

Zvláštní smlouva č. 2488W001
o poskytování a úhradě ošetrovatelské péče
v zařízeních sociálních služeb poskytujících pobytové sociální služby

Článek I.

Smluvní strany

Poskytovatel pobytových sociálních služeb:	Domov pod Bílou horou, příspěvková organizace
Sídlo (obec):	Kopřivnice
Ulice, č.p., PSČ:	Záhumenní 562/16, 742 21
Zápis v obchodním rejstříku: - Krajský soud Ostrava, oddíl Pr, vložka 5377, dne 1.1.2023 - nezapíše se	
Zastoupený (jméno, funkce):	Bc. Jana Prášková, ředitelka
IČ:	17331633
IČZ:	88040000
Bankovní spojení (název banky) číslo účtu/kód banky:	

(dále jen „Pobytové zařízení“) na straně jedné

a

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky			
Sídlo:		Orlická 4/2020, Praha 3, 130 00	
IČ:		41197518	
Regionální pobočka Ostrava, pobočka pro Moravskoslezský, Olomoucký a Zlínský kraj			
Zastoupená (jméno a funkce):		[REDACTED]	
Doručovací adresa (obec):		Ostrava	
Ulice, č.p., PSČ:		Masarykovo náměstí 24/13, 702 00	
tel.: [REDACTED]	fax: [REDACTED]	e-mail: [REDACTED]	
Bankovní spojení (název banky), číslo účtu/kód banky:		[REDACTED]	

(dále jen „Pojišťovna“) na straně druhé

u z a v í r a j í

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

Článek II.

Obecná ustanovení

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

Článek III.

Práva a povinnosti smluvních stran

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

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

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

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

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

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

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

- c) odpovídá za to, že zdravotničtí pracovníci poskytují ošetrovatelskou péči na základě indikace ošetřujícího lékaře pojištěnce, který je ve smluvním vztahu k Pojišťovně, zpravidla registrujícího praktického lékaře pojištěnce,
 - d) vede pro posouzení oprávněnosti vyúčtované ošetrovatelské péče v průkazné formě zdravotnickou dokumentaci o poskytnuté ošetrovatelské péči pojištěncům, ve které jsou zaznamenávány provedené zdravotní výkony a nakládá s ní v souladu s příslušnými právními předpisy⁷,
 - e) poskytuje ošetrovatelskou péči "lege artis", vždy však se zřetelem k tomu, aby potřebného diagnostického nebo léčebného efektu bylo dosaženo s ohledem na individuální zdravotní stav pojištěnce v souladu s indikací ošetřujícího lékaře pojištěnce,
 - f) nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí ošetrovatelské péče žádnými zákonem nepředpokládanými registračními poplatky nebo sponzorskými dary a za poskytnutou ošetrovatelskou péči hrazenou Pojišťovnou nebude od pojištěnce, pokud to nevyplyvá z právních předpisů, vybírat žádnou finanční úhradu,
 - g) poskytne v souladu s právními předpisy poskytovatelům zdravotních služeb, kterým pojištěnce předá do péče nebo které si pojištěnec zvolí, informace potřebné pro zajištění návaznosti zdravotních služeb a k zamezení duplicitního provádění diagnostických a léčebných výkonů,
 - h) nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí ošetrovatelské péče změnou zdravotní pojišťovny nebo jiným způsobem.
- (3) Pojišťovna
- a) uhradí Pobytovému zařízení ošetrovatelskou péči, průkazně zdokumentovanou a poskytnutou na základě indikace jejím pojištěncům v souladu s právními předpisy a smlouvou,
 - b) poskytuje Pobytovému zařízení, prostřednictvím zveřejnění na internetových stránkách Pojišťovny www.vzp.cz, k zajištění jednotných podmínek dohodnutou Metodiku, Pravidla, Datové rozhraní a příslušné číselníky vydávané Pojišťovnou k vykazování a výpočtu úhrady ošetrovatelské péče,
 - c) seznámí Pobytové zařízení s dohodnutými změnami Metodiky, Pravidel a se změnami číselníků alespoň jeden měsíc a se změnou Datového rozhraní alespoň dva měsíce před stanoveným termínem jejich platnosti; v případě změny právních předpisů, která neumožní tuto lhůtu dodržet, může být uvedená lhůta přiměřeně zkrácena,
 - d) je oprávněna provádět kontrolu plnění sjednaných podmínek poskytování ošetrovatelské péče Pobytovým zařízením podle smlouvy,
 - e) nebude vyžadovat zvýhodňování svých pojištěnců na úkor pojištěnců ostatních pojišťoven.

Článek IV.

Úhrada poskytované ošetrovatelské péče

- (1) Hodnota bodu hrazené ošetrovatelské péče podle seznamu výkonů, výše a metodika úhrad hrazené ošetrovatelské péče a metodika regulačních omezení objemu poskytnuté hrazené ošetrovatelské péče se uvedou v dodatku ke Smlouvě.
- (2) Pobytové zařízení vykazuje Pojišťovně jednou měsíčně dávky dokladů o poskytnuté hrazené ošetrovatelské péči, a to v elektronické podobě mezi prvním a desátým kalendářním dnem měsíce následujícího po měsíci, v němž byly hrazené služby poskytnuty. Metodika stanoví další podklady, které je Pobytové zařízení povinno předkládat spolu s dávkami dokladů o poskytnuté hrazené ošetrovatelské péči. Řádné a úplné předání dávek dokladů o poskytnuté hrazené ošetrovatelské péči a dalších podkladů stanovených Metodikou nebo dohodnutých mezi smluvními stranami je považováno za výzvu k úhradě. Součástí podkladů je i faktura, pokud se smluvní strany nedohodnou jinak. V případě, že Pobytovým zařízením předané podklady k úhradě nejsou úplné, nebo neobsahují požadované náležitosti, může je Pojišťovna obvykle do 3 pracovních dnů odmítnout a sdělit Pobytovému zařízení důvod jejich odmítnutí. V takovém případě běží doba splatnosti ode dne jejich opětovného převzetí Pojišťovnou za předpokladu, že odpadne důvod k jejich odmítnutí.
- (3) Smluvní strany jsou povinny po celou dobu trvání smluvního vztahu podle této Smlouvy mít upraven způsob předávání dat s využitím zabezpečené elektronické komunikace mezi stranami, pokud se na dobu maximálně

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

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

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

Článek V.

Kontrola

- (1) Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona č. 48/1997 Sb. a smlouvou kontrolu využívání a poskytování hrazené ošetrovatelské péče a jejího vyúčtování z hlediska objemu a kvality, včetně dodržování cen, a to prostřednictvím svého informačního systému, revizních lékařů a dalších odborných pracovníků ve zdravotnictví, způsobilých k revizní činnosti (dále jen "odborní pracovníci").
- (2) Revizní lékaři a odborní pracovníci oprávnění ke kontrole posuzují, zda ošetrovatelská péče byla poskytnuta v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, v souladu s právními předpisy, upravujícími poskytování ošetrovatelské péče, a touto smlouvou, pouze v rozsahu indikace a zda byla řádně zdokumentována.
- (3) Pobytové zařízení poskytne Pojišťovně při výkonu kontroly nezbytnou součinnost, zejména předkládá požadované doklady, sděluje údaje a poskytuje vysvětlení. Umožní revizním lékařům a odborným pracovníkům Pojišťovny, kteří se prokážou oprávněním k revizní činnosti, vstup do objektu, kde poskytuje hrazenou ošetrovatelskou péči, nahlížení do zdravotnické dokumentace pojištěnců v souladu se zvláštním právním

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

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

Článek VI.

Doba účinnosti

Smlouva se uzavírá do **31. 12. 2030.**

Článek VII.

Způsob a důvody ukončení smlouvy

- (1) Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit písemnou výpovědí s výpovědní lhůtou pěti měsíců, která začne běžet prvním dnem měsíce následujícího po doručení výpovědi druhé smluvní straně, jestliže v důsledku závažných okolností nelze rozumně očekávat řádné plnění smlouvy, a to v případě, že:
 - a) smluvní strana
 1. uvedla při uzavření smlouvy druhou smluvní stranu v omyl ve věci podstatné pro plnění smlouvy,
 2. ve smluvních vztazích hrubým způsobem porušila závažnou povinnost uloženou jí příslušným právním předpisem nebo smlouvou,
 3. vstoupí do likvidace nebo na její majetek soud prohlásí konkurz,
 - b) Pobytové zařízení
 1. bez předchozí dohody s Pojišťovnou dlouhodobě bezdůvodně neposkytuje ošetrovatelskou péči ve sjednaném rozsahu a kvalitě,
 2. přes písemné upozornění bez předchozí dohody s Pojišťovnou opakovaně účtuje ošetrovatelskou péči poskytnutou nad rámec sjednaného druhu, odbornosti a rozsahu činnosti,
 3. přes písemné upozornění prokazatelně opakovaně neoprávněně účtuje ošetrovatelskou péči a způsobí tím Pojišťovně finanční škodu.

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

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

c) Pojišťovna

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

(2) Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit:

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

(3) Smluvní vztah zaniká:

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

Článek VIII.

Vzájemné sdělování údajů a předávání dokladů nutných ke kontrole plnění smlouvy

(1) Smluvní strany:

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

(2) Pobytové zařízení:

- a) doloží Pojišťovně při důvodném podezření na nedodržení postupu "lege artis", že zdravotnické prostředky byly při poskytování hrazené ošetrovatelské péče použity v souladu se zvláštními právními předpisy⁹,
- b) oznámí neprodleně, nejpozději do 30 kalendářních dnů druhé smluvní straně skutečnosti, které by podstatným způsobem mohly ovlivnit plnění smlouvy, zejména změny údajů uvedených ve smlouvě, pokud dojde
 1. ke zrušení pracoviště nebo jeho části bez náhrady, nebo jeho uzavření na dobu delší než 30 kalendářních dnů,
 2. k výpadku materiálně technických podmínek nezbytných pro provádění výkonu bez náhrady na dobu delší než 30 kalendářních dnů.

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

- (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 ošetrovatelské péče, poskytované Pobytovým zařízením.
- (4) Pojišťovna může poskytnout Pobytovému zařízení 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 dohodnutých dodatkem k této smlouvě.
- (5) Pobytové zařízení předá Pojišťovně při uzavření této smlouvy kopii rozhodnutí o registraci¹⁰. Dále je povinno Pojišťovně doložit veškeré změny týkající se rozhodnutí o registraci, které se týkají plnění dle této smlouvy, a to ve formě kopii příslušného rozhodnutí nejpozději do deseti dnů ode dne jeho právní moci. K ověření shody předaných kopií s originálem příslušného dokumentu předloží Pobytové zařízení společně s kopií vždy i originál, který je mu po ověření shody Pojišťovnou vrácen. Rozhodnutí o registraci a veškeré změny týkající se rozhodnutí o registraci, které se týkají plnění této smlouvy, lze doložit také ve formě úředně ověřené kopie příslušného rozhodnutí, kterou si ponechá Pojišťovna, a to nejpozději do deseti dnů ode dne právní moci příslušného rozhodnutí.

Článek IX.

Řešení sporů

- (1) Smluvní strany budou řešit případné spory týkající se plnění smlouvy především vzájemným jednáním zástupců smluvních stran, a to zpravidla do 14 kalendářních dnů od výzvy jedné ze smluvních stran. Pokud mezi nimi nedorazí 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 předpisu¹¹.
- (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, a smluvní strana, které je návrh na projednání sporu adresován. K projednání sporu si každá smluvní strana může přizvat nejvýše tři odborné poradce. Smírčí jednání se ukončí zápisem, obsahujícím smír nebo závěr, že rozpor nebyl odstraněn s uvedením stanovisek obou stran.

Článek X.

Ostatní ustanovení

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

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

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

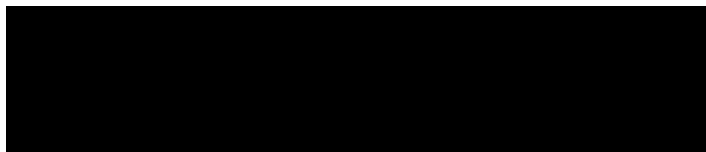
Článek XI.

Závěrečná ustanovení

- (1) Tato smlouva nabývá platnosti dnem jejího uzavření a upravuje práva a povinnosti smluvních stran v období od **1. 7. 2024**.
- (2) Smlouva je uzavírána v elektronické nebo listinné podobě. Smlouva v listinné podobě je vyhotovena ve dvou stejnopisech.
- (3) Veškeré změny a doplňky této smlouvy lze provádět výhradně písemnými očíslovanými dodatky, podepsanými na znamení souhlasu oběma smluvními stranami.

za Poskytovatele

za Pojišťovnu



IČO

1	7	3	3	1	6	3	3
8	8	0	4	0	0	0	0
2	4	8	8	W	0	0	1

IČZ smluvního ZZ

Číslo smlouvy

Název IČO Domov pod Bílou horou, příspěvková org.


**VŠEOBECNÁ
ZDRAVOTNÍ POJIŠTOVNA
ČESKÉ REPUBLIKY**
PŘÍLOHA č. 2 ZVLÁŠTNÍ SMLOUVY – Vstupní formulář / V-03 / 9.10.10 / 4_12

Platnost smlouvy ode dne	1.7.2024
Číslo složky	
Číslo dodatku	
Datum uplatnění od	1.7.2024
Datum uplatnění do	31.12.2030

Typ Z

**PRACOVISTĚ TÝMU PRO OŠETŘOVATELSKOU A REHABILITAČNÍ PÉČI
V POBYTOVÉM ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB**

IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO PRACOVISTĚ (IČP)

8 8 0 4 0 0 0 1

NÁZEV PRACOVISTĚ

domov pro seniory, domov se zvl. režimem

VARIABILNÍ SYMBOL

(jen je-li přidělen v SZZ)

ADRESA(Y) A UMÍSTĚNÍ PRACOVISTĚ

Město / Obec	Ulice	Č. orientační	Č. popisné	PSČ	Poř.
Kopřivnice	Příčná	4	317	742 21	1

SMLUVNÍ ODBORNOST PRACOVISTĚ

9 1 3

VEDOUcí PRACOVISTĚ

Příjmení, jméno, titul

Rodné číslo

bez lomítka

Kategorie pracovníka	Typ pracovníka	Datum od	Datum do	Kapacita pracovníka

Funkční licence

KVALIFIKACE VEDOUcíHO PRACOVISTĚ

Rozhodnutí MZ ČR o přiznání způsobilosti k výkonu odpovídajícího zdravotnického povolání

Osvědčení MZ ČR k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu v oboru

Odborná způsobilost v oboru

Specializovaná způsobilost v oboru

Zvláštní odborná způsobilost v oboru

Jiná speciální odborná způsobilost (např. akreditovaný kvalifikační kurz v oboru...)

všeobecná sestra
ARIP

KAPACITA ZAŘÍZENÍ

Počet klientů pobytového zařízení sociálních služeb

8 4

SEZNAM NASMLOUVANÝCH KÓDŮ ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ – další výkony (seznam č. 2b)										
s.2b	Kód výkonu					Název výkonu	Datum od	Datum do		
	0	6	6	1	1	ZAVEDENÍ NEBO UKONČENÍ ODBORNÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE, ADMINISTRATIVNÍ ČINNOST VŠEOBECNÉ SESTRY	1.7.2024	31.12.2030		
	0	6	6	1	3	OŠETŘOVATELSKÁ INTERVENCE	1.7.2024	31.12.2030		
	0	6	6	2	0	APLIKACE LÉKU NEINVAZIVNÍ CESTOU	1.7.2024	31.12.2030		
	0	6	6	2	1	KOMPLEX - ODBĚR BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU, EVENT. ORIENTAČNÍ VYŠETŘENÍ BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU	1.7.2024	31.12.2030		
	0	6	6	2	3	APLIKACE LÉČEBNÉ TERAPIE I. M. NEBO S. C.	1.7.2024	31.12.2030		
	0	6	6	2	4	APLIKACE LÉČEBNÉ TERAPIE I. V.	1.7.2024	31.12.2030		
	0	6	6	2	5	PŘÍPRAVA A APLIKACE ORDINOVANÉ INFÚZNÍ TERAPIE I. V. NEBO S. C. ZA ÚČELEM ZAJIŠTĚNÍ HYDRATACE, DODÁNÍ LÉČEBNÝCH LÁTEK A ENERGETICKÝCH ZDROJŮ, LÉČBY BOLESTI	1.7.2024	31.12.2030		
	0	6	6	2	9	PÉČE O RANU	1.7.2024	31.12.2030		
	0	6	6	3	1	KOMPLEX - KLYSMA, OŠETŘENÍ PERMANENTNÍCH KATÉTRŮ	1.7.2024	31.12.2030		
	0	6	6	3	2	KOMPLEX - LAVÁŽE, ZAVÁDĚNÍ A VÝMĚNA PERMANENTNÍCH KATÉTRŮ	1.7.2024	31.12.2030		
	0	6	6	3	3	ZAVÁDĚNÍ NASOGASTRICKÉ SONDY	1.7.2024	31.12.2030		
	0	6	6	3	7	NÁCVIK A ZAUČOVÁNÍ APLIKACE INZULÍNU	1.7.2024	31.12.2030		
	0	6	6	3	9	OŠETŘENÍ STOMÍ	1.7.2024	31.12.2030		
	0	6	6	4	1	ODSÁVÁNÍ SEKRETU Z DÝCHACÍCH CEST	1.7.2024	31.12.2030		
	0	6	6	4	5	BONIFIKAČNÍ VÝKON ZA PRÁCI V DOBĚ OD 22:00 DO 06:00 HODIN	1.7.2024	31.12.2030		
	0	6	6	4	9	BONIFIKAČNÍ VÝKON ZA PRÁCI V DOBĚ PRACOVNÍHO VOLNA NEBO PRACOVNÍHO KLIDU	1.7.2024	31.12.2030		
	0	9	5	5	5	OŠETŘENÍ DÍTĚTE DO 6 LET	1.7.2024	31.12.2030		
	0	9	5	5	6	OŠETŘENÍ DÍTĚTE OD 6 DO 12 LET	1.7.2024	31.12.2030		
	0	9	5	5	7	OŠETŘENÍ DÍTĚTE OD 12 LET DO 18 LET	1.7.2024	31.12.2030		

SEZNAM PRACOVNÍKŮ POSKYTUJÍCÍCH PÉČI NA PRACOVÍŠTI (seznam č.1)																					
s. I	Rodné číslo (bez lomítka)			Příjmení	Jméno	Titul	Kat. prac	Typ prac	Datum od	Datum do	Kapa- cita	Fun. lic.1	Fun. lic.2	Fun. lic.3	Fun. lic.4	Fun. lic.5	Fun. lic.6	Fun. lic.7	Fun. lic.8	Fun. lic.9	Fun. lic.10
							S2	O	1.7.2024	31.12.2030	40,00										
							S3	O	1.7.2024	31.12.2030	40,00										
							S2	O	1.7.2024	31.12.2030	40,00										
							S2	O	1.7.2024	31.12.2030	40,00										

SOUČET KAPACIT PRACOVNÍKŮ POSKYTUJÍCÍCH PÉČI (v hodinách péče za týden - dle kategorie)

Skupina	Kategorie pracovníka										Kapacita
NLZP (nelékařský zdravotnický pracovník)	S4	NLZP s VŠ vzděláním, specializovanou způsobilostí nebo zvláštní odbornou způsobilostí									0,00
	S3	NLZP způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu se specializovanou způsobilostí (ZPBD s příslušnou specializací) nebo zvláštní odbornou způsobilostí									80,00
	S2	NLZP způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (ZPBD)									120,00
	S1	NLZP způsobilý k výkonu zdravotnického povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením (ZPOD)									0,00

SPECIÁLNÍ SMLUVNÍ UJEDNÁNÍ

Tento formulář je účinný od 1.7.2024.

Výkon 06611 je oprávněn vykazovat pouze pracovník kategorie S3.

Nositelé výkonu 06611: [REDACTED]

Pro vykazování kodu 06645 a 06649 musí poskytovatel zajistit poskytování péče všeobecnými sestrami způsobilými k výkonu povolání bez odborného dohledu v bonifikované době.

Výkon 06641 nelze vykázat u pacientů v DUPV a u pacientů s tracheostomií, v ostatních případech musí být na dokladu VZP-06orp/2009 odsávání sekretu indikováno na definované období s uvedením maximální možné denní frekvence; ve zdravot. dok. musí být záznam o odsátí sekretu s uvedením hodiny, množství odsávaného sekretu, jeho barvě a konzistenci.

Přístrojové vybavení:

Chirurgická odsavačka SA03PT-LIFFETIME (v.č. 0923060139)

Injekční dávkovač S7 Plus (v.č. 2020223070100206)

Infúzní pumpa I7 Plus (v.č. 2000224020100061)

Oxymetr PC-60F prstový (v.č. XCS049TG088394)

Elektronický podpis za statutárního zástupce
pobytového zařízení sociálních služeb

[REDACTED]

Elektronický podpis za Pojišťovnu

[REDACTED]

Dodatek č. 1
ke Zvláštní smlouvě o poskytování a úhradě ošetrovatelské péče
v zařízeních sociálních služeb poskytujících pobytové sociální služby
č. 2488W001 (dále jen „Zvláštní smlouva“)
(odbornost 913 – Pobytové zařízení sociálních služeb)

uzavřené mezi smluvními stranami:

Poskytovatel zdravotních služeb:	Domov pod Bílou horou, příspěvková organizace
Sídlo (obec):	Kopřivnice
Ulice, č.p., PSČ:	Záhumenní 562/16, 742 21
Zápis v obchodním rejstříku: - Krajský soud Ostrava, oddíl Pr, vložka 5377, dne 1.1.2023 - nezapíše se	
Zastoupený (jméno, funkce):	Bc. Jana Prášková, ředitelka
IČ:	17331633
IČZ:	88040000

(dále jen „Poskytovatel“) na straně jedné

a

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky	
Sídlo:	Orlická 4/2020, Praha 3, 130 00
IČ:	41197518
Regionální pobočka Ostrava, pobočka pro Moravskoslezský, Olomoucký a Zlínský kraj	
Zastoupená (jméno a funkce):	
Doručovací adresa (obec):	Ostrava
Ulice, č.p., PSČ:	Masarykovo náměstí 24/13, 702 00

(dále jen „Pojišťovna“) na straně druhé

Článek I.

- Smluvní strany se v souladu s § 17a odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „ZVZP“), dohodly, že úhrada hrazených služeb poskytnutých pojištěncům Pojišťovny v období **od 1. 7. 2024 do 31. 12. 2024** bude prováděna způsobem dále uvedeným v tomto dodatku (dále jen „Dodatek“).
- Zveřejněním tohoto Dodatku smluvní strany plní svou povinnost dle § 17a odst. 2 ZVZP.

Článek II.

- Smluvní strany si sjednávají, že v období od 1. 7. 2024 do 31. 12. 2024 jsou hrazené služby poskytované podle ustanovení § 22 písm. e) ZVZP v Pobytovém zařízení vykazovány v souladu s platným zněním vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (dále jen „seznam zdravotních výkonů“), ve znění pozdějších předpisů a Metodikou pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR (dále jen „Metodika“).

2. Smluvní strany se dohodly, že výše úhrady se stanoví podle seznamu zdravotních výkonů za poskytnuté zdravotní výkony s hodnotou bodu ve výši 1,34 Kč.
3. V případě, že podíl počtu ošetřených a Pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s některou z diagnóz C00 až C97, E10.3 až E10.7, E11.3 až E11.7, F00 až F99, G09 až G99 nebo I60 – I69 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a Pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 25 %, navyšuje se hodnota bodu o 0,02 Kč.
4. Celková výše úhrady za výkony Pobytovému zařízení (dále jen „celková výše úhrady“) nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$\max\{PMUP_{ref} * \left(\sum_{j=1 \dots m} PUM_{ho,j}\right) * 1,28 * KN; PB_{ho} * HB_{min} + KP_{ho}\}$$

kde:

- $PUM_{ho,j}$ je počet vykázaných kalendářních měsíců, v nichž byly poskytovány unikátnímu pojištěnci j zdravotní služby v hodnoceném období.
- KN je koeficient navýšení, který nabývá hodnoty 1,02 v případě, že podíl počtu ošetřených a Pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s některou z diagnóz C00 až C97, E10.3 až E10.7, E11.3 až E11.7, F00 až F99, G09 až G99 nebo I60 – I69 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a Pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 25 %, a hodnoty 1,00 v ostatních případech.
- PB_{ho} je celkový počet Pobytovým zařízením vykázaných a Pojišťovnou uznaných bodů v hodnoceném období.
- HB_{min} je minimální hodnota bodu, která se stanoví ve výši 1,07 Kč.
- KP_{ho} je hodnota korunových položek v hodnoceném období.
- $\max$ funkce maximum, která vybere z oboru hodnot hodnotu nejvyšší.
- j nabývá hodnot 1 až m, kde m je počet unikátních pojištěnců ošetřených v hodnoceném období.
- $PMUP_{ref}$ pro účely výpočtu celkové výše úhrady smluvní strany sjednávají hodnotu $PMUP_{ref}$ ve výši **6 631 Kč/UOP/měsíc**, kde UOP je unikátní ošetřený pojištěnec.

5. Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2024.
6. Unikátním pojištěncem se rozumí pojištěnec Pojišťovny ošetřený Pobytovým zařízením v konkrétní odbornosti v hodnoceném alespoň jednou. Pokud byl pojištěnec Pobytovým zařízením v konkrétní odbornosti ošetřen v hodnoceném období vícekrát, zahrnuje se do počtu unikátních pojištěnců Pojišťovny ošetřených v konkrétní odbornosti pouze jednou. V případě sloučení zdravotních pojišťoven se pojištěnec, který byl v hodnoceném období ošetřen u více než jedné ze sloučených zdravotních pojišťoven, započte do počtu unikátních ošetřených pojištěnců pouze jednou.
7. V případě, že Pobytové zařízení v průběhu hodnoceného období ošetří 30 a méně unikátních pojištěnců Pojišťovny, výpočet celkové výše úhrady podle odst. 4 tohoto Článku se nepoužije.

Článek III.

1. Základním fakturačním obdobím je kalendářní měsíc. Pobytové zařízení předkládá Pojišťovně faktury za poskytnuté hrazené služby v termínech dohodnutých ve Zvláštní smlouvě. Pojišťovna provede úhradu hrazených služeb formou předběžné měsíční úhrady a ročního finančního vypořádání.
2. Pojišťovna poskytne Pobytovému zařízení předběžnou měsíční úhradu, která bude odpovídat fakturované částce, přičemž částka fakturovaná za poskytnuté hrazené služby nesmí za příslušný měsíc překročit maximální limit předběžné měsíční úhrady sjednaný pro rok 2024 ve výši **105 000 Kč měsíčně**.
3. Předložení faktury na částku převyšující maximální limit předběžné měsíční úhrady opravňuje Pojišťovnu vrátit Pobytovému zařízení příslušnou fakturu k provedení opravy. V takovém případě běží lhůta splatnosti sjednaná ve Zvláštní smlouvě až od termínu opětovného převzetí faktury Pojišťovnou.
4. Předběžné měsíční úhrady za rok 2024 se považují za zálohy a budou finančně vypořádány v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 180 dnů po skončení hodnoceného období.
5. Pokud vznikne nedoplatek ze strany Pojišťovny, bude Pobytovému zařízení příslušná částka poukázána samostatnou platbou. Přepatek ze strany Pojišťovny je Pojišťovna oprávněna započíst proti kterékoliv pohledávce Pobytového zařízení za Pojišťovnou, a to poté, co doručí Pobytovému zařízení vyúčtování, v němž bude přepatek uveden.

Článek IV.

1. Hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům vykazuje Pobytové zařízení výkonovým způsobem podle seznamu zdravotních výkonů ve znění pozdějších předpisů samostatnou fakturou, doloženou dárkami dokladu.
2. Hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům jsou hrazeny s hodnotou bodu ve výši 1,36 Kč a nezahrnují se do výpočtu celkové výše úhrady podle Článku II odst. 4.
3. Zahraničním pojištěncem se rozumí pojištěnec definovaný v § 1 vyhlášky č. 319/2023 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2024.

Článek V.

1. Tento Dodatek se stává nedílnou součástí Zvláštní smlouvy a nabývá platnosti dnem jeho uzavření.
2. Tento Dodatek upravuje práva a povinnosti smluvních stran v období **od 1. 7. 2024 do 31. 12. 2024**.
3. Tento Dodatek je uzavírán v elektronické nebo listinné podobě. Dodatek v listinné podobě je vyhotoven ve dvou stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.
4. Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že tento Dodatek Zvláštní smlouvy byl uzavřen podle jejich svobodné vůle a že souhlasí s jeho obsahem.

Za Poskytovatele

Za Pojišťovnu

