnými registračními poplatky nebo sponzorskými dary a za poskytnutou zdravotní péči hrazenou Pojišťovnou nebude od pojištěnce, pokud to nevyplývá z právních předpisů, vybírat žádnou finanční úhradu,
- i) poskytne v souladu s právními předpisy poskytovatelům, kterým pojištěnce předá do péče nebo které si pojištěnec zvolí, informace potřebné pro zajištění návaznosti zdravotní péče a k zamezení duplicitního provádění diagnostických a léčebných výkonů,
- j) nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí hrazené zdravotní péče změnou pojišťovny nebo jiným způsobem,
- k) nebude zvýhodňovat pojištěnce jedné nebo více pojišťoven v neprospěch pojištěnců pojišťoven ostatních a zhoršovat dostupnost zdravotní péče hrazené Pojišťovnou přednostním poskytováním péče hrazené jiným způsobem,

- l) oznámí Pojišťovně, v souladu s § 55 zákona č. 48/1997 Sb. úrazy nebo jiná poškození zdraví osob, kterým poskytlo zdravotní péči, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby,
- m) doloží při podpisu této Smlouvy doklad o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou v souvislosti s poskytováním zdravotní péče a zavazuje se, že bude pojištěno po celou dobu trvání smluvního vztahu s Pojišťovnou.

3) Pojišťovna:

- a) uhradí Poskytovateli zdravotní péči, průkazně zdokumentovanou a odůvodněně poskytnutou jejím pojištěncům v souladu s právními předpisy a Smlouvou,
- b) poskytuje Poskytovateli k zajištění jednotných podmínek dohodnutou metodiku, pravidla, datové rozhraní a příslušné číselníky vydávané Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR k vykazování a výpočtu úhrady zdravotní péče,
- c) seznámí Poskytovatele 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) nebude vyžadovat zvýhodňování svých pojištěnců na úkor pojištěnců ostatních pojišťoven,
- e) je oprávněna provádět kontrolu plnění sjednaných podmínek poskytování zdravotní péče Pobytovým zařízením podle Smlouvy,

Článek III

Úhrada poskytované zdravotní péče

- 1) Hodnoty bodu, výše úhrad zdravotní péče a regulační omezení úhrady poskytnuté zdravotní péče se sjednávají dodatkem ke smlouvě podle výsledků dohodovacího řízení, popřípadě podle zvláštního právního předpisu.
- 2) Za způsoby úhrady se považují zejména:
 - a) úhrada za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami,
 - b) jiné způsoby úhrady dohodnuté v dohodovacím řízení o cenách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, nebo v souladu se zvláštním právním předpisem.
- 3) Mezi smluvními stranami musí být vždy předem dohodnuto zvýšení nebo snížení objemu poskytované zdravotní péče z důvodu změny kapacity, struktury Pobytového zařízení, změny či obnovy přístrojového vybavení specifikovaného ve Smlouvě.
- 4) Poskytovatel pro uplatnění nároků na úhradu poskytnuté zdravotní péče předává Pojišťovně jednou měsíčně vyúčtování poskytnuté péče fakturou s příslušnými přílohami, pokud se smluvní strany nedohodnou na předávání vyúčtování za delší období. Faktura obsahuje náležitosti účetního dokladu. Náležitosti přílohy jsou obsaženy v metodice nebo se v souladu s metodikou upřesní Smlouvou. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu nebo příloha neobsahuje náležitosti podle dohodnuté metodiky nebo Smlouvy, má Pojišťovna právo ji odmítnout a vrátit bez zbytečného odkladu Poskytovateli k doplnění, popřípadě k opravě; v takovém případě běží lhůta splatnosti až od termínu jejího opětovného převzetí Pojišťovnou.
- 5) Poskytovatel odpovídá za úplnost, formální i věcnou správnost dokladů a za jejich předávání způsobem dohodnutým v metodice a datovém rozhraní. Individuální doklady za zdravotní péči poskytnutou pojištěncům Pojišťovny předává Poskytovatel Pojišťovně spolu s vyúčtováním v termínu do 10. dne následujícího měsíce na elektronickém nosiči či v elektronické podobě, výjimečně na papírových dokladech.

- 6) Zjistí-li Pojišťovna ve vyúčtování před provedením úhrady nesprávně nebo neoprávněně vyúčtovanou zdravotní péči, úhradu této části vyúčtované péče v termínu splatnosti neprovede. Pojišťovna oznámí Poskytovateli zařízení bez zbytečného odkladu rozsah a důvod vyúčtované, ale neuhrazené péče. Tím Pojišťovna vyzve poskytovatele k opravě nesprávně vyúčtované péče nebo k doložení poskytnutí zdravotní péče. Řádně poskytnutou a vyúčtovanou péči Pojišťovna uhradí v nejbližším termínu úhrady.
- 7) Pojišťovna provede za své pojištěnce úhradu poskytnuté zdravotní péče, vyúčtované v souladu s právními předpisy a Smlouvou. Poskytnutím úhrady není dotčeno právo Pojišťovny k provádění následné kontroly proplacených vyúčtování v rozsahu a za podmínek stanovených právními předpisy a Smlouvou. Pokud při následné kontrole zjistí chyby v dokladech, postupuje podle metodiky a pravidel. Odmítnutí úhrady nebo části úhrady Pojišťovna bez zbytečného odkladu pobytovému zařízení písemně zdůvodní.
- 8) Zjistí-li Pojišťovna pochybení ve vyúčtování předaném Poskytovatelem po provedení úhrady 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, případně o smluvní pokutu dohodnutou ve Smlouvě, úhradu za vyúčtovanou zdravotní péči v následujícím zúčtovacím období.
- 9) Úhrada zdravotní péče, při dodržení smluvních podmínek, bude provedena v případě předání vyúčtování na elektronickém nosiči či v elektronické podobě do 30 kalendářních dnů, v případě předání vyúčtování na papírových dokladech do 40 kalendářních dnů ode dne doručení faktury Pojišťovně. Lhůta splatnosti je dodržena, je-li platba nejdéle poslední den lhůty odepsána z účtu Pojišťovny ve prospěch účtu Pobytového zařízení.
- 10) V případě poruchy výpočetního systému, znemožňující včasné provedení vyúčtování nebo úhrady zdravotní péče, poskytne Pojišťovna Poskytovateli v dohodnutém termínu úhrady zálohu ve výši průměrného měsíčního objemu vykázané zdravotní péče, vypočteného z posledních dvou uzavřených kalendářních čtvrtletí, pokud se smluvní strany v daném případě nedohodnou jinak.

Článek IV Kontrola

- 1) Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona č. 48/1997 Sb. a Smlouvou kontrolu využívání a poskytování zdravotní péče v jejím objemu a kvalitě, 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 zdravotní péče 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 léčebného postupu a schvaluje, zda použitý postup Pojišťovna uhradí.
- 4) Poskytovatel poskytne Pojišťovně při výkonu kontroly nezbytnou součinnost, zejména předkládá požadované doklady, sděluje údaje a poskytuje vysvětlení. Umožní revizním lékařům a odborným pracovníkům Pojišťovny vstup do svého objektu, nahlížení do zdravotnické dokumentace pojištěnců a dalších dokladů bezprostředně souvisejících s prováděnou kontrolou vyúčtovaných zdravotních výkonů, 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 zpracován 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 Pobytovému zařízení. Kontrola bude ukončena zpravidla do 30 kalendářních dnů od jejího zahájení.
- 7) Poskytovatel je oprávněn do 30 kalendářních dnů od převzetí závěru kontroly podat Pojišťovně písemně zdůvodněné námitky. Podání námitek nemá z hlediska finančních nároků Poskytovatele vůči Pojišťovně žádný odkladný účinek. 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 zdravotní péče nebo její neodůvodněné poskytování, Pojišťovna podle § 42 odstavce 3 zákona č. 48/1997 Sb. takovou péči neuhradí a je oprávněna postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě. Pokud se kontrolou prokáže, že neúčelnost, nesprávná indikace nebo zbytečná ekonomická náročnost poskytnuté péče vyplývala z ordinace ošetřujícího lékaře, nebudou důsledky tohoto zjištění uplatněny vůči Poskytovateli. V případě, že se závěry kontroly prokáží jako neodůvodněné, uhradí Pojišťovna Poskytovatele částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnuté zdravotní péče. Poskytovatel je oprávněn postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě.

Článek V Úrok z prodlení

- 1) Při prodlení se splněním peněžitého závazku nebo jeho části má věřitel právo požadovat z nezaplacené částky zákonný úrok z prodlení.
- 2) Uplatněním úroku z prodlení není dotčena povinnost dlužníka vydat věřiteli bezdůvodné obohacení a poskytnout uplatněnou náhradu škody vzniklé v důsledku porušení Smlouvy.

Článek VI Sankční ustanovení

- 1) Smluvní strany si pro případ neplnění smluvních povinností a porušení Smlouvy sjednávají smluvní pokutu ve výši 10.000,- Kč.
- 2) Za porušení smlouvy se považují zejména 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) prokazatelně neoprávněně nebo vícenásobně účtuje zdravotní péči,
 - 2) neposkytne povinná hlášení vyplývající z právních předpisů,
 - 3) neodůvodněně opožděně vykazuje poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
- c) Pojišťovna
- 1) prokazatelně neoprávněně sníží nebo odmítne úhradu poskytnuté zdravotní péče (např. čl. IV. odst. 8 věta předposlední a poslední);
 - 2) je-li v prodlení s úhradou poskytnuté zdravotní péče delší než 20 dní.
 - 3) Uplatněním sankce není dotčena povinnost dlužníka vydat věřiteli bezdůvodné obohacení a poskytnout uplatněnou náhradu škody, vzniklé v důsledku porušení Smlouvy.

Článek VII Doba účinnosti

Smlouva se uzavírá na dobu určitou ode dne **1. 1. 2015** do **31. 12. 2015**. Doba účinnosti Smlouvy se prodlužuje vždy o další 1 rok, neoznámí-li některá smluvní strana druhé smluvní straně písemně nejpozději 2 měsíce před skončením doby účinnosti Smlouvy, že nemá zájem o další pokračování smluvního vztahu.

Článek VIII Způsob a důvody ukončení Smlouvy

- 1) Před uplynutím sjednané doby lze Smlouvu ukončit písemnou výpovědí, s výpovědní lhůtou šesti měsíců v případě, že:
 - a) Poskytovatel přes písemné upozornění
 - 1) bez předchozí dohody s Pojišťovnou dlouhodobě bezdůvodně neposkytuje zdravotní péči ve sjednaném rozsahu a kvalitě,
 - 2) bez předchozí dohody s Pojišťovnou opakovaně účtuje zdravotní péči poskytnutou nad rámec sjednaného druhu, odbornosti a rozsahu činnosti,
 - b) Pojišťovna přes písemné upozornění opakovaně
 - 1) nedodrží lhůty splatnosti dohodnuté ve Smlouvě,
 - 2) poskytne třetí straně údaje o Poskytovateli nad rámec právních předpisů nebo Smlouvy.
- 2) Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit písemnou výpovědí, s výpovědní lhůtou tří měsíců, která začne běžet prvním dnem měsíce následujícího po doručení výpovědi druhé smluvní straně, jestliže v důsledku závažných okolností nelze rozumně očekávat další plnění Smlouvy, a to v případě, že:
 - a) smluvní strana
 - 1) uvedla při uzavření Smlouvy 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 ni soud prohlásí konkurz,
- b) Poskytovatel přes písemné upozornění
 - 1) prokazatelně opakovaně neoprávněně účtuje zdravotní péči a způsobí tím Pojišťovně finanční škodu,
 - 2) opakovaně neposkytne nezbytnou součinnost k výkonu kontrolní činnosti prováděné Pojišťovnou v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb.,
 - 3) prokazatelně neposkytuje pojištěncům zdravotní péči kvalitně a "lege artis", případně opakovaně odmítne poskytnutí zdravotní péče z jiných, než právními předpisy stanovených důvodů,
 - 4) požaduje v rozporu s právními předpisy od pojištěnců finanční úhradu za zdravotní péči hrazenou Pojišťovnou nebo za přijetí pojištěnce do zdravotní péče,
- c) Pojišťovna přes písemné upozornění
 - 1) nedodrží lhůty splatnosti dohodnuté ve Smlouvě,
 - 2) prokazatelně neoprávněně neuhradí Poskytovateli poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
 - 3) opakovaně překračuje rozsah kontrolní činnosti stanovený zákonem č. 48/1997 Sb.
- 3) Před uplynutím sjednané doby lze Smlouvu ukončit:
 - a) písemnou dohodou smluvních stran, nebo
 - b) stanoví-li tak zákon.
- 4) Smluvní vztah zaniká:
 - a) dnem, kdy nabylo právní moci rozhodnutí o zrušení nebo změně registrace Poskytovatele nebo došlo ke zrušení nebo změně zřizovací listiny, vydané Poskytovateli, jejichž důsledkem je neschopnost Poskytovatele poskytovat pobytové služby,
 - b) dnem zániku právnické osoby,
 - c) dnem uvedeným v písemném oznámení Pojišťovně, pokud Poskytovatel ze závažných provozních důvodů nemůže zdravotní péči nadále poskytovat,
 - d) dnem, kdy Poskytovatel pozbyl věcné, technické nebo personální předpoklady pro poskytování zdravotní péče ve sjednaném rozsahu, stanovené právním předpisem a smlouvou, pokud Poskytovatel nedostatky neodstraní ani po dodatečně stanovené přiměřené lhůtě a pro které nelze očekávat další plnění Smlouvy.

Článek IX

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 zdravotní péče
- 2) Poskytovatel:
 - a) doloží Pojišťovně při důvodném podezření na nedodržení postupu "lege artis", že zdravotnické prostředky byly při poskytování hrazené zdravotní péče použity v souladu se zvláštními právními předpisy,
 - 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:
 - 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 zdravotní péče, poskytované Poskytovatelem.
- 4) 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 zdravotní péče, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých dodatkem ke Smlouvě.

Článek X 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 smírčím jednání. Tím není dotčeno právo smluvních stran uplatnit svůj nárok na řešení sporu u soudu nebo v rozhodčím řízení podle zvláštního právního předpisu.
- 2) Smírčí jednání navrhuje jedna ze smluvních stran. Návrh musí obsahovat přesné a dostatečně podrobné vymezení sporu. Účastníkem smírčího jednání je smluvní strana, která podala návrh na projednání sporu, smluvní strana, které je návrh na projednání sporu adresován, zástupce profesního sdružení pobytových zařízení a zástupce Pojišťovny. K projednání sporu si každá smluvní strana může přizvat nejvýše dva odborné poradce. Smírčí jednání se ukončí zápisem, obsahujícím smír nebo závěr, že rozpor nebyl odstraněn s uvedením stanovisek obou stran.

Článek XI. Přechodná ustanovení

- 1) Budou-li ministerstvem práce a sociálních věcí, ministerstvem zdravotnictví nebo dohodou profesního sdružení poskytovatelů pobytových služeb se zdravotními pojišťovnami stanoveny parametry personálního zabezpečení zdravotní péče v pobytových zařízeních, jsou pobytová zařízení povinna uvést svůj personál do souladu se stanovenými parametry do 6 měsíců od jejich stanovení.

Článek XII. Závěrečná ustanovení

- 1) Nedílnou součástí Smlouvy jsou její přílohy:
 - č. 1 Ověřená kopie rozhodnutí o registraci vydaného orgánem příslušným k registraci zařízení sociálních služeb podle místa provozování pobytového zařízení, nebo ověřená kopie správního rozhodnutí příslušného orgánu, opravňujícího pobytové zařízení k poskytování sociálních služeb podle dříve platných právních předpisů, ověřená kopie výpisu z obchodního rejstříku u fyzických nebo právnických osob, zapsaných do obchodního rejstříku.
 - č. 2 Smlúvené druhy zdravotní péče, odbornosti pracovišť a jejich jednoznačná identifikace a rozsah poskytované hrazené zdravotní péče,
 - č. 3 Metodika pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR,

Pravidla pro vyhodnocování dokladů ve VZP ČR,
Datové rozhraní VZP ČR.

Pozn.: Ověření předložených kopií provede příslušné pracoviště pojišťovny na základě předložení originálu dokladu.

- 2) Smlouva je vyhotovena ve 2 stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží 1 vyhotovení.
- 3) Smlouva nabývá platnosti dnem podpisu zástupci obou smluvních stran. Veškeré změny a doplňky této smlouvy lze provádět výhradně písemnými očíslovanými dodatky, podepsanými na znamení souhlasu oběma smluvními stranami.

V Praze dne 1. 1. -05- 2015

**Vojenská zdravotní pojišťovna
České republiky**
pobočka PRAHA
120 00 PRAHA 2, Bělehradská 130

razítko a podpis
zástupce Pojišťovny

V. L. MAJER dne 8. 4. 2015

Mgr. Zdeněk Hrdý

razítko a podpis
zástupce Poskytovatele

DOMOV VRANY
poskytovatel sociálních služeb
Zámek 1, 273 73 Vraný
IČ: 712 34 420 ®