

Smlouva č. 34972/20
o poskytování a úhradě zdravotních služeb
(pro pobytová zařízení)

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

Smluvní strany

RBP, zdravotní pojišťovna, se sídlem Michálkovická 967/108, Slezská Ostrava, 710 00 Ostrava, IČ: 47673036,
email: [REDAKCE], kód ZP: 213
zastoupena Ing. Antonínem Klimšou, MBA, výkonným ředitelem
číslo účtu: [REDAKCE]
(dále jen „**Pojišťovna**“ nebo „**RBP**“)

a

Název, příp. jméno a příjmení: **Oblastní charita Vimperk**
Se sídlem: **38501 Vimperk, Pravětín, 23**
Zastoupen: [REDAKCE]
IČ: **41881133**
IČZ: **37505000**
Bankovní spojení: [REDAKCE]
Číslo účtu: [REDAKCE]
Telefon: [REDAKCE]
Email: [REDAKCE]
(dále jen „**Poskytovatel**“)

I.
Předmět smlouvy

Předmětem této Smlouvy je stanovení podmínek a úprava vztahů vznikajících mezi Poskytovatelem a Pojišťovnou při poskytování zdravotních služeb – ošetrovatelské péče - hrazených z veřejného zdravotního pojištění (dále jen „**hrazené služby**“) pojištěncům Pojišťovny, umístěných v pobytovém zařízení (dále jen „**pojištěnci**“) a při jejich úhradě.

Základní podmínky, za nichž byla Smlouva uzavřena:

- Poskytovatel provozuje pobytové zařízení a disponuje oprávněním k poskytování sociálních služeb pobytového typu podle zvláštního právního předpisu.
- Poskytovatel prokáže, že zdravotní péče bude poskytována zdravotnickými pracovníky pobytového zařízení, odborně způsobilými podle zvláštního právního předpisu.
- Poskytovatel akceptuje dohodnutý postup pro pořizování, předávání a vyhodnocování dokladů v souladu s Metodikou pro pořizování a předávání dokladů (dále jen "metodika"), Pravidly pro vyhodnocování dokladů (dále jen "pravidla") a jednotným datovým rozhraním, vytvářenými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky v součinnosti se zástupci dalších zdravotních pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotních služeb a vydávanými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky nebo Svazem zdravotních pojišťoven ČR.

II.
Práva a povinnosti smluvních stran

1. Smluvní strany

- dodržují při poskytování a úhradě hrazených služeb platná znění obecně závazných právních předpisů, upravujících veřejné zdravotní pojištění, poskytování zdravotních služeb a sociálních služeb pojištěncům, a smluvní ujednání obsažená ve Smlouvě a jejích přílohách,
- dodržují při vykazování a úhradě hrazených služeb dohodnutou metodiku, pravidla a datové rozhraní,
- zaváží své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců k zachování povinné mlčenlivosti o osobních údajích a skutečnostech, o nichž se dozvěděli při výkonu své funkce nebo zaměstnání anebo při zpracování údajů z informačního systému

na základě smlouvy, popřípadě v souvislosti s nimi.

2. Poskytovatel

- a) poskytuje služby na základě rozhodnutí o registraci zařízení sociálních služeb s pobytovými službami, vydaného příslušným orgánem, nebo jiného dokumentu, dokladujícího poskytování sociálních služeb,
- b) poskytuje ošetrovatelskou péči (odbornost 913 - „všeobecná sestra v sociálních službách“) vymezenou výčtem sjednaných výkonů v příloze č. 2 Smlouvy, pro které je věcně a technicky vybaven 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 sjednané hrazené služby, splňují požadavky stanovené právními předpisy pro výkon této činnosti¹. Do získání způsobilosti k výkonu povolání bez odborného dohledu budou vykonávat činnost pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka, způsobilého k výkonu povolání bez odborného dohledu,
- d) odpovídá za to, že zdravotničtí pracovníci poskytují zdravotní péči na základě indikace ošetřujícího lékaře, který je ve smluvním vztahu k Pojišťovně,
- e) poskytuje hrazené služby 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,
- f) provede pro posouzení oprávněnosti vyúčtovaných hrazených služeb v průkazné formě zdravotní dokumentaci o léčení pojištěnců, ve které budou zaznamenávány provedené zdravotní výkony, v souladu se zvláštním předpisem²,
- g) nakládá se zdravotnickou dokumentací v souladu s podmínkami stanovenými zvláštním předpisem,
- h) poskytne v souladu s právními předpisy poskytovatelům, kterým pojištěnce předá do péče nebo které si pojištěnec zvolí, informace potřebné pro zajištění návaznosti hrazených služeb a k zamezení duplicitního provádění diagnostických a léčebných výkonů a při převzetí pojištěnce do péče bude takové informace od příslušných poskytovatelů vyžadovat,
- i) neodmítne poskytnutí zdravotních služeb pojištěnci Pojišťovny, kterému poskytuje sociální služby pobytového typu, s výjimkou případů stanovených právním předpisem nebo uvedených ve Smlouvě, příp. v jejích dodatcích,
- j) nepodmíní právo pojištěnce na svobodnou volbu lékaře, poskytovatele nebo na poskytnutí hrazených služeb žádnými registračními poplatky nebo sponzorskými dary a za poskytnutí hrazených služeb hrazených Pojišťovnou nebude od pojištěnce, pokud to nevyplývá z právních předpisů, vybírat žádnou finanční úhradu,
- k) nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí hrazených služeb změnou pojišťovny nebo jiným způsobem,
- l) nebude zvyhodňovat pojištěnce jedné nebo více pojištěnec v neprospěch pojištěnců pojištěnec ostatních a zhoršovat dostupnost Pojišťovnou hrazených zdravotních služeb přednostním poskytováním zdravotních služeb hrazených jiným způsobem,
- m) oznámí Pojišťovně, v souladu s § 55 zákona č.48/1997 Sb., úrazy nebo jiná poškození zdraví osob, kterým poskytnul hrazené služby, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby,
- n) doloží při uzavírání Smlouvy s Pojišťovnou doklad o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou občanům v souvislosti s poskytováním hrazených služeb a bude pojištěn po celou dobu trvání smluvního vztahu s Pojišťovnou,
- o) je povinen za uplynulé čtvrtletí sdělovat Pojišťovně změny seznamu jednotlivých nositelů výkonů k poslednímu dni daného čtvrtletí, a to v souladu se zvláštním právním předpisem³, a to v elektronické podobě,

3. Pojišťovna

- a) uhradí Poskytovateli poskytnuté hrazené služby, průkazně zdokumentované a odůvodněně poskytnuté jejím pojištěncům v souladu s právními předpisy a Smlouvou,
- b) je oprávněna provádět kontrolu plnění smluvně dohodnutých věcných a technických podmínek a personálního zajištění hrazených služeb poskytovaných Poskytovatelem podle Smlouvy,
- c) poskytuje (prostřednictvím dálkového přístupu) Poskytovateli k zajištění jednotných podmínek dohodnutou metodiku, pravidla, datové rozhraní a příslušné číselníky vydávané elektronicky Svazem zdravotních pojišťoven ČR, popř. Všeobecnou zdravotní pojišťovnou, nejsou-li vydávané Svazem zdravotních pojišťoven ČR, k vykazování a výpočtu úhrady hrazených služeb, 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 uvedena lhůta přiměřeně zkrácena.

¹ Zákon č. 95/2004 Sb., zákon č. 96/2004 Sb.

² Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů

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

III. Úhrada poskytovaných hrazených služeb

1. Hodnoty bodu pro zdravotní služby hrazené podle seznamu výkonů, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení objemu poskytnutých zdravotních služeb se uvedou v dodatku ke Smlouvě.
2. Za způsoby úhrady se považují:
 - a) úhrada za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami,
 - b) jiný dohodnutý způsob úhrady.
3. Mezi smluvními stranami musí být vždy předem dohodnuta změna struktury, rozsahu a objemu poskytovaných hrazených služeb, zejména z důvodu změny kapacity, struktury Poskytovatele, změny či obnovy přístrojového vybavení specifikovaného ve Smlouvě.
4. Poskytovatel pro uplatnění nároků na úhradu poskytnutých hrazených služeb předává Pojišťovně jednou měsíčně vyúčtování, doložené dárkami dokladů o poskytnutých hrazených službách s přílohami. Faktura obsahuje náležitosti účetního dokladu⁴. Náležitosti faktury a přílohy jsou stanoveny v metodice nebo se v souladu s metodikou upřesní ve Smlouvě. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu a příloha neobsahuje náležitosti podle dohodnuté metodiky nebo Smlouvy, má Pojišťovna právo ji odmítnout a vrátit bez zbytečného odkladu Poskytovateli k doplnění, případně k opravě; v takovém případě běží lhůta splatnosti až od termínu jejího opětovného převzetí Pojišťovnou.
5. Poskytovatel odpovídá za úplnost, formální i věcnou správnost dokladů a za jejich předávání způsobem dohodnutým v metodice a datovém rozhraní. Doklady za hrazené služby poskytnuté pojištěncům Pojišťovny předává Poskytovatel Pojišťovně spolu s vyúčtováním v elektronické podobě nebo na papírových dokladech.
6. Zjistí-li Pojišťovna ve vyúčtování před provedením úhrady nesprávně nebo neoprávněně vyúčtované hrazené služby, úhradu této části vyúčtovaných hrazených služeb v termínu splatnosti neprovede. Pojišťovna prokazatelným způsobem oznámí Poskytovateli bez zbytečného odkladu rozsah a důvod vyúčtovaných, ale neuhrazených služeb. Tím Pojišťovna vyzve Poskytovatele k opravě nesprávně vyúčtovaných hrazených služeb nebo k doložení poskytnutí hrazených služeb. Řádně poskytnuté a vyúčtované hrazené služby Pojišťovna uhradí v nejbližším termínu úhrady.
7. Pojišťovna provede za své pojištěnce úhradu hrazených zdravotních služeb, vyúčtovaných v souladu s právními předpisy a Smlouvou. Pokud při kontrole zjistí chyby v dokladech, postupuje podle metodiky a pravidel. Odmítnutí úhrady nebo části úhrady Pojišťovna bez zbytečného odkladu Poskytovateli písemně zdůvodní. Poskytnutím úhrady není dotčeno právo Pojišťovny k provádění následné kontroly proplacených vyúčtování v rozsahu a za podmínek stanovených právními předpisy a Smlouvou.
8. Zjistí-li Pojišťovna pochybení ve vyúčtování předaném Poskytovatelem dodatečně po úhradě a Poskytovatel do 10 pracovních dnů od doručení písemné výzvy Pojišťovny příslušnou částku sám neuhradí, nebo nedoloží oprávněnost vyúčtované sporné částky nebo nebude mezi smluvními stranami dohodnut jiný termín úhrady, Pojišťovna jednostranným započtením pohledávky sníží Poskytovateli o příslušnou částku úhradu za vyúčtování hrazených služeb předložené v následujícím zúčtovacím období.
9. Úhrada vyúčtovaných poskytnutých hrazených služeb, při dodržení podmínek dohodnutých ve Smlouvě, bude provedena při předání vyúčtování Pojišťovně na elektronickém nosiči či v elektronické podobě nejpozději do 30 kalendářních dnů ode dne doručení faktury Pojišťovně. Lhůta splatnosti je dodržena, je-li platba poslední den lhůty připsána na účet Poskytovatele.
10. V případě poruchy výpočetního systému, znemožňující včasné provedení vyúčtování nebo úhrady hrazených služeb, poskytne Pojišťovna Poskytovateli v dohodnutém termínu úhrady zálohu ve výši průměrného měsíčního objemu vykázaných hrazených služeb, vypočteného z posledních dvou uzavřených kalendářních čtvrtletí, pokud se smluvní strany v daném případě nedohodnou jinak.

IV. Kontrola

1. Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona č.48/1997 Sb. a Smlouvou kontrolu využívání a poskytování hrazených služeb v jejich obsahu a kvalitě, včetně dodržování cen, a to prostřednictvím svého informačního systému, 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 ošetrovatelská péče byla poskytnuta v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, v souladu s právními předpisy, upravujícími poskytování ošetrovatelské péče, a touto Smlouvou a v rozsahu indikace ošetřujícím lékařem.
3. Poskytovatel poskytne Pojišťovně při výkonu kontroly nezbytnou součinnost, zejména předkládá doklady potřebné k účelu kontroly, sděluje údaje a poskytuje vysvětlení. Umožní revizním lékařům a odborným pracovníkům Pojišťovny vstup do svého objektu, nahlížení do zdravotnické dokumentace pojištěnců v souladu se zvláštním právním předpisem⁵ a dalších dokladů bezprostředně souvisejících s prováděnou kontrolou vyúčtovaných hrazených služeb, léčiv a zdravotnických prostředků, včetně zvlášť účtovaných léčiv a zvlášť účtovaného materiálu.
4. V případě kontroly (šetření) u Poskytovatele bude na místě vypracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a stanoviska Poskytovatele. Tento záznam nenahrazuje zprávu podle odstavce 6.
5. 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.

⁴ Zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů

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

6. Poskytovatel je oprávněn do 30 kalendářních dnů od převzetí závěru kontroly podat Pojišťovně písemně zdůvodněné námitky. K námitkám sdělí Pojišťovna stanovisko do 30 kalendářních dnů od jejich doručení. Pokud nebude možno z objektivních důvodů tyto lhůty dodržet, lze je na žádost příslušné smluvní strany prodloužit až na dvojnásobek.

Ve stanovené lhůtě Pojišťovna sdělí Poskytovateli, zda potvrzuje nebo mění závěry kontroly. Podání námitek nemá z hlediska finančních nároků Pojišťovny vůči Poskytovateli odkladný účinek. Tím není dotčeno právo Poskytovatele uplatnit svůj nesouhlas s rozhodnutím Pojišťovny v jiném řízení.

7. Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazených služeb nebo jejich neodůvodněné poskytování, Pojišťovna podle § 42 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb. takové hrazené služby neuhradí. V případě, že se závěry kontroly prokáží jako neodůvodněné, uhradí Pojišťovna Poskytovateli částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnutých hrazených služeb.

V.

Doba účinnosti Smlouvy

1. Smlouva se uzavírá na dobu určitou do 31.12.2025.

VI.

Způsob a důvody ukončení Smlouvy

1. Smlouva nebo její část zaniká:
- a) dnem, kdy nabylo právní moci rozhodnutí o zrušení nebo změně registrace podle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách nebo zrušením či změnou oprávnění k výkonu činnosti vydaného podle právních předpisů jiného členského státu Evropské unie, v důsledku čehož nemůže Poskytovatel dále poskytovat hrazené služby v daném rozsahu,
 - b) dnem zániku Poskytovatele nebo Pojišťovny nebo dnem úmrtí fyzické osoby, která byla Poskytovatelem,
 - c) dnem uvedeným v písemném oznámení Pojišťovně, pokud Poskytovatel ze závažných zdravotních či provozních důvodů nemůže hrazené služby nadále poskytovat,
 - d) dnem, kdy Poskytovatel pozbyl věcné, technické nebo personální předpoklady pro poskytování zdravotních služeb ve sjednaném rozsahu, stanovené právním předpisem nebo Smlouvou, ve smyslu čl. II. odst. 2 písm. a), pokud Poskytovatel nedostatky neodstraní ani po dodatečně stanovené přiměřené lhůtě; Smlouva nebo její část zaniká pouze v části vymezující rozsah nasmlouvaných hrazených služeb, ve kterém Poskytovatel nesplňuje právním předpisem nebo Smlouvou stanovené předpoklady, ledaže by šlo o tak závažné okolnosti, pro které nelze očekávat další plnění Smlouvy v celém rozsahu,
2. Smlouvu lze ukončit písemnou výpovědí s výpovědní lhůtou pěti měsíců, která začne běžet prvním dnem měsíce následujícího po doručení výpovědi druhé smluvní straně, jestliže v důsledku závažných okolností nelze rozumně očekávat další plnění Smlouvy, a to v případě, že
- a) smluvní strana
 - uvedla při uzavření Smlouvy nebo při jejím plnění druhou smluvní stranu v omyl ve věci podstatné pro plnění Smlouvy,
 - ve smluvních vztazích hrubým způsobem porušila závažnou povinnost uloženou jí příslušným právním předpisem, upravujícím veřejné zdravotní pojištění nebo poskytování zdravotních služeb, nebo Smlouvou,
 - opakovaně poruší povinnost vyplývající z § 40, odst. 10 písm. b) zákona č. 48/1997 Sb.,
 - vstoupí do likvidace nebo na její majetek soud prohlásí konkurz,
 - b) Poskytovatel
 - bez předchozí dohody s Pojišťovnou bezdůvodně neposkytuje hrazené služby ve sjednaném rozsahu a kvalitě,
 - přes písemné upozornění bez předchozí dohody s Pojišťovnou opakovaně účtuje hrazené služby poskytnuté nad rámec sjednaného druhu, odbornosti a rozsahu činnosti,
 - poskytuje hrazené služby bez odpovídajícího věcného a technického vybavení a personálního zajištění,
 - prokazatelně neposkytuje pojištěncům hrazené služby kvalitně a "lege artis", popřípadě opakovaně odmítne poskytnutí hrazených služeb z jiných, než právními předpisy stanovených důvodů,
 - přes písemné upozornění prokazatelně opakovaně neoprávněně účtuje hrazené služby,
 - neposkytne nezbytnou součinnost k výkonu kontrolní činnosti prováděné Pojišťovnou v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb.
 - c) Pojišťovna
 - přes písemné upozornění opakovaně neoprávněně neuhradí Poskytovateli poskytnuté hrazené služby,
 - přes písemné upozornění opakovaně nedodrží lhůty splatnosti dohodnuté ve Smlouvě,
 - přes písemné upozornění opakovaně překračuje rozsah kontrolní činnosti stanovený zákonem,
 - poskytne třetí straně údaje o Poskytovateli nad rámec právních předpisů nebo Smlouvy.
3. Smlouvu lze dále ukončit:
- a) stanoví-li tak zákon,
 - b) písemnou dohodou smluvních stran, a to za podmínek a ve lhůtě uvedené v této dohodě.

VII.

Vzájemné sdělování údajů a předávání dokladů nutných ke kontrole plnění Smlouvy

1. Smluvní strany

- a) používají v souladu s metodikou pro jednoznačnou identifikaci Poskytovatele identifikační číslo organizace (IČ), identifikační číslo zařízení (IČZ), identifikační číslo pracoviště (IČP),
- b) sdělují si údaje nutné ke kontrole plnění Smlouvy,
- c) zajistí trvale přístupné a jasné informace o existenci smluvního vztahu a právech vyplývajících z něho pro pojištěnce,
- d) mohou si předávat údaje nezbytné k hodnocení kvality a efektivity poskytovaných hrazených služeb, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve Smlouvě.

2. Poskytovatel

- a) doloží Pojišťovně, při důvodném podezření na nedodržení postupu "lege artis", že zdravotnické prostředky byly při poskytování hrazených služeb použity v souladu se zvláštními právními předpisy⁶,
- b) oznámí neprodleně, nejpozději do 30 kalendářních dnů druhé smluvní straně skutečnosti, které by podstatným způsobem mohly ovlivnit plnění Smlouvy, např. vznik závad na výpočetním systému, změny údajů uvedených ve Smlouvě pokud dojde
 - ke zrušení pracoviště nebo jeho části bez náhrady, nebo jeho uzavření na dobu delší než 30 kalendářních dnů,
 - k výpadku přístroje nezbytného pro provádění výkonu bez náhrady na dobu delší než 30 kalendářních dnů,
 - ke změně názvu, sídla, IČ nebo čísla bankovního účtu.

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

3. Pojišťovna

- a) může poskytnout Poskytovateli v zobecněné formě informace potřebné k ekonomizaci jeho činnosti nebo k jeho vědecké a výzkumné činnosti a ke kontrole kvality poskytovaných hrazených služeb, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve Smlouvě,
- b) může zveřejnit na své internetové adrese v rámci seznamu smluvních Poskytovatelů obchodní jméno či firmu a adresu Poskytovatele, jeho odbornost a telefonické, případně e-mailové spojení či další údaje vzájemně dohodnuté.

VIII.
Řešení sporů

1. Smluvní strany budou řešit případné spory týkající se plnění Smlouvy především vzájemným jednáním zástupců smluvních stran, a to zpravidla do 14 kalendářních dnů od výzvy jedné ze smluvních stran. Pokud mezi nimi nedorazí k dohodě, mohou sporné otázky projednat ve smířčím jednání. Tím není dotčeno právo smluvních stran uplatnit svůj nárok na řešení sporu u soudu nebo v rozhodčím řízení podle zvláštního právního předpisu, pokud se smluvní strany na řešení sporů v rozhodčím řízení ve Smlouvě dohodnou.
2. Smířčí jednání navrhuje jedna ze smluvních stran. Návrh musí obsahovat přesné a dostatečně podrobné vymezení sporu. Účastníkem smířčího jednání je smluvní strana, která podala návrh na projednání sporu, smluvní strana, které je návrh na projednání sporu adresován, a zástupce pojišťovny. K projednání sporu si každá smluvní strana může přizvat nejvýše dva odborné poradce. Smířčí jednání se ukončí zápisem, obsahujícím smír nebo závěr, že rozpor nebyl odstraněn s uvedením stanovisek obou stran.

IX.
Zvláštní ujednání

Smluvní strany se dohodly na dále uvedených ujednáních nezbytných pro plnění Smlouvy a její kontrolu:

1. Budou-li Ministerstvem práce a sociálních věcí, Ministerstvem zdravotnictví nebo dohodou profesního sdružení poskytovatelů pobytočných služeb se zdravotními pojišťovnami stanoveny parametry personálního zabezpečení zdravotní péče v pobytočných zařízeních, je pobytové zařízení povinno uvést svůj personál do souladu se stanovenými parametry do 6 měsíců od jejich stanovení.
2. Smluvní strany se dohodly, že Příloha č. 2 této Smlouvy bude mezi nimi administrována pouze a výlučně v elektronické podobě, a to v prostředí Společného Portálu ZP či portálu Pojišťovny. Technické zabezpečení řádného fungování Společného Portálu ZP či portálu Pojišťovny je povinná zajistit Pojišťovna.

X.
Ostatní ujednání

1. Právní vztahy mezi smluvními stranami, ve věcech neupravených právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění a poskytování hrazených služeb a touto Smlouvou, se řídí občanským zákoníkem.
2. Poskytovatel se zavazuje na vyžádání Pojišťovně předložit následující doklady:
 - a) příloha č. 1
 - kopie rozhodnutí o registraci vydaného příslušným orgánem opravňujícího Poskytovatele k poskytování sociálních služeb pobytového typu podle platných právních předpisů, nebo jiného dokumentu, dokladujícího oprávnění poskytovat sociální služby pobytového typu na území České republiky vydaného podle právních předpisů jiného členského státu Evropské unie,

⁶ Např. zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

- b) příloha č. 2
 - smluvené druhy zdravotních služeb, odbornosti pracovišť, jejich jednoznačná identifikace, rozsah poskytovaných hrazených služeb, a technické a personální vybavení, Příloha je ve formě dle čl. IX, odst. 2 této Smlouvy,
- c) příloha č. 3
 - kopie výpisu z obchodního rejstříku nebo obdobného rejstříku jiného členského státu Evropské unie, pokud je v něm Poskytovatel zapsán,
- d) příloha č. 4
 - kopie dokladu o bankovním spojení,
- e) příloha č. 5
 - kopie smlouvy o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb.

XI. Závěrečná ujednání

1. Smluvní strany výslovně prohlašují, že tato Smlouva potvrzuje veškerá jejich právní jednání a ujednání učiněná mezi nimi, související s plněním této Smlouvy, v období od 01.05.2020 do podpisu této Smlouvy, a že na takovém základě uznávají tuto Smlouvu za platnou a účinnou i pro uvedené období.
2. Veškeré změny a doplňky této Smlouvy lze provádět výhradně písemnými očíslovanými dodatky, podepsanými na znamení souhlasu oběma smluvními stranami.

V dne

.....
razítko a podpis oprávněného
zástupce Poskytovatele

Tento dokument byl podepsán
oprávněným zástupcem Pojišťovny
zaručeným elektronickým podpisem
založeným na kvalifikovaném certifikátu