

DOMOV BARBORA Kutná Hora,
POSKYTOVATEL SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

EVIDENČNÍ ČÍSLO SMLOUVY:

21/1714/2007



ZDRAVOTNÍ
POJIŠŤOVNA
MINISTERSTVA
VNITRA ČR

31.5.2007

DOMOV BARBORA
Kutná Hora,
POSKYTOVATEL SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Dat. doručení 31.5.2007 č.j. 221/07
Počet listů 12 přílohy

21

ZVLÁŠTNÍ SMLOUVA

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

číslo: USP-21-07

Článek I Smluvní strany

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky, zapsaná do obchodního rejstříku vedeného u Městského soudu v Praze dne 26. 10. 1992 pod spisovou značkou A, 7216, statutární orgán: generální ředitel Ing. Karel Šatera, Ph.D., MBA, se sídlem v Praze 10, Na Míčánkách 2, PSČ 101 00, IČ: 47114304, kód 211

Zastoupená: Ing. Rostislavem Zezulou

ředitelem pobočky ZP MV ČR Praha

se sídlem v Praze 7, U Výstaviště 17, 17 042 Praha 7

tel: 233002111, fax.: 233380332, e-mail: praha@zpmvcr.cz

číslo účtu/kód banky: ČSOB – divize IPB Praha 58544/0300

(dále jen "Pojišťovna")

a

Zařízení sociálních služeb s pobytovými službami

(název: *) DOMOV BARBORA KUTNÁ HORA, POSKYTOVATEL SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

se sídlem: PSČ 284 01 obec KUTNÁ HORA ulice a č.p. PIRKNEROVO NÁM. 222

rozhodnutí o registraci: sp.zn. ze dne

zápis v obchodním rejstříku:

soud oddíl vložka sp.zn. ze dne

IČ: (dle státní statistiky) 486 747 52 IČZ 24 00 6000

místo provozování (pokud se liší od sídla)

číslo účtu/kód banky: 13 137 - 161 / 0100 DIČ:

statutární orgán (titul, příjmení, jméno, funkce): MGR. KLAILOVÁ MARIA, ŘEDITELKA

osoba určená pro kontakt s Pojišťovnou (titul, příjmení, jméno, funkce): FEROUTKOVÁ HANA, VŘEHNÍ S.

tel: 327 533 111 mobil: 777 011 430 fax: 327 516 174 e-mail: VSETRA@DOMOV-BARBORA.CZ

(dále jen "Pobytové zařízení")

*) Uvede se název zařízení podle zřizovací listiny.

uzavírají

v souladu s platnými zněními zákonů č. 48/1997 Sb., č. 108/2006 Sb., č.109/2006 Sb., a navazujících prováděcích předpisů za účelem zajištění věcného plnění při poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče (dále jen „zdravotní péče“) hrazené veřejným zdravotním pojištěním tuto zvláštní smlouvu (dále jen „Smlouva“). Po dohodě smluvních stran se Smlouva řídí právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotní a sociální péče. Ve věcech neupravených těmito právními předpisy a Smlouvou se řídí obchodním zákoníkem v platném znění, a dalšími právními předpisy.

Článek II Předmět Smlouvy

Předmětem této Smlouvy je stanovení podmínek a úprava vztahů vznikajících mezi Pobytovým zařízením a Pojišťovnou při poskytování zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pojištěncům Pojišťovny (dále jen „pojištěnci“) umístěným v Pobytovém zařízení a při její úhradě.

Článek III 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 VZP ČR v platném znění, Pravidel a jednotného datového rozhraní VZP ČR,
- c) zavází své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců¹⁾ 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 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 a rehabilitační zdravotní péči (nová odbornost 913 – všeobecná sestra v sociálních službách) vymezenou výčtem sjednaných výkonů v příloze č. 2 Smlouvy, pro které je věcně a technicky vybaveno a personálně zajištěno. Za dobu, po kterou Pobytové zařízení dočasně nesplňuje personální předpoklady pro poskytování zdravotní péče, není oprávněno předkládat Pojišťovně vyúčtování a je povinno tuto skutečnost Pojišťovně neprodleně oznámit,
- c) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci²⁾ – zdravotničtí pracovníci, kteří budou pojištěncům poskytovat ve Smlouvě sjednanou zdravotní péči, splňují požadavky odborné způsobilosti stanovené právními předpisy pro poskytování této zdravotní péče³⁾. 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 ordinace ošetřujícího lékaře, který je ve smluvním vztahu k Pojišťovně, zpravidla registrujícího praktického lékaře,
- e) vede pro posouzení oprávněnosti vyúčtované zdravotní péče v průkazné formě dokumentaci o léčení pojištěnců, ve které jsou zaznamenávány provedené zdravotní výkony,
- f) nakládá se zdravotnickou dokumentací v souladu s podmínkami stanovenými v zákoně č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů a souvisejícími právními předpisy,
- g) poskytuje zdravotní péči "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,
- 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 zdravotnickým zařízením, 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,

¹⁾Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

²⁾Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

³⁾Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. 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.

- k) 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,
- l) 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 Pobytovému zařízení zdravotní péči, průkazně zdokumentovanou a odůvodněně poskytnutou pojištěncům Pojišťovny v souladu s právními předpisy a Smlouvou,
- b) 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,
- c) je oprávněna provádět kontrolu plnění sjednaných podmínek poskytování zdravotní péče Pobytovým zařízením podle Smlouvy.

Článek IV Úhrada poskytované zdravotní péče

1. Hodnoty bodu, výše úhrad zdravotní péče a regulační omezení úhrady poskytnuté zdravotní péče se sjednávají Dohodou ke Smlouvě podle zák. č. 48/1997 Sb.,
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 podle zák. č. 48/1997 Sb.
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. Pobytové zařízení pro uplatnění nároků na úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče předává Pojišťovně jednou měsíčně – čtvrtletně *) vyúčtování poskytnuté péče fakturou s přílohami. Fakturačním obdobím je kalendářní měsíc – čtvrtletí *). Faktura je účetním dokladem a musí obsahovat náležitosti účetního dokladu⁴⁾ a následující náležitosti (pokud tyto náležitosti Pobytové zařízení má nebo mu byly přiděleny):
 - a) IČ Pobytového zařízení
 - b) Poskytovatel (údaj o Pobytovém zařízení, jménu nebo názvu a sídle zařízení, které fakturu předkládá – u Pobytového zařízení, které je zapsáno v obchodním rejstříku nebo jiné evidenci též údaj o tomto zápisu, včetně spisové značky)
 - c) Číslo faktury (jednoznačné číslo přidělí Pobytové zařízení)
 - d) IČZ Pobytového zařízení
 - e) Peněžní ústav Pobytového zařízení (název)
 - f) Číslo účtu, kód peněžního ústavu Pobytového zařízení
 - g) Den vystavení faktury
 - h) Lhůta splatnosti faktury (podle Smlouvy)
 - i) Fakturováno za období (měsíce a rok ve kterých byla péče poskytnuta, a za které je fakturována)
 - j) Číslo DÁVKY
 - k) Fakturovaná částka za zdravotní péči (celková účtovaná částka)
 - l) Razítko a podpis
 - m) Ostatní náležitosti podle Metodiky, Pravidel a Smlouvy.

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

*) nehodící se škrtně

Přílohou faktury jsou:

- a) Elektronické nosiče dat s vyplněným průvodním listem nosiče a s uvedením počtu dávek *). Elektronické nosiče dat jsou nedílnou součástí vyúčtování zdravotní péče.
 - b) Papírové doklady s vyplněným průvodním listem dávky a s uvedením počtu prvotních dokladů *),
 - c) popř. dávky elektronického přenosu dat. Uplatnění předávání vyúčtování tímto způsobem, jakož i dohodnuté náležitosti, mohou být realizovány až v návaznosti na splnění podmínky uzavření Dodatku ke Smlouvě.
5. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu⁴⁾ a příloha neobsahuje náležitosti podle dohodnuté metodiky nebo Smlouvy, má Pojišťovna právo ji odmítnout a vrátit bez zbytečného odkladu Pobytovému zařízení k doplnění, popřípadě k opravě; v takovém případě běží lhůta splatnosti až od termínu jejího opětovného převzetí Pojišťovnou.
 6. Pobytové zařízení odpovídá za úplnost, formální i věcnou správnost dokladů a za jejich předávání způsobem dohodnutým v metodice a datovém rozhraní. Individuální doklady za hrazenou zdravotní péči poskytnutou pojištěncům Pojišťovny předává Pobytové zařízení Pojišťovně spolu s vyúčtováním v termínu a způsobem dohodnutým ve Smlouvě (na elektronických nosičích dat nebo papírových dokladech nebo jiným sjednaným způsobem).
 7. Pobytové zařízení se zavazuje vyúčtovat (fakturovat) zdravotní péči poskytnutou v různém fakturačním období odděleně. Pokud Pobytové zařízení vyúčtuje péči z různých fakturačních období v jedné dávce (faktuře), Pojišťovna tuto úhradu neprovede a celou fakturu vrátí zpět Pobytovému zařízení k rozúčtování. Stejný postup platí i pro případ opravných dávek.
 8. Zjistí-li Pojišťovna ve vyúčtování před provedením úhrady nesprávně nebo neoprávněně vyúčtovanou péči, úhradu této části vyúčtované péče v termínu splatnosti neprovede. Pojišťovna oznámí Pobytovému zařízení bez zbytečného odkladu rozsah, důvod a částku vyúčtované, ale neuhrazené péče. Tím Pojišťovna vyzve Pobytové zařízení k opravě nesprávně vyúčtované péče nebo k doložení poskytnutí hrazené zdravotní péče. Řádně poskytnutou a vyúčtovanou péči Pojišťovna uhradí v nejbližším termínu úhrady.
 9. Pojišťovna provede za své pojištěnce úhradu hrazené zdravotní péče, vyúčtované 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 Pobytovému zařízení písemně zdůvodní. Poskytnutím úhrady není dotčeno právo Pojišťovny k provádění následné kontroly proplacených vyúčtování v rozsahu a za podmínek stanovených právními předpisy a Smlouvou.
 10. Zjistí-li Pojišťovna pochybení ve vyúčtování předaném Pobytovým zařízením dodatečně po úhradě a Pobytové zařízení do 10 pracovních dnů od doručení písemné výzvy Pojišťovny příslušnou částku samo neuhradí, nebo nedoloží oprávněnost vyúčtované sporné částky nebo nebude mezi smluvními stranami dohodnut jiný termín úhrady, Pojišťovna jednostranným započtením pohledávky sníží Pobytovému zařízení o příslušnou částku, případně o smluvní pokutu dohodnutou ve Smlouvě, úhradu za vyúčtování hrazené zdravotní péče předložené v následujícím zúčtovacím období.
 11. Úhrada vyúčtování poskytnuté hrazené zdravotní péče bude provedena za následujících podmínek a ve lhůtách:
 - a) Pobytové zařízení vyúčtuje (vystaví fakturu) za poskytnutou péči nejpozději do 30 kalendářních dnů po uplynutí fakturačního období (čtvrtletí, měsíce), v němž byla tato péče poskytnuta. To neplatí, jde-li o vyřazenou dávku nebo její část podle této Smlouvy, kdy lhůta počíná běžet dnem, kdy Pobytové zařízení obdrželo vyznění Pojišťovny o vyřazení dokladů a zkrácení platby, nebo jde-li o dávku vrácenou jinou zdravotní pojišťovnou z důvodu nepříslušnosti. Nedodržení uvedeného pro předložení vyúčtování není důvodem k odmítnutí úhrady za poskytnutou hrazenou zdravotní péči, ale opakované neodůvodněné porušení této lhůty může být považováno za nedodržení podmínek této Smlouvy.
 - b) Pojišťovna uhradí poskytnutou hrazenou zdravotní péči po provedení kontroly vyúčtování a to nejpozději:
 1. do 30 kalendářních dnů při předání vyúčtování Pojišťovně na elektronickém nosiči či v elektronické podobě, ode dne doručení faktury Pojišťovně,
 2. do 50 kalendářních dnů při předání vyúčtování Pojišťovně na papírových dokladech, 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.
 12. V případě poruchy výpočetního systému, znemožňující včasné provedení vyúčtování nebo úhrady hrazené zdravotní péče, poskytne Pojišťovna Pobytovému zařízení 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 V 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. 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 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) v Pobytovém zařízení bude na místě zpracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a stanoviska Pobytového zařízení. Tento záznam nenahrazuje zprávu podle odstavce 6). Pobytové zařízení umožní v případě potřeby pořídit na náklady Pojišťovny fotokopie kontrolovaných dokladů, včetně zdravotnické dokumentace.
6. Zprávu, obsahující závěry kontroly, Pojišťovna zpracuje a předá Pobytovému zařízení 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. 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. Tím není dotčeno právo Pobytového zařízení 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 Pobytovému zařízení. V případě, že se závěry kontroly prokáží jako neodůvodněné, uhradí Pojišťovna Pobytovému zařízení částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnuté zdravotní péče. Pobytové zařízení je oprávněno postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve Smlouvě.

Článek VI Sankční ustanovení

1. Smluvní strany si mohou účtovat smluvní pokutu až do výše 5 % měsíční platby, maximálně 1.000,- Kč za porušení povinností podle odstavce 2).
2. Za porušení Smlouvy se považují 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) Pobytové zařízení
 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
prokazatelně neoprávněně sníží nebo odmítne úhradu poskytnuté zdravotní péče,

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 Smlouvy

Smlouva se uzavírá na dobu do 31. 12. 2014.

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) 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 závaznou povinnost uloženou jí příslušným právním předpisem nebo Smlouvou,
 3. vstoupí do likvidace nebo na ni soud prohlásí konkurz,
 - b) Pobytové zařízení 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,
 3. prokazatelně opakovaně neoprávněně účtuje zdravotní péči a způsobí tím Pojišťovně finanční škodu,
 4. opakovaně neposkytne nezbytnou součinnost k výkonu kontrolní činnosti prováděné Pojišťovnou v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb.,
 5. prokazatelně neposkytuje pojištěncům zdravotní péči kvalitně a "lege artis", případně opakovaně odmítne poskytnutí zdravotní péče z jiných, než právními předpisy stanovených důvodů,
 6. 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. opakovaně prokazatelně neoprávněně neuhradí Pobytovému zařízení poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
 2. opakovaně nedodrží lhůty splatnosti dohodnuté ve Smlouvě,
 3. poskytne třetí straně údaje o Pobytovém zařízení nad rámec právních předpisů nebo Smlouvy,
 4. 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 uvedené 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 nebo došlo ke zrušení nebo změně zřizovací listiny, vydané Pobytovému zařízení, jejichž důsledkem je neschopnost Pobytového zařízení poskytovat pobytové služby,
 - b) dnem zániku právnické osoby,
 - c) dnem uvedeným v písemném oznámení Pojišťovně, pokud Pobytové zařízení ze závažných provozních důvodů nemůže zdravotní péči nadále poskytovat,
 - d) dnem, kdy Pobytové zařízení pozbylo věcné, technické nebo personální předpoklady pro poskytování zdravotní 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 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 (IČ) spolu s identifikačním číslem zařízení (IČZ),
 - b) sdělují si údaje nutné ke kontrole plnění Smlouvy, k hodnocení kvality a efektivity poskytované zdravotní péče

2. Pobytové zařízení:

- 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 předpisy⁵⁾,
- 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 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 zdravotní péče, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých dodatkem k této 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 smířcím jednání. Tím není dotčeno právo smluvních stran uplatnit svůj nárok na řešení sporu u soudu nebo v rozhodčím řízení podle zvláštního právního předpisu⁶⁾, pokud se smluvní strany na řešení sporů v rozhodčím řízení ve Smlouvě dohodnou.
2. Smířcí jednání navrhuje jedna ze smluvních stran. Návrh musí obsahovat přesné a dostatečně podrobné vymezení sporu. Účastníkem smířcího 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. Smířcí jednání se ukončí zápisem, obsahujícím smír nebo závěr, že rozpor nebyl odstraněn s uvedením stanovisek obou stran.

Článek XI Přechodná ustanovení

1. Do vydání rozhodnutí o registraci podle zvláštního právního předpisu⁷⁾ uzavírá Pobytové zařízení Smlouvu na základě zřizovací listiny opravňující k poskytování sociálních služeb, které zahrnují poskytnutí ubytování (bydlení) podle dříve platných právních předpisů.
2. 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, je Pobytové zařízení povinno 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 zřizovací listiny opravňující k poskytování sociálních služeb, které zahrnují poskytnutí ubytování (bydlení) podle dříve platných právních předpisů,
ověřená kopie výpisu z obchodního rejstříku u fyzických nebo právnických osob, zapsaných do obchodního rejstříku.

⁵ Např. zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů
⁶ Zákon č. 216/1994 Sb., o rozhodčím řízení a o výkonu rozhodčích nálezů, ve znění pozdějších předpisů
⁷ § 120 odst. 5 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

- č. 2 Smluvené druhy zdravotní péče, rozsah poskytované hrazené zdravotní péče, nositelé výkonů (personální obsazení, rodné číslo, kvalifikace, přístrojové (technické) vybavení apod.),
- č. 3 Metodika pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR,
Pravidla pro vyhodnocování dokladů ve VZP ČR,
Datové rozhraní VZP ČR.
Metodiku, pravidla a datové rozhraní si zabezpečí Pobytové zařízení u VZP ČR.
- č. 4 Kopie smlouvy o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou občanům v souvislosti s poskytováním zdravotní péče uzavřená s pojišťovnou vykonávající činnost na území ČR.

Pozn.: Ověření předložených kopií provede pobočka Pojišťovny na základě předložení originálu dokladu.

- 2. Smlouva je vyhotovena ve 2 stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží 1 vyhotovení.
- 3. Zánikem Smlouvy vznikne smluvním stranám povinnost vzájemně vypořádat své závazky, a to ve lhůtě do 150 kalendářních dnů.
- 4. Smlouva nabývá platnosti dnem podpisu zástupci obou smluvních stran a účinnosti dnem^{1.1.07} Veškeré změny a doplňky této Smlouvy lze provádět výhradně písemnými očíslovanými dodatky, podepsanými na znamení souhlasu oběma smluvními stranami.

V^{Pprzo} dne²⁸⁻⁰⁵⁻²⁰⁰⁷

V^{Kusae' Slov} dne^{22.5.2007}