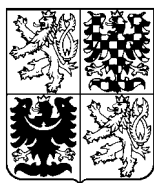


Ročník 2006



SBÍRKA ZÁKONŮ

ČESKÁ REPUBLIKA

Částka 91

Rozeslána dne 16. června 2006

Cena Kč 70,50

O B S A H:

290. Vyhláška, kterou se vydává rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví o rámcových smlouvách podle § 17 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

290

VYHLÁŠKA

ze dne 7. června 2006,

**kterou se vydává rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví o rámcových smlouvách
podle § 17 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů**

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 17 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 2/1998 Sb., zákona č. 117/2006 Sb. a zákona č. 245/2006 Sb., (dále jen „zákon“):

§ 1

Rámcové smlouvy pro zdravotní pojišťovny¹⁾ (dále jen „pojišťovna“) a zdravotnická zařízení²⁾ poskytující

1. zdravotní péči praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost,
2. ambulantní specializovanou péči a péči ženských lékařů (odbornost 603 a 604³⁾) s výjimkou zdravotnických zařízení poskytujících fyzioterapii (odbornost 902 a 918³⁾), ergoterapii a klinickou logopedii,
3. ambulantní péči zubních lékařů,
4. zdravotní péči v nemocnicích, odborných léčebných ústavech, odborných dětských léčebnách a ozdravovnách a léčebnách dlouhodobě nemocných,
5. ambulantní diagnostickou péči (odbornosti 222, 801, 802, 804, 805, 807, 809, 812 až 819, 822 a 823³⁾),
6. domácí zdravotní péči, fyzioterapii (odbornost 902 a 918³⁾), ergoterapii a klinickou logopedii,
7. zdravotnickou záchrannou službu a dopravu,

8. lékárenskou péči,

9. lázeňskou péči

jsou uvedeny v přílohách č. 1 až 9 této vyhlášky.

§ 2

Pokud zdravotnické zařízení poskytuje zdravotní péči, která je upravena více než jednou rámcovou smlouvou, řídí se zdravotnické zařízení a pojišťovna při uzavírání smlouvy všemi takovými rámcovými smlouvami.

§ 3

Pojišťovny jsou povinny uzavřít smlouvu podle této vyhlášky s každým zdravotnickým zařízením, se kterým mají ke dni nabytí účinnosti této vyhlášky uzavřenou platnou smlouvu podle vyhlášky č. 457/2000 Sb.

§ 4

Zrušuje se vyhláška č. 457/2000 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy.

§ 5

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem jejího vyhlášení.

Ministr:

MUDr. Rath v. r.

¹⁾ Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů.
Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů.

²⁾ Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.
Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů.
Zákon č. 245/2006 Sb., o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních a o změně některých zákonů.

³⁾ Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

Rámcová smlouva

pro
zdravotnická zařízení poskytující zdravotní péči
praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost
a zdravotní pojišťovny

Část první **Obecná ustanovení**

Čl. 1 **Smluvní vztahy**

- (1) **Rámcová smlouva stanoví podmínky, za nichž se uzavírají smlouvy mezi zdravotnickými zařízeními a pojišťovnami za účelem zajištění věcného plnění při poskytování a úhradě zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění (dále jen "hrazená zdravotní péče").**
- (2) **Právní vztahy upravené ve smlouvě o poskytování a úhradě hrazené zdravotní péče (dále jen "smlouva") uzavírané mezi jednotlivými pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost se nesmí odchýlit od ustanovení rámcové smlouvy podle této vyhlášky, pokud to rámcová smlouva sama neumožňuje. K zajištění vytváření jednotných podmínek při shodném, či srovnatelném plnění, v souladu se zvláštním právním předpisem⁴⁾, se na vypracování textu smlouvy podílejí zástupci pojišťoven a zástupci poskytovatelů zdravotní péče, zmocnění k zastupování v této věci.**

⁴⁾ Zákon č. 143/2001 Sb., o ochraně hospodářské soutěže a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Část druhá

Smlouvy

Čl. 2

Uzavírání smluv

- (1) Závazkové vztahy mezi pojišťovnou a zdravotnickým zařízením se řídí písemnou smlouvou uzavřenou podle této rámcové smlouvy, právních předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotní péče, obchodního nebo občanského zákoníku a dalších právních předpisů.
- (2) Základními podmínkami pro uzavření smlouvy jsou
 - a) oprávnění zdravotnického zařízení k poskytování zdravotní péče v příslušném oboru,
 - b) akceptace dohodnutého postupu pro pořizování, předávání a vyhodnocování dokladů v souladu s metodikou pro pořizování a předávání dokladů (dále jen „metodika“) a pravidly pro vyhodnocování dokladů (dále jen „pravidla“) a jednotného datového rozhraní vytvářenými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky (dále jen „Všeobecná zdravotní pojišťovna“) v součinnosti se zástupci pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče, schválenými Ministerstvem zdravotnictví a zveřejněnými ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví. Metodika a pravidla účinná ke dni nabytí účinnosti této vyhlášky, pozbývají platnosti dnem 31. 12. 2006.
- (3) Smlouva obsahuje
 - a) práva a povinnosti smluvních stran,
 - b) podmínky kvality a účelnosti poskytování zdravotní péče, zejména druh, obor a rozsah poskytované zdravotní péče specifikovaný seznamem výkonů s bodovými hodnotami podle druhů péče, kterou je zdravotnické zařízení oprávněno poskytovat, včetně věcného a technického vybavení a personálního zajištění,
 - c) způsob stanovení výše úhrad hrazené zdravotní péče,
 - d) způsob provádění úhrady poskytované zdravotní péče,
 - e) podmínky nezbytné ke kontrole plnění smlouvy, včetně správnosti účtovaných částek,
 - f) rozsah a způsob vzájemného sdělování údajů nutných ke kontrole plnění smlouvy,
 - g) ustanovení o dohodnuté metodice, pravidlech a datovém rozhraní platných v době uzavření smlouvy,
 - h) způsob seznámení zdravotnického zařízení se změnami metodiky, pravidel a datového rozhraní, včetně způsobu předávání těchto změn,

- i) ustanovení o řešení rozporů ve smírčím jednání, popřípadě ustanovení o použití rozhodčího řízení při neúspěchu smírčího jednání,
 - j) dobu účinnosti smlouvy, způsob a důvody jejího ukončení.
- (4) Smlouva může obsahovat i další ujednání nezbytná pro její plnění a kontrolu, pokud jsou v souladu s touto rámcovou smlouvou a právními předpisy.

Čl. 3

Práva a povinnosti smluvních stran

(1) Smluvní strany

- a) dodržují při vykazování a úhradě hrazené zdravotní péče dohodnutou metodiku, pravidla a datové rozhraní,
- b) zavází své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců a zájmů zdravotnického zařízení i pojišťovny, k zachování povinné mlčenlivosti o osobních údajích⁵⁾ 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,
- c) dodržují přímo použitelné předpisy Evropských společenství.

(2) Zdravotnické zařízení

- a) poskytuje hrazenou zdravotní péči v souladu s právními předpisy v odbornostech dohodnutých a vymezených ve smlouvě, pro které je věcně a technicky vybaveno a personálně zajištěno, v rozsahu alespoň 35 ordinčních hodin rozdělených do 5 pracovních dnů týdně se započítáním doby uvedené v písmenu o). Rozsah 35 hodin týdně odpovídá poměrnému kapacitnímu číslu 1, přičemž souhrnné poměrné kapacitní číslo jednoho smluvního nositele výkonu⁶⁾ může činit nejvýše 1,4. Souhrnné poměrné kapacitní číslo na jedno zdravotnické zřízení může činit nejméně 0,25.
- b) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci⁷⁾, kteří budou pojištěncům poskytovat ve smlouvě sjednanou hrazenou zdravotní péči, splňují požadavky odborné způsobilosti stanovené právními předpisy pro poskytování této zdravotní péče⁸⁾,
- c) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytovanou zdravotní péči podle zvláštního právního předpisu⁹⁾,

⁵⁾ Zákon č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

⁶⁾ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

⁷⁾ Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.

⁸⁾ 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.

⁹⁾ Vyhláška č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, ve znění

- d) poskytuje hrazenou 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,
- e) odpovídá za účelnost indikace při odesílání pojištěnce ke komplementárním a konziliárním vyšetřením a na základě jejich výsledků upravuje diagnózu nebo léčebný postup,
- f) povede pro posouzení oprávněnosti vyúčtované zdravotní péče v průkazné formě dokumentaci o léčení pojištěnců, ve které budou zaznamenávány provedené zdravotní výkony, vyžádaná zdravotní péče, předepisované léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a uchovány v ní i doručené výsledky vyžádaných a provedených vyšetření a ošetření,
- g) 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 a při převzetí pojištěnce do péče bude takové informace od příslušných zařízení vyžadovat,
- h) neodmítne přijetí pojištěnce do své péče s výjimkou důvodů uvedených v § 11 odst. 1 písm. b) zákona,
- i) nepodmíní právo pojištěnce na svobodnou volbu lékaře, zdravotnického zařízení nebo na poskytnutí hrazené 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,
- 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 úrazy nebo jiná poškození zdraví osob, kterým poskytlo hrazenou zdravotní péči, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby,
- m) zajistí, že lékaři, kteří nejsou oprávněni k samostatnému výkonu povolání lékaře, budou toto povolání vykonávat pouze pod odborným dohledem lékaře, který je k samostatnému výkonu povolání lékaře oprávněn, a to jen v rozsahu stanoveném tímto lékařem podle § 2 písm. f) zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta.
- n) odpovídá podle zvláštního právního předpisu¹⁰⁾ za správné a úplné vyplnění tiskopisu receptu; dále odpovídá za správné a úplné vyplnění poukazu na zdravotnické prostředky nebo poukazu na vyšetření/ošetření nebo příkazu ke zdravotnímu transportu. Pokud při preskripci nebylo respektováno preskripční omezení vyplývající z právních předpisů

pozdějších předpisů.

¹⁰⁾ Vyhláška č. 343/1997 Sb., kterou se stanoví způsob předepisování léčivých přípravků, náležitosti lékařských předpisů a pravidla jejich používání, ve znění pozdějších předpisů.

a pojišťovna tento léčivý přípravek nebo zdravotnický prostředek zařízení lékárenské péče uhradila, má pojišťovna právo požadovat od zdravotnického zařízení úhradu zaplacené částky. Pojišťovna není oprávněna požadovat tuto úhradu, pokud byl léčivý přípravek nebo zdravotnický prostředek předepsán pro jejího pojištěnce a zdravotnické zařízení odstranilo nedostatky ve lhůtě do jednoho měsíce od předání příslušného receptu nebo poukazu pojišťovnou. Stejný postup bude vůči zdravotnickému zařízení uplatněn i v případě chybného vyplnění poukazu na vyšetření/ošetření,

- o) je oprávněno na jeden den v měsíci přerušit poskytování zdravotní péče za účelem zajištění odborného vzdělávání svých pracovníků, přičemž takové přerušení nemá vliv na výši úhrady zdravotní péče ze strany zdravotní pojišťovny,
- p) předem oznámí zdravotní pojišťovně přerušení poskytování zdravotní péče na dobu delší než tři dny a jméno zastupujícího lékaře, splňujícího podmínky zákona č. 95/2004 Sb.; zastupujícím lékařem se pro účely tohoto ustanovení rozumí i lékař poskytující zdravotní péči v jiném zdravotnickém zařízení mimo prostory zdravotnického zařízení, které zastupuje,
- q) zajistí, v případě nepřítomnosti některého z nositelů výkonů na dobu delší tři dny, zástup jiným nositelem výkonu, splňujícím podmínky zákona č. 95/2004 Sb., a dohodnutým způsobem tuto skutečnost oznámí zdravotní pojišťovně a pojištěncům,
- r) může poskytovat lékařskou službu první pomoci pojištěncům pojišťovny tehdy, dohodne-li se na tom se zdravotní pojišťovnou a uzavře-li dodatek ke smlouvě na poskytování této péče,
- s) může poskytovat ústavní pohotovostní službu ve smluvním zařízení zdravotní pojišťovny tehdy, dohodne-li se na tom se zdravotní pojišťovnou a uzavře-li dodatek ke smlouvě na poskytování této péče,

(3) Pojišťovna

- a) uhradí zdravotnickému zařízení provedenou hrazenou zdravotní péči, průkazně zdokumentovanou a odůvodněně poskytnutou jejím pojištěncům v souladu s právními předpisy a smlouvou,
- b) dohledá na žádost zdravotnického zařízení bez zbytečného prodlení příslušnost pojištěnce k pojišťovně v případech, kdy není dostupný průkaz pojištěnce a jsou dostupné jeho osobní údaje,
- c) nebude vyžadovat zvýhodňování svých pojištěnců na úkor pojištěnců ostatních pojišťoven,
- d) je oprávněna provádět kontrolu plnění smluvně dohodnutých věcných a technických podmínek hrazené zdravotní péče poskytované zdravotnickým zařízením podle smlouvy,
- e) poskytuje zdravotnickému zařízení k zajištění jednotných podmínek dohodnutou metodiku, pravidla, datové rozhraní a příslušné číselníky vydávané Všeobecnou zdravotní pojišťovnou k vykazování a výpočtu úhrady hrazené zdravotní péče,
- f) seznámí zdravotnické 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, včetně metodiky vedení dokumentace. V případě

změny právních předpisů, která neumožní tuto lhůtu dodržet, může být uvedená lhůta přiměřeně zkrácena,

- g) je oprávněna zveřejnit rozsah nasmlouvané zdravotní péče, výši celkové úhrady poskytnuté pojišťovnou zdravotnickému zařízení z veřejného zdravotního pojištění za kalendářní rok a výši úhrady za zdravotnickým zařízením předepsaná léčiva a zdravotnické prostředky za kalendářní rok,
- h) uhradí zdravotnickému zařízení poskytnuté zdravotní výkony v rámci lékařské služby první pomoci, popřípadě ústavní pohotovostní služby podle písm. r) a s) podle výsledků dohodovacího řízení, popřípadě v souladu se zvláštním právním předpisem.

Čl. 4

Úhrada poskytované hrazené zdravotní péče

- (1) Hodnoty bodu, výše úhrad a regulační omezení objemu poskytnuté hrazené zdravotní péče se sjednávají ve smlouvě podle výsledků dohodovacího řízení, popřípadě v souladu se zvláštním právním předpisem.
- (2) Za způsoby úhrady se považují zejména:
 - a) úhrada za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami,
 - b) kombinovaná úhrada za registrované pojištěnce a za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (kombinovaná kapitačně výkonová platba),
 - c) jiné způsoby úhrady dohodnuté v dohodovacím řízení o hodnotách 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 hrazené zdravotní péče z důvodu změny kapacity popřípadě struktury zdravotnického zařízení.
- (4) Zdravotnické zařízení pro uplatnění nároků na úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče předává pojišťovně jednou měsíčně vyúčtování poskytnuté péče fakturou s přílohami. Faktura je účetním dokladem a splňuje náležitosti účetního dokladu¹¹⁾. Náležitosti přílohy jsou obsaženy v metodice nebo se v souladu s metodikou upřesní ve smlouvě. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu¹¹⁾ a příloha neobsahuje náležitosti podle dohodnuté metodiky nebo smlouvy, má pojišťovna právo ji odmítnout a vrátit bez zbytečného odkladu zdravotnickému zařízení k doplnění, popřípadě k opravě; v takovém případě běží lhůta splatnosti až od termínu jejího opětovného převzetí pojišťovnou.
- (5) Zdravotnické 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 předává zdravotnické zařízení pojišťovně spolu s vyúčtováním v termínu a způsobem dohodnutým ve smlouvě (na magnetických nosičích dat nebo papírových dokladech nebo jiným sjednaným způsobem).

¹¹⁾ Zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů.

- (6) Zjistí-li pojišťovna ve vyúčtování před provedením úhrady nesprávně nebo neoprávněně vyúčtovanou péči, úhradu této části vyúčtované péče v termínu splatnosti neprovede. Pojišťovna oznámí zdravotnickému zařízení bez zbytečného odkladu rozsah, důvod a částku vyúčtované, ale neuhrazené péče. Tím pojišťovna vyzve zdravotnické zařízení k opravě nesprávně vyúčtované péče nebo k doložení poskytnutí hrazené zdravotní péče. Řádně poskytnutou a vyúčtovanou péči pojišťovna uhradí v nejbližším termínu úhrady.
- (7) 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 zdravotnickému 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.
- (8) Zjistí-li pojišťovna pochybení ve vyúčtování předaném zdravotnickým zařízením dodatečně po úhradě a zdravotnické 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 zdravotnickému zařízení o příslušnou částku, případně o smluvní pokutu dohodnutou ve smlouvě, úhradu za vyúčtování hrazené zdravotní péče předložené v následujícím zúčtovacím období.
- (9) Úhrada vyúčtované poskytnuté hrazené zdravotní péče, při dodržení podmínek dohodnutých ve smlouvě, bude provedena při předání vyúčtování pojišťovně na magnetickém mediu do 30 kalendářních dnů a při předání vyúčtování pojišťovně na papírových dokladech do 40 kalendářních dnů ode dne doručení faktury pojišťovně. Závazek k úhradě je splněn dnem odepsání z účtu zdravotní pojišťovny.
- (10) V případě poruchy výpočetního systému, znemožňující včasné provedení vyúčtování nebo úhrady hrazené zdravotní péče, poskytne pojišťovna zdravotnickému 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.

Čl. 5

Kontrola

- (1) Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona a smlouvou kontrolu využívání a poskytování hrazené 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 hrazené 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, popřípadě provedeného léčebného postupu a schvaluje, zda použitý postup pojišťovna uhradí. Rozhodnutí o použití léčebného postupu, včetně farmakoterapie, je v kompetenci ošetřujícího lékaře.
- (4) Zdravotnické zařízení 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.
- (5) Revizní lékař je v rámci kontroly povinen postupovat tak, aby nenarušil provoz zdravotnického zařízení. V případě kontroly ve zdravotnickém zařízení bude na místě vypracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a se stanoviskem oprávněného zástupce zdravotnického zařízení. Tento záznam nenahrazuje zprávu podle odstavce 6.
- (6) Revizní zprávu, obsahující závěry kontroly, pojišťovna zpracuje a předá zdravotnickému zařízení do 15 kalendářních dnů po ukončení kontroly; pokud nebude možno z objektivních důvodů tuto lhůtu dodržet, oznámí pojišťovna tuto skutečnost zdravotnickému zařízení. Kontrola bude ukončena zpravidla do 30 kalendářních dnů od jejího zahájení.
- (7) Zdravotnické 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, prodlouží se příslušná lhůta na žádost smluvní strany až na dvojnásobek. Ve stanovené lhůtě pojišťovna sdělí zdravotnickému zařízení, zda potvrzuje nebo mění závěry kontroly. Podání námitek nemá z hlediska finančních nároků pojišťovny vůči zdravotnickému zařízení odkladný účinek. Tím není dotčeno právo zdravotnického zařízení uplatnit svůj nesouhlas s rozhodnutím pojišťovny v jiném řízení.
- (8) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazené zdravotní péče nebo její neodůvodněné poskytování, pojišťovna podle § 42 odst. 3 zákona takovou péči neuhradí a je oprávněna postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě. V případě, že se závěry kontroly prokáží jako neodůvodněné, uhradí pojišťovna zdravotnickému zařízení částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče. Zdravotnické zařízení je oprávněno postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě.
- (9) Revizní lékaři zdravotní pojišťovny mohou kontrolovat podle tohoto článku jen zdravotní péči a výkony vykázané zdravotnickým zařízením nejvýše 3 roky zpět.

Čl. 6

Sankční ujednání

- (1) Smluvní strany si mohou účtovat smluvní pokutu až do výše 2 % měsíční platby 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) zdravotnické zařízení
 - 1. prokazatelně neoprávněně nebo vícenásobně účtuje zdravotní péči,
 - 2. opakovaně porušilo povinnost ohlásit pojišťovně v souladu s § 55 zákona úrazy nebo jiná poškození zdraví pojištěnce způsobená jednáním právnické nebo fyzické osoby,
 - c) pojišťovna prokazatelně neodůvodněně sníží nebo odmítne úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče,
- (3) Uplatněním sankce není dotčeno právo smluvních stran na vrácení úhrady za neoprávněně nebo nesprávně vyúčtovanou a uhrazenou hrazenou zdravotní péči.
- (4) V případě prodlení s úhradou podle odstavce 2 písm. c) nad 65 kalendářních dní ode dne doručení faktury pojišťovně, uhradí zdravotní pojišťovna zdravotnickému zařízení smluvní pokutu ve výši 10 % dlužné částky.
- (5) Uplatněním smluvní pokuty není dotčeno právo zdravotnického zařízení na uplatnění úroků z prodlení podle obecně závazných právních předpisů ani na náhradu případně vzniklé škody.

Doba účinnosti, způsob a důvody ukončení smlouvy

Čl. 7

- (1) U zdravotnických zařízení, kde je počet nositelů výkonů roven nebo nižší než 10, se smlouva uzavírá na dobu neurčitou jako trvalý smluvní vztah, který lze ukončit pouze z důvodů uvedených v čl. 8.
- (2) U zdravotnických zařízení, kde je počet nositelů výkonů vyšší než 10, je délka smluvního vztahu závislá na dohodě zdravotnického zařízení s příslušnou zdravotní pojišťovnou.

Čl. 8

Smlouvu lze ukončit vždy k 1. lednu následujícího roku

- a) písemnou dohodou smluvních stran,
- b) výpovědí ze strany zdravotní pojišťovny s výpovědní lhůtou nejméně 6 měsíců pokud zdravotnické zařízení
 - 1. opakovaně porušuje ustanovení této rámcové smlouvy,
 - 2. přes písemné upozornění a bez předchozí dohody se zdravotní pojišťovnou opakovaně neposkytuje zdravotní péči ve sjednaném rozsahu a kvalitě,

3. bez předchozí dohody se zdravotní pojišťovnou opakovaně účtuje zdravotní péči poskytnutou nad rámec sjednaného druhu, odbornosti a rozsahu činnosti,
 4. přes písemné upozornění opakovaně omezuje pro pojištěnce zdravotní pojišťovny ordinační dobu sjednanou ve smlouvě,
 5. přes písemné upozornění opakovaně poskytuje zdravotní péči v rozporu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy nebo v rozporu s profesními povinnostmi zdravotnických pracovníků,
 6. prokazatelně opakovaně neoprávněně účtuje zdravotní péči a způsobí tím zdravotní pojišťovně finanční škodu,
 7. přes písemné upozornění neposkytne nezbytnou součinnost k výkonu kontrolní činnosti prováděné zdravotní pojišťovnou v souladu s touto rámcovou smlouvou a zákonem,
 8. prokazatelně neposkytuje pojištěncům zdravotní péči kvalitně a při poskytování zdravotní péče nedodržuje správný postup, popřípadě opakovaně odmítne poskytnutí zdravotní péče z jiných, než právními předpisy stanovených důvodů.
- c) výpovědí ze strany zdravotnického zařízení s výpovědní lhůtou nejméně 6 měsíců pokud
1. zdravotní pojišťovna opakovaně porušuje ustanovení této rámcové smlouvy,
 2. zdravotní pojišťovna přes písemné upozornění opakovaně nedodrží lhůty splatnosti dohodnuté ve smlouvě,
 3. zdravotní pojišťovna poskytne třetí straně údaje o zdravotnickém zařízení nad rámec právních předpisů nebo smlouvy,
 4. zdravotní pojišťovna překračuje rozsah kontrolní činnosti stanovený touto rámcovou smlouvou nebo zákonem,
 5. zdravotní pojišťovna přes písemné upozornění neoprávněně neuhradí zdravotnickému zařízení poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
 6. se pokračování smluvního vztahu se zdravotní pojišťovnou stane pro zdravotnické zařízení ekonomicky nevýhodným.

Čl. 9

Vzájemné sdělování údajů a předávání dokladů nutných ke kontrole plnění smlouvy

(1) Smluvní strany

- a) používají v souladu s metodikou pro jednoznačnou identifikaci zdravotnického zařízení identifikační číslo zařízení,
- 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 poskytované hrazené zdravotní péče, a to v rozsahu a za podmíněk dohodnutých ve smlouvě.

(2) Zdravotnické 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 předpisy¹²⁾,
 - 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
 1. ke zrušení pracoviště nebo jeho části bez náhrady, nebo jeho uzavření na dobu delší než 30 kalendářních dnů,
 2. k odchodu zaměstnance jmenovitě uvedeného ve smlouvě,
 3. k výpadku přístroje nezbytného pro provádění výkonu bez náhrady na dobu delší než 30 kalendářních dnů.
- (3) Pojišťovna může poskytnout zdravotnickému zařízení v zobecněné formě informace potřebné k ekonomizaci jeho činnosti nebo k jeho vědecké a výzkumné činnosti a ke kontrole kvality poskytované hrazené zdravotní péče, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve smlouvě.

Čl. 10**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 předpisu¹³⁾.
- (2) Smírčí jednání navrhuje jedna ze smluvních stran. Návrh musí obsahovat přesné a dostatečně podrobné vymezení sporu. Smírčího jednání se účastní zmocněný zástupce zdravotnického zařízení a statutární zástupce pojišťovny nebo jím zmocněný vedoucí pracovník oprávněný samostatně jménem pojišťovny v dané věci jednat a rozhodovat. Zdravotnické zařízení je oprávněno přizvat ke smírčímu jednání profesní komoru zřízenou zákonem nebo občanské sdružení uvedené v § 17 odst. 2 zákona a právního zástupce. Místo a čas smírčího jednání navrhuje účastník, který k němu dal podnět. K projednání sporu si dále 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.

Čl. 11

Smluvní strany jsou povinny uvést do souladu obsah smluv uzavřených podle vyhlášky č. 457/2000 Sb. s obsahem této rámcové smlouvy nejpozději do 30. 6. 2006.

¹²⁾ Například zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

¹³⁾ Zákon č. 216/1994 Sb., o rozhodčím řízení a o výkonu rozhodčích nálezů, ve znění zákona č. 245/2006 Sb.

Rámcová smlouva

pro

zdravotnická zařízení poskytující

ambulantní specializovanou péči a péči ženských lékařů (odbornost 603, 604)

**s výjimkou zdravotnických zařízení poskytujících fyzioterapii (odbornost 902 a 918),
ergoterapii a klinickou logopedii**

a zdravotní pojišťovny

Část první

Obecná ustanovení

Čl. 1

Smluvní vztahy

- (1) Rámcová smlouva stanoví podmínky, za nichž se uzavírají smlouvy mezi zdravotnickými zařízeními a pojišťovnami za účelem zajištění věcného plnění při poskytování a úhradě hrazená zdravotní péče.
- (2) Právní vztahy upravené ve smlouvě uzavírané mezi jednotlivými pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními ambulantní specializované péče se nesmí odchýlit od ustanovení rámcové smlouvy podle této vyhlášky, pokud to rámcová smlouva sama neumožňuje. K zajištění vytváření jednotných podmínek při shodném, či srovnatelném plnění, v souladu se zvláštním právním předpisem⁴⁾, se na vypracování textu smlouvy podílejí zástupci pojišťoven a zástupci poskytovatelů zdravotní péče, zmocnění k zastupování v této věci.

Část druhá

Smlouvy

Čl. 2

Uzavírání smluv

- (1) Závazkové vztahy mezi pojišťovnou a zdravotnickým zařízením se řídí písemnou smlouvou uzavřenou podle této rámcové smlouvy, právních předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotní péče, obchodního nebo občanského zákoníku a dalších právních předpisů.
- (2) Základními podmínkami pro uzavření smlouvy jsou
 - a) oprávnění zdravotnického zařízení k poskytování zdravotní péče v příslušném oboru,
 - b) akceptace dohodnutého postupu pro pořizování, předávání a vyhodnocování dokladů v souladu s metodikou a pravidly a jednotného datového rozhraní vytvářenými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou v součinnosti se zástupci pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče, schválenými Ministerstvem zdravotnictví a zveřejněnými ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví. Metodika a pravidla účinná ke dni nabytí účinnosti této vyhlášky, pozbývají platnosti dnem 31. 12. 2006.
- (3) Smlouva obsahuje
 - a) práva a povinnosti smluvních stran,
 - b) podmínky kvality a účelnosti poskytování zdravotní péče, zejména druh, obor a rozsah poskytované zdravotní péče specifikovaný seznamem výkonů s bodovými hodnotami podle druhů péče, kterou je zdravotnické zařízení oprávněno poskytovat, včetně věcného a technického vybavení a personálního zajištění,
 - c) způsob stanovení výše úhrad hrazené zdravotní péče,
 - d) způsob provádění úhrady poskytované zdravotní péče,
 - e) podmínky nezbytné ke kontrole plnění smlouvy, včetně správnosti účtovaných částek,
 - f) rozsah a způsob vzájemného sdělování údajů nutných ke kontrole plnění smlouvy,
 - g) ustanovení o dohodnuté metodice, pravidlech a datovém rozhraní platných v době uzavření smlouvy,
 - h) způsob seznámení zdravotnického zařízení se změnami metodiky, pravidel a datového rozhraní, včetně způsobu předávání těchto změn,
 - i) ustanovení o řešení rozporů ve smírčím jednání, popřípadě ustanovení o použití rozhodčího řízení při neúspěchu smírčího jednání,
 - j) dobu účinnosti smlouvy, způsob a důvody jejího ukončení.
- (4) Smlouva může obsahovat i další ujednání nezbytná pro její plnění a kontrolu, pokud jsou v souladu s touto rámcovou smlouvou a právními předpisy.

Čl. 3

Práva a povinnosti smluvních stran

(1) Smluvní strany

- a) dodržují při vykazování a úhradě hrazené zdravotní péče dohodnutou metodiku, pravidla a datové rozhraní,
- b) zaváží své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců a zájmů zdravotnického zařízení i pojišťovny, k zachování povinné mlčenlivosti o osobních údajích⁵⁾ 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,
- c) dodržují přímo použitelné předpisy Evropských společenství.

(2) Zdravotnické zařízení

- a) poskytuje hrazenou zdravotní péči v souladu s právními předpisy v odbornostech dohodnutých a vymezených ve smlouvě, pro které je věcně a technicky vybaveno a personálně zajištěno, v rozsahu alespoň 35 ordinačních hodin rozdělených do 5 pracovních dnů týdně, se započítáním doby uvedené v písm. o). Rozsah 35 hodin týdně odpovídá poměrnému kapacitnímu číslu 1, přičemž souhrnné poměrné kapacitní číslo jednoho smluvního nositele výkonu⁶⁾ může činit nejvýše 1,4. Souhrnné poměrné kapacitní číslo na jedno zdravotnické zařízení může činit nejméně 0,25.
- b) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci⁷⁾, kteří budou pojištěncům poskytovat ve smlouvě sjednanou hrazenou zdravotní péči, splňují požadavky odborné způsobilosti stanovené právními předpisy⁸⁾,
- c) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytovanou zdravotní péči podle zvláštního právního předpisu⁹⁾,
- d) poskytuje hrazenou 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,
- e) odpovídá za účelnost indikace při odesílání pojištěnce ke komplementárním a konziliárním vyšetřením a na základě jejich výsledků upravuje diagnózu nebo léčebný postup,
- f) povede pro posouzení oprávněnosti vyúčtované zdravotní péče v průkazné formě dokumentaci o léčení pojištěnců, ve které budou zaznamenávány provedené zdravotní výkony, vyžádaná zdravotní péče, předepisované léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a uchovány v ní i doručené výsledky vyžádaných a provedených vyšetření a ošetření,
- g) 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 a při převzetí pojištěnce do péče bude takové informace od příslušných zařízení vyžadovat,
- h) neodmítne přijetí pojištěnce do své péče s výjimkou důvodů uvedených v § 11 odst. 1 písm. b) zákona,
- i) nepodmíní právo pojištěnce na svobodnou volbu lékaře, zdravotnického zařízení nebo na

poskytnutí hrazené 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,

- 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 úrazy nebo jiná poškození zdraví osob, kterým poskytlo hrazenou zdravotní péči, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby,
- m) zajistí, že lékaři, kteří nejsou oprávněni k samostatnému výkonu povolání lékaře, budou toto povolání vykonávat pouze pod odborným dohledem lékaře, který je k samostatnému výkonu povolání lékaře oprávněn, a to jen v rozsahu stanoveném tímto lékařem ve smyslu ustanovení § 2 písm. f) zákona č. 95/2004 Sb.
- n) odpovídá podle zvláštního právního předpisu¹⁰⁾ za správné a úplné vyplnění tiskopisu receptu; dále odpovídá za správné a úplné vyplnění poukazu na zdravotnické prostředky nebo poukazu na vyšetření/ošetření nebo příkazu ke zdravotnímu transportu. Pokud při preskripci nebylo respektováno preskripční omezení vyplývající z právních předpisů a pojišťovna tento léčivý přípravek nebo zdravotnický prostředek zařízení lékárenské péče uhradila, má pojišťovna právo požadovat od zdravotnického zařízení úhradu zaplacené částky. Pojišťovna není oprávněna požadovat tuto úhradu, pokud byl léčivý přípravek nebo zdravotnický prostředek předepsán pro jejího pojištěnce a zdravotnické zařízení odstranilo nedostatky ve lhůtě do jednoho měsíce od předání příslušného receptu nebo poukazu pojišťovnou. Stejný postup bude vůči zdravotnickému zařízení uplatněn i v případě chybného vyplnění poukazu na vyšetření/ošetření.
- o) je oprávněno na jeden den v měsíci přerušit poskytování zdravotní péče za účelem zajištění odborného vzdělávání svých pracovníků, přičemž takové přerušení nemá vliv na výši úhrady zdravotní péče ze strany zdravotní pojišťovny,
- p) předem oznámí zdravotní pojišťovně přerušení poskytování zdravotní péče na dobu delší než tři dny a jméno zastupujícího lékaře, splňujícího podmínky zákona č. 95/2004 Sb.; zastupujícím lékařem se pro účely tohoto ustanovení rozumí i lékař poskytující zdravotní péči v jiném zdravotnickém zařízení mimo prostory zdravotnického zařízení, které zastupuje,
- q) zajistí, v případě nepřítomnosti některého z nositelů výkonů⁶⁾ na dobu delší než tři dny, zástup jiným nositelem výkonu⁶⁾, splňujícím podmínky zákona č. 95/2004 Sb., a dohodnutým způsobem tuto skutečnost oznámí zdravotní pojišťovně a pojištěncům,
- r) může poskytovat lékařskou službu první pomoci pojištěncům pojišťovny tehdy, dohodne-li se na tom se zdravotní pojišťovnou a uzavře-li dodatek ke smlouvě na poskytování této péče,

- s) může poskytovat ústavní pohotovostní službu ve smluvním zařízení zdravotní pojišťovny tehdy, dohodne-li se na tom se zdravotní pojišťovnou a uzavře-li dodatek ke smlouvě na poskytování této péče.

(3) Pojišťovna

- a) uhradí zdravotnickému zařízení provedenou hrazenou zdravotní péči, průkazně zdokumentovanou a odůvodněně poskytnutou jejím pojištěncům v souladu s právními předpisy a smlouvou,
- b) dohledá na žádost zdravotnického zařízení bez zbytečného prodlení příslušnost pojištěnce k pojišťovně v případech, kdy není dostupný průkaz pojištěnce a jsou dostupné jeho osobní údaje,
- c) nebude vyžadovat zvýhodňování svých pojištěnců na úkor pojištěnců ostatních pojišťoven,
- d) je oprávněna provádět kontrolu plnění smluvně dohodnutých věcných a technických podmínek hrazené zdravotní péče poskytované zdravotnickým zařízením podle smlouvy,
- e) poskytuje zdravotnickému zařízení k zajištění jednotných podmínek dohodnutou metodiku, pravidla, datové rozhraní a příslušné číselníky vydávané Všeobecnou zdravotní pojišťovnou k vykazování a výpočtu úhrady hrazené zdravotní péče,
- f) seznámí zdravotnické 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,
- g) je oprávněna zveřejnit rozsah nasmlouvané zdravotní péče, výši celkové úhrady poskytnuté pojišťovnou zdravotnickému zařízení z veřejného zdravotního pojištění za kalendářní rok a výši úhrady za zdravotnickým zařízením předepsaná léčiva a zdravotnické prostředky za kalendářní rok,
- h) uhradí zdravotnickému zařízení poskytnuté zdravotní výkony v rámci lékařské služby první pomoci, popřípadě ústavní pohotovostní služby podle odstavce 2 písm. r) a s) podle výsledků dohodovacího řízení, popřípadě v souladu se zvláštním právním předpisem.

Čl. 4

Úhrada poskytované hrazené zdravotní péče

- (1) Hodnoty bodu, výše úhrad a regulační omezení objemu poskytnuté hrazené zdravotní péče se sjednávají nebo ve smlouvě podle výsledků dohodovacího řízení, popřípadě v souladu se zvláštním právním předpisem.
- (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 hodnotách 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 hrazené zdravotní péče z důvodu změny kapacity popřípadě struktury zdravotnického zařízení.
- (4) Zdravotnické zařízení pro uplatnění nároků na úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče předává pojišťovně jednou měsíčně vyúčtování poskytnuté péče fakturou s přílohami. Faktura je účetním dokladem a splňuje náležitosti účetního dokladu¹¹⁾. Náležitosti přílohy jsou stanoveny v metodice nebo se v souladu s metodikou upřesní ve smlouvě. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu¹¹⁾ a příloha neobsahuje náležitosti podle dohodnuté metodiky nebo smlouvy, má pojišťovna právo ji odmítnout a vrátit bez zbytečného odkladu zdravotnickému zařízení k doplnění, případně k opravě; v takovém případě běží lhůta splatnosti až od termínu jejího opětovného převzetí pojišťovnou.
- (5) Zdravotnické 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 předává zdravotnické zařízení pojišťovně spolu s vyúčtováním v termínu a způsobem dohodnutým ve smlouvě (na magnetických nosičích dat nebo papírových dokladech nebo jiným sjednaným způsobem).
- (6) Zjistí-li pojišťovna ve vyúčtování před provedením úhrady nesprávně nebo neoprávněně vyúčtovanou péči, úhradu této části vyúčtované péče v termínu splatnosti neprovede. Pojišťovna oznámí zdravotnickému zařízení bez zbytečného odkladu rozsah, důvod a částku vyúčtované, ale neuhrazené péče. Tím pojišťovna vyzve zdravotnické zařízení k opravě nesprávně vyúčtované péče nebo k doložení poskytnutí hrazené zdravotní péče. Řádně poskytnutou a vyúčtovanou péči pojišťovna uhradí v nejbližším termínu úhrady.
- (7) 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 zdravotnickému 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.
- (8) Zjistí-li pojišťovna pochybení ve vyúčtování předaném zdravotnickým zařízením dodatečně po úhradě a zdravotnické 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 zdravotnickému zařízení o příslušnou částku, případně o smluvní pokutu dohodnutou ve smlouvě, úhradu za vyúčtování hrazené zdravotní péče předložené v následujícím zúčtovacím období.

- (9) Úhrada vyúčtované poskytnuté hrazené zdravotní péče, při dodržení podmínek dohodnutých ve smlouvě, bude provedena při předání vyúčtování pojišťovně na magnetickém mediu do 30 kalendářních dnů a při předání vyúčtování pojišťovně na papírových dokladech do 40 kalendářních dnů ode dne doručení faktury pojišťovně. Závazek k úhradě je splněn dnem odepsání z účtu zdravotní pojišťovny.
- (10) V případě poruchy výpočetního systému, znemožňující včasné provedení vyúčtování nebo úhrady hrazené zdravotní péče, poskytne pojišťovna zdravotnickému 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.

Čl. 5

Kontrola

- (1) Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona a smlouvou kontrolu využívání a poskytování hrazené zdravotní péče v jejím objemu a kvalitě, včetně dodržování cen, a to prostřednictvím svého informačního systému, revizních lékařů a dalších odborných pracovníků.
- (2) V rámci své odborné způsobilosti revizní lékaři a odborní pracovníci oprávnění ke kontrole posuzují, zda zvolený způsob hrazené 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 (revizní klinický psycholog) posuzuje i odůvodněnost ošetřujícím lékařem (klinickým psychologem) navrženého, popřípadě provedeného léčebného postupu a schvaluje, zda použitý postup pojišťovna uhradí. Rozhodnutí o použití léčebného postupu je v kompetenci ošetřujícího lékaře, včetně jím navržené farmakoterapie, nebo klinického psychologa.
- (4) Zdravotnické zařízení 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.
- (5) Revizní lékař je v rámci kontroly povinen postupovat tak, aby nenarušil provoz zdravotnického zařízení. V případě kontroly ve zdravotnickém zařízení bude na místě vypracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a se stanoviskem oprávněného zástupce zdravotnického zařízení. Tento záznam nenahrazuje zprávu podle odstavce 6.
- (6) Revizní zprávu, obsahující závěry kontroly, pojišťovna zpracuje a předá zdravotnickému zařízení do 15 kalendářních dnů po ukončení kontroly; pokud nebude možno z objektivních důvodů tuto lhůtu dodržet, oznámí pojišťovna tuto skutečnost zdravotnickému zařízení. Kontrola bude ukončena zpravidla do 30 kalendářních dnů od jejího zahájení.

- (7) Zdravotnické 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, prodlouží se příslušná lhůta na žádost smluvní strany až na dvojnásobek. Ve stanovené lhůtě pojišťovna sdělí zdravotnickému zařízení, zda potvrzuje nebo mění závěry kontroly. Podání námitek nemá z hlediska finančních nároků pojišťovny vůči zdravotnickému zařízení odkladný účinek. Tím není dotčeno právo zdravotnického zařízení uplatnit svůj nesouhlas s rozhodnutím pojišťovny v jiném řízení.
- (8) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazené zdravotní péče nebo její neodůvodněné poskytování, pojišťovna podle § 42 odst. 3 zákona takovou péči neuhradí a je oprávněna postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě. V případě, že se závěry kontroly prokáží jako neodůvodněné, vrátí pojišťovna zdravotnickému zařízení částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče. Zdravotnické zařízení je oprávněno postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě.
- (9) Revizní lékaři zdravotní pojišťovny mohou kontrolovat podle tohoto článku jen zdravotní péči a výkony vykázané zdravotnickým zařízením nejvýše 3 roky zpět.

Čl. 6

Sankční ujednání

- (1) Smluvní strany si mohou účtovat smluvní pokutu až do výše 2 % měsíční platby za porušení povinností.
- (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) zdravotnické zařízení
 1. prokazatelně neoprávněně nebo vícenásobně účtuje zdravotní péči,
 2. opakovaně porušilo povinnost ohlásit pojišťovně v souladu s § 55 zákona úrazy nebo jiná poškození zdraví pojištěnce způsobená jednáním právnické nebo fyzické osoby,
 - c) pojišťovna prokazatelně neodůvodněně sníží nebo odmítne úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče.
- (3) Uplatněním sankce není dotčeno právo smluvních stran na vrácení úhrady za neoprávněně nebo nesprávně vyúčtovanou a uhrazenou hrazenou zdravotní péči.

- (4) V případě prodlení s úhradou podle odstavce 2 písm. c) nad 65 kalendářních dní ode dne doručení faktury pojišťovně, uhradí zdravotní pojišťovna zdravotnickému zařízení smluvní pokutu ve výši 10 % dlužné částky.
- (5) Uplatněním smluvní pokuty není dotčeno právo zdravotnického zařízení na uplatnění úroků z prodlení podle obecně závazných právních předpisů ani na náhradu případně vzniklé škody.

Doba účinnosti, způsob a důvody ukončení smlouvy

Čl. 7

- (1) U zdravotnických zařízení, kde je počet nositelů výkonů roven nebo nižší než 10, se smlouva uzavírá na dobu neurčitou jako trvalý smluvní vztah, který lze ukončit pouze z důvodů uvedených v čl. 8.
- (2) U zdravotnických zařízení, kde je počet nositelů výkonů vyšší než 10, je délka smluvního vztahu závislá na dohodě zdravotnického zařízení s příslušnou zdravotní pojišťovnou.

Čl. 8

Smlouvu lze ukončit vždy k 1. lednu následujícího roku

- a) písemnou dohodou smluvních stran,
- b) výpovědí ze strany zdravotní pojišťovny s výpovědní lhůtou nejméně 6 měsíců pokud zdravotnické zařízení
1. opakovaně porušuje ustanovení této rámcové smlouvy,
 2. přes písemné upozornění a bez předchozí dohody se zdravotní pojišťovnou opakovaně neposkytuje zdravotní péči ve sjednaném rozsahu a kvalitě,
 3. bez předchozí dohody se zdravotní pojišťovnou opakovaně účtuje zdravotní péči poskytnutou nad rámec sjednaného druhu, odbornosti a rozsahu činnosti,
 4. přes písemné upozornění opakovaně omezuje pro pojištěnce zdravotní pojišťovny ordinační dobu sjednanou ve smlouvě,
 5. přes písemné upozornění opakovaně poskytuje zdravotní péči v rozporu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy nebo v rozporu s profesními povinnostmi zdravotnických pracovníků,
 6. prokazatelně opakovaně neoprávněně účtuje zdravotní péči a způsobí tím zdravotní pojišťovně finanční škodu,
 7. přes písemné upozornění neposkytne nezbytnou součinnost k výkonu kontrolní činnosti prováděné zdravotní pojišťovnou v souladu s touto rámcovou smlouvou a zákonem,

8. prokazatelně neposkytuje pojištěncům zdravotní péči kvalitně a při poskytování zdravotní péče nedodržuje správný postup, popřípadě opakovaně odmítne poskytnutí zdravotní péče z jiných, než právními předpisy stanovených důvodů.
- c) výpovědí ze strany zdravotnického zařízení s výpovědní lhůtou nejméně 6 měsíců pokud
1. zdravotní pojišťovna opakovaně porušuje ustanovení této rámcové smlouvy,
 2. zdravotní pojišťovna přes písemné upozornění opakovaně nedodrží lhůty splatnosti dohodnuté ve smlouvě,
 3. zdravotní pojišťovna poskytne třetí straně údaje o zdravotnickém zařízení nad rámec právních předpisů nebo smlouvy,
 4. zdravotní pojišťovna překračuje rozsah kontrolní činnosti stanovený touto rámcovou smlouvou nebo zákonem,
 5. zdravotní pojišťovna přes písemné upozornění neoprávněně neuhradí zdravotnickému zařízení poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
 6. se pokračování smluvního vztahu se zdravotní pojišťovnou stane pro zdravotnické zařízení ekonomicky nevýhodným.

Čl. 9

Vzájemné sdělování údajů a předávání dokladů nutných ke kontrole plnění smlouvy

(1) Smluvní strany

- a) používají v souladu s metodikou pro jednoznačnou identifikaci zdravotnického zařízení identifikační číslo zařízení,
- 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 poskytované hrazené zdravotní péče, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve smlouvě.

(2) Zdravotnické 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 předpisy¹²⁾,
- 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
 1. ke zrušení pracoviště nebo jeho části bez náhrady, nebo jeho uzavření na dobu delší než 30 kalendářních dnů,
 2. k odchodu zaměstnance jmenovitě uvedeného ve smlouvě,
 3. k výpadku přístroje nezbytného pro provádění výkonu bez náhrady na dobu delší než 30 kalendářních dnů.

- (3) Pojišťovna může poskytnout zdravotnickému zařízení v zobecněné formě informace potřebné k ekonomizaci jeho činnosti nebo k jeho vědecké a výzkumné činnosti a ke kontrole kvality poskytované hrazené zdravotní péče, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve smlouvě.

Čl. 10

Řešení sporů

- (1) Smluvní strany budou řešit případné spory týkající se plnění smlouvy především vzájemným jednáním zástupců smluvních stran, a to zpravidla do 14 kalendářních dnů od výzvy jedné ze smluvních stran. Pokud mezi nimi nedojde k dohodě, mohou sporné otázky projednat ve smířčím jednání. Tím není dotčeno právo smluvních stran uplatnit svůj nárok na řešení sporu u soudu nebo v rozhodčím řízení podle zvláštního právního předpisu¹³⁾.
- (2) Smířčí jednání navrhuje jedna ze smluvních stran. Návrh musí obsahovat přesné a dostatečně podrobné vymezení sporu. Smířčího jednání se účastní zmocněný zástupce zdravotnického zařízení a statutární zástupce pojišťovny nebo jím zmocněný vedoucí pracovník oprávněný samostatně jménem pojišťovny v dané věci jednat a rozhodovat. Zdravotnické zařízení je oprávněno přizvat ke smířčímu jednání profesní komoru zřízenou zákonem nebo občanské sdružení uvedené v § 17 odst. 2 zákona a právního zástupce. Místo a čas smířčího jednání navrhuje účastník, který k němu dal podnět. K projednání sporu si dále 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.

Čl. 11

Smluvní strany jsou povinny uvést do souladu obsah smluv uzavřených podle vyhlášky č. 457/2000 Sb. s obsahem této rámcové smlouvy nejpozději do 30. 6. 2006.

Rámcová smlouva

pro

zdravotnická zařízení poskytující ambulantní péči

zubních lékařů

a zdravotní pojišťovny

Část první

Obecná ustanovení

Čl. 1

Smluvní vztahy

- (1) **Rámcová smlouva stanoví podmínky, za nichž se uzavírají smlouvy mezi zdravotnickými zařízeními a pojišťovnami za účelem zajištění věcného plnění při poskytování a úhradě hrazené zdravotní péče.**
- (2) **Právní vztahy upravené ve smlouvě uzavírané mezi jednotlivými pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními ambulantní stomatologické péče se nesmí odchýlit od ustanovení rámcové smlouvy podle této vyhlášky, pokud to rámcová smlouva sama neumožňuje. K zajištění vytváření jednotných podmínek při shodném, či srovnatelném plnění, v souladu se zvláštním právním předpisem⁴⁾, se na vypracování textu smlouvy podílejí zástupci pojišťoven a zástupci poskytovatelů zdravotní péče, zmocnění k zastupování v této věci.**

Část druhá

Smlouvy

Čl. 2

Uzavírání smluv

- (1) **Závazkové vztahy mezi pojišťovnou a zdravotnickým zařízením se řídí písemnou smlouvou uzavřenou podle této rámcové smlouvy, právních předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotní péče, obchodního nebo občanského zákoníku a dalších právních předpisů.**

(2) Základními podmínkami pro uzavření smlouvy jsou

- a) oprávnění zdravotnického zařízení k poskytování zdravotní péče v příslušném oboru,
- b) akceptace dohodnutého postupu pro pořizování, předávání a vyhodnocování dokladů v souladu s metodikou pro pořizování a předávání dokladů a pravidly pro vyhodnocování dokladů a jednotného datového rozhraní vytvářenými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou v součinnosti se zástupci pojišťoven a zástupci poskytovatelů zdravotní péče, schválenými Ministerstvem zdravotnictví a zveřejněnými ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví. Metodika a pravidla účinná ke dni nabytí účinnosti této vyhlášky, pozbývají platnosti dnem 31. 12. 2006.

(3) Smlouva obsahuje

- a) práva a povinnosti smluvních stran,
 - b) podmínky kvality a účelnosti poskytování zdravotní péče, zejména druh, odbornost a rozsah poskytované zdravotní péče specifikovaný seznamem výkonů podle druhů péče, kterou je zdravotnické zařízení oprávněno poskytovat a povinnost zdravotnického zařízení písemně informovat o věcném a technickém vybavení a personálním zajištění v rozsahu dohodnutém ve smlouvě,
 - c) způsob stanovení výše úhrad hrazené zdravotní péče,
 - d) způsob provádění úhrady poskytované zdravotní péče,
 - e) podmínky nezbytné ke kontrole plnění smlouvy, včetně správnosti účtovaných částek,
 - f) rozsah a způsob vzájemného sdělování údajů nutných ke kontrole plnění smlouvy,
 - g) ustanovení o dohodnuté metodice, pravidlech a datovém rozhraní platných v době uzavření smlouvy,
 - h) způsob seznámení zdravotnického zařízení se změnami metodiky, pravidel a datového rozhraní, včetně způsobu předávání těchto změn,
 - i) ustanovení o řešení rozporů ve smírčím jednání, popřípadě ustanovení o použití rozhodčího řízení při neúspěchu smírčího jednání,
 - j) dobu účinnosti smlouvy, způsob a důvody jejího ukončení.
- (4) Smlouva může obsahovat i další ujednání nezbytná pro její plnění a kontrolu, pokud jsou v souladu s touto rámcovou smlouvou a právními předpisy.

Čl. 3

Práva a povinnosti smluvních stran

(1) Smluvní strany

- a) dodržují při vykazování a úhradě hrazené zdravotní péče dohodnutou metodiku, pravidla a datové rozhraní,

- b) zavází své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců a zájmů zdravotnického zařízení i pojišťovny, k zachování povinné mlčenlivosti o osobních údajích⁵⁾ 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,
- c) dodržují přímo použitelné předpisy Evropských společenství.

(2) Zdravotnické zařízení

- a) poskytuje hrazenou zdravotní péči v souladu s právními předpisy v odbornostech dohodnutých a vymezených ve smlouvě, pro které je věcně a technicky vybaveno a personálně zajištěno, v rozsahu alespoň 35 ordinálních hodin rozdělených do 5 pracovních dnů týdně, se započítáním doby uvedené v písmenu o). Rozsah 35 hodin týdně odpovídá poměrnému kapacitnímu číslu 1, přičemž souhrnné poměrné kapacitní číslo jednoho smluvního nositele výkonu⁶⁾ může činit nejvýše 1,4. Souhrnné poměrné kapacitní číslo na jedno zdravotnické zřízení může činit nejméně 0,25.
- b) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci⁷⁾, kteří budou pojištěncům poskytovat ve smlouvě sjednanou hrazenou zdravotní péči, splňují požadavky způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání stanovené právními předpisy pro poskytování této zdravotní péče⁸⁾,
- c) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytovanou zdravotní péči podle zvláštního právního předpisu⁹⁾,
- d) poskytuje hrazenou 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,
- e) odpovídá za účelnost indikace při odesílání pojištěnce ke komplementárním a konziliárním vyšetřením a na základě jejich výsledků upravuje diagnózu nebo léčebný postup,
- f) povede pro posouzení oprávněnosti vyúčtované zdravotní péče v průkazné formě dokumentaci o léčení pojištěnců, ve které budou zaznamenávány provedené zdravotní výkony, vyžádaná zdravotní péče, předepisované léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a uchovány v ní i doručené výsledky vyžádaných a provedených vyšetření a ošetření,
- g) poskytne v souladu s právními předpisy ostatním smluvním 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 a při převzetí pojištěnce do péče bude takové informace od těchto zařízení vyžadovat,
- h) neodmítne přijetí pojištěnce do své péče s výjimkou důvodů uvedených v § 11 odst. 1 písm. b) zákona,
- i) nepodmíní právo pojištěnce na svobodnou volbu lékaře, zdravotnického zařízení nebo na poskytnutí hrazené 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,
- 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 pacientů hradícím péči jinak,
- l) oznámí pojišťovně, v souladu s § 55 zákona úrazy nebo jiná poškození zdraví osob, kterým poskytlo hrazenou zdravotní péči, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby,
- m) zajistí, že lékaři kteří nejsou oprávněni k samostatnému výkonu povolání lékaře, budou toto povolání vykonávat pouze pod odborným dohledem lékaře, který je k samostatnému výkonu povolání lékaře oprávněn, a to jen v rozsahu stanoveném tímto lékařem podle § 2 písm. f) zákona č. 95/2004 Sb.
- n) je vždy povinno nabídnout pojištěnci ošetření hrazené ze zdravotního pojištění a informovat pojištěnce o dalších možnostech ošetření a jejich úhrady,
- o) odpovídá podle zvláštního právního předpisu¹⁰⁾ za správné a úplné vyplnění tiskopisu receptu. Pokud při preskripci nebylo respektováno preskripční omezení vyplývající z právních předpisů a pojišťovna tento léčivý přípravek zařízení lékárenské péče uhradila, má pojišťovna právo požadovat úhradu zaplacené částky od zdravotnického zařízení, které léčivý přípravek předepsalo. Pojišťovna není oprávněna požadovat tuto úhradu, pokud byl léčivý přípravek předepsán pro jejího pojištěnce a zdravotnické zařízení odstranilo nedostatky ve lhůtě do jednoho měsíce od předání příslušného receptu pojišťovnou,
- p) je oprávněno na jeden den v měsíci přerušit poskytování zdravotní péče za účelem zajištění odborného vzdělávání svých pracovníků, přičemž takové přerušení nemá vliv na výši úhrady zdravotní péče ze strany zdravotní pojišťovny,
- q) předem oznámí zdravotní pojišťovně přerušení poskytování zdravotní péče na dobu delší než tři dny a jméno zastupujícího lékaře, splňujícího podmínky zákona č. 95/2004 Sb.; zastupujícím lékařem se pro účely tohoto ustanovení rozumí i lékař poskytující zdravotní péči v jiném zdravotnickém zařízení mimo prostory zdravotnického zařízení, které zastupuje,
- r) zajistí, v případě nepřítomnosti některého z nositelů výkonů⁶⁾ na dobu delší než tři dny, zástup jiným nositelem výkonu⁶⁾, splňujícím podmínky zákona č. 95/2004 Sb., a dohodnutým způsobem tuto skutečnost oznámí zdravotní pojišťovně a pojištěncům,
- s) může poskytovat lékařskou službu první pomoci pojištěncům pojišťovny tehdy, dohodne-li se na tom se zdravotní pojišťovnou a uzavře-li dodatek ke smlouvě na poskytování této péče,
- t) může poskytovat ústavní pohotovostní službu ve smluvním zařízení zdravotní pojišťovny tehdy, dohodne-li se na tom se zdravotní pojišťovnou a uzavře-li dodatek ke smlouvě na poskytování této péče.

(3) Pojišťovna

- a) uhradí zdravotnickému zařízení provedenou hrazenou zdravotní péči, průkazně zdokumentovanou a odůvodněně poskytnutou jejím pojištěncům v souladu s právními

předpisy a smlouvou,

- b) dohledá na žádost zdravotnického zařízení bez zbytečného prodlení příslušnost pojištěnce k pojišťovně v případech, kdy není dostupný průkaz pojištěnce a jsou dostupné jeho osobní údaje,
- c) nebude vyžadovat zvýhodňování svých pojištěnců na úkor pojištěnců ostatních pojišťoven,
- d) je oprávněna provádět kontrolu plnění smluvně dohodnutých věcných a technických podmínek hrazené zdravotní péče poskytované zdravotnickým zařízením podle smlouvy,
- e) poskytuje zdravotnickému zařízení k zajištění jednotných podmínek dohodnutou metodiku, pravidla, datové rozhraní a příslušné číselníky vydávané Všeobecnou zdravotní pojišťovnou k vykazování a výpočtu úhrady hrazené zdravotní péče,
- f) seznámí zdravotnické 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,
- g) je oprávněna zveřejnit rozsah nasmlouvané zdravotní péče, výši celkové úhrady poskytnuté pojišťovnou zdravotnickému zařízení z veřejného zdravotního pojištění za kalendářní rok a výši úhrady za zdravotnickým zařízením předepsaná léčiva a zdravotnické prostředky za kalendářní rok,
- h) uhradí zdravotnickému zařízení poskytnuté zdravotní výkony v rámci lékařské služby první pomoci, popřípadě ústavní pohotovostní služby podle odstavce 2 písm. s) a t) podle výsledků dohodovacího řízení, popřípadě v souladu se zvláštním právním předpisem.

Čl. 4

Úhrada poskytované hrazené zdravotní péče

- (1) Hodnoty bodu, výše úhrad a regulační omezení objemu poskytnuté hrazené zdravotní péče se sjednávají ve smlouvě podle výsledků dohodovacího řízení, popřípadě v souladu se zvláštním právním předpisem.
- (2) Za způsoby úhrady se považují zejména
 - a) úhrada za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami,
 - b) paušální úhrada za poskytnutou zdravotní péči,
 - c) jiné způsoby úhrady dohodnuté v dohodovacím řízení o hodnotách 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 hrazené zdravotní péče z důvodu změny kapacity popřípadě struktury zdravotnického zařízení s výjimkou snížení v případech zřetele hodných.
- (4) Zdravotnické zařízení pro uplatnění nároků na úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče předává pojišťovně jednou měsíčně vyúčtování poskytnuté péče fakturou s přílohami. Faktura je účetním dokladem a splňuje náležitosti účetního dokladu¹¹⁾. Náležitosti přílohy jsou

obsaženy v metodice nebo se v souladu s metodikou upřesní ve smlouvě. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu¹¹⁾ a příloha neobsahuje náležitosti podle dohodnuté metodiky nebo smlouvy, má pojišťovna právo ji odmítnout a vrátit bez zbytečného odkladu zdravotnickému zařízení k doplnění, případně k opravě; v takovém případě běží lhůta splatnosti až od termínu jejího opětovného převzetí pojišťovnou.

- (5) Zdravotnické zařízení odpovídá za úplnost, formální i věcnou správnost dokladů a za jejich předávání způsobem stanoveným v metodice a datovém rozhraní. Individuální doklady za hrazenou zdravotní péči poskytnutou pojištěncům předává zdravotnické zařízení pojišťovně spolu s vyúčtováním v termínu a způsobem dohodnutým ve smlouvě (na magnetických nosičích dat nebo papírových dokladech nebo jiným sjednaným způsobem).
- (6) Zjistí-li pojišťovna ve vyúčtování před provedením úhrady nesprávně nebo neoprávněně vyúčtovanou péči, úhradu této části vyúčtované péče v termínu splatnosti neprovede. Pojišťovna oznámí zdravotnickému zařízení bez zbytečného odkladu rozsah, důvod a částku vyúčtované, ale neuhrazené péče.
- (7) 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 zdravotnickému 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.
- (8) Zjistí-li pojišťovna pochybení ve vyúčtování předaném zdravotnickým zařízením dodatečně po úhradě a zdravotnické 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 zdravotnickému zařízení o příslušnou částku, případně o smluvní pokutu dohodnutou ve smlouvě, úhradu za vyúčtování hrazené zdravotní péče předložené v následujícím zúčtovacím období.
- (9) Úhrada vyúčtované poskytnuté hrazené zdravotní péče, při dodržení podmínek dohodnutých ve smlouvě, bude provedena při předání vyúčtování pojišťovně na magnetickém mediu do 30 kalendářních dnů a při předání vyúčtování pojišťovně na papírových dokladech do 40 kalendářních dnů ode dne doručení faktury pojišťovně. Závazek k úhradě je splněn dnem odepsání z účtu zdravotní pojišťovny.
- (10) V případě poruchy výpočetního systému, znemožňující včasné provedení vyúčtování nebo úhrady hrazené zdravotní péče, poskytne pojišťovna zdravotnickému 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.

Čl. 5

Kontrola

- (1) Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona a se smlouvou kontrolu využívání a poskytování hrazené zdravotní péče v jejím objemu a kvalitě, včetně dodržování cen účtovaných pojišťovně, a to prostřednictvím svého informačního systému, revizních lékařů a dalších odborných pracovníků.
- (2) V rámci své odborné způsobilosti revizní lékaři a odborní pracovníci oprávnění ke kontrole posuzují, zda zvolený způsob hrazené 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 provedeného léčebného postupu a schvaluje, zda použitý postup pojišťovna uhradí. Rozhodnutí o použití léčebného postupu, včetně farmakoterapie, je v kompetenci ošetřujícího lékaře.
- (4) Zdravotnické zařízení 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 a nahlížení do zdravotnické dokumentace pojištěnců.
- (5) Revizní lékař je v rámci kontroly povinen postupovat tak, aby nenarušil provoz zdravotnického zařízení. V případě kontroly ve zdravotnickém zařízení bude na místě vypracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a se stanoviskem oprávněného zástupce zdravotnického zařízení. Tento záznam nenahrazuje zprávu podle odstavce 6 tohoto článku.
- (6) Revizní zprávu, obsahující závěry kontroly, pojišťovna zpracuje a předá zdravotnickému zařízení do 15 kalendářních dnů po ukončení kontroly; pokud nebude možno z objektivních důvodů tuto lhůtu dodržet, oznámí pojišťovna tuto skutečnost zdravotnickému zařízení. Kontrola bude ukončena zpravidla do 30 kalendářních dnů od jejího zahájení.
- (7) Zdravotnické 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, prodlouží se příslušná lhůta na žádost smluvní strany až na dvojnásobek. Ve stanovené lhůtě pojišťovna sdělí zdravotnickému zařízení, zda potvrzuje nebo mění závěry kontroly. Tím není dotčeno právo zdravotnického zařízení uplatnit svůj nesouhlas s rozhodnutím pojišťovny v jiném řízení.
- (8) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazené zdravotní péče nebo její neodůvodněné poskytování, pojišťovna podle § 42 odst. 3 zákona takovou péči neuhradí a je oprávněna postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě. V případě, že se závěry kontroly prokáží jako neodůvodněné, uhradí pojišťovna zdravotnickému zařízení částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče. Zdravotnické zařízení je oprávněno postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě.
- (9) Revizní lékaři zdravotní pojišťovny mohou kontrolovat podle tohoto článku jen zdravotní péči a výkony vykázané zdravotnickým zařízením nejvýše 3 roky zpět.

Čl. 6

Sankční ujednání

- (1) Smluvní strany si mohou účtovat smluvní pokutu až do výše 2 % měsíční platby 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) zdravotnické zařízení
 1. prokazatelně neoprávněně nebo vícenásobně účtuje zdravotní péči,
 2. opakovaně porušilo povinnost ohlásit pojišťovně v souladu s § 55 zákona úrazy nebo jiná poškození zdraví pojištěnce způsobená jednáním právnické nebo fyzické osoby,
 - c) pojišťovna prokazatelně neodůvodněně sníží nebo odmítne úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče.
- (3) Uplatněním sankce není dotčeno právo smluvních stran na vrácení úhrady za neoprávněně nebo nesprávně vyúčtovanou a uhrazenou hrazenou zdravotní péči.
- (4) V případě prodlení s úhradou podle odstavce 2 písm. c) nad 65 kalendářních dní ode dne doručení faktury pojišťovně, uhradí zdravotní pojišťovna zdravotnickému zařízení smluvní pokutu ve výši 10 % dlužné částky.
- (5) Uplatněním smluvní pokuty není dotčeno právo zdravotnického zařízení na uplatnění úroků z prodlení podle obecně závazných právních předpisů ani na náhradu případně vzniklé škody.

Doba účinnosti, způsob a důvody ukončení smlouvy

Čl. 7

- (1) U zdravotnických zařízení, kde je počet nositelů výkonů roven nebo nižší než 10, se smlouva uzavírá na dobu neurčitou jako trvalý smluvní vztah, který lze ukončit pouze z důvodů uvedených v čl. 8.
- (2) U zdravotnických zařízení, kde je počet nositelů výkonů vyšší než 10, je délka smluvního vztahu závislá na dohodě zdravotnického zařízení s příslušnou zdravotní pojišťovnou.

Čl. 8

Smlouvu lze ukončit vždy k 1. lednu následujícího roku

- a) písemnou dohodou smluvních stran,
- b) výpovědí ze strany zdravotní pojišťovny s výpovědní lhůtou nejméně 6 měsíců pokud zdravotnické zařízení
 1. opakovaně porušuje ustanovení této rámcové smlouvy,
 2. zařízení přes písemné upozornění a bez předchozí dohody se zdravotní pojišťovnou opakovaně neposkytuje zdravotní péči ve sjednaném rozsahu a kvalitě,
 3. bez předchozí dohody se zdravotní pojišťovnou opakovaně účtuje zdravotní péči poskytnutou nad rámec sjednaného druhu, odbornosti a rozsahu činnosti,
 4. přes písemné upozornění opakovaně omezuje pro pojištěnce zdravotní pojišťovny ordinační dobu sjednanou ve smlouvě,
 5. přes písemné upozornění opakovaně poskytuje zdravotní péči v rozporu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy nebo v rozporu s profesními povinnostmi zdravotnických pracovníků,
 6. prokazatelně opakovaně neoprávněně účtuje zdravotní péči a způsobí tím zdravotní pojišťovně finanční škodu,
 7. přes písemné upozornění neposkytne nezbytnou součinnost k výkonu kontrolní činnosti prováděné zdravotní pojišťovnou v souladu s touto rámcovou smlouvou a zákonem,
 8. prokazatelně neposkytuje pojištěncům zdravotní péči kvalitně a při poskytování zdravotní péče nedodržuje správný postup, popřípadě opakovaně odmítne poskytnutí zdravotní péče z jiných, než právními předpisy stanovených důvodů.
- c) výpovědí ze strany zdravotnického zařízení s výpovědní lhůtou nejméně 6 měsíců pokud
 1. zdravotní pojišťovna opakovaně porušuje ustanovení této rámcové smlouvy,
 2. zdravotní pojišťovna přes písemné upozornění opakovaně nedodrží lhůty splatnosti dohodnuté ve smlouvě,
 3. zdravotní pojišťovna poskytne třetí straně údaje o zdravotnickém zařízení nad rámec právních předpisů nebo smlouvy,
 4. zdravotní pojišťovna překračuje rozsah kontrolní činnosti stanovený touto rámcovou smlouvou nebo zákonem,
 5. zdravotní pojišťovna přes písemné upozornění neoprávněně neuhradí zdravotnickému zařízení poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
 6. se pokračování smluvního vztahu se zdravotní pojišťovnou stane pro zdravotnické zařízení ekonomicky nevýhodným.

Čl. 9

Vzájemné sdělování údajů a předávání dokladů nutných ke kontrole plnění smlouvy

(1) Smluvní strany

- a) používají v souladu s metodikou pro jednoznačnou identifikaci zdravotnického zařízení identifikační číslo zařízení,

- 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 poskytované hrazené zdravotní péče, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve smlouvě.

(2) Zdravotnické 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 předpisy¹²⁾,
- 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
 - 1. ke zrušení pracoviště nebo jeho části bez náhrady, nebo jeho uzavření na dobu delší než 30 kalendářních dnů,
 - 2. k odchodu zaměstnance jmenovitě uvedeného ve smlouvě,
 - 3. k výpadku přístroje nezbytného pro provádění výkonu bez náhrady na dobu delší než 30 kalendářních dnů.

- (3) Pojišťovna může poskytnout zdravotnickému zařízení v zobecněné formě informace potřebné k ekonomizaci jeho činnosti nebo k jeho vědecké a výzkumné činnosti a ke kontrole kvality poskytované hrazené zdravotní péče, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve smlouvě.

Čl. 10

Řešení sporů

- (1) Smluvní strany budou řešit případné spory týkající se plnění smlouvy především vzájemným jednáním zástupců smluvních stran, a to zpravidla do 14 kalendářních dnů od výzvy jedné ze smluvních stran. Pokud mezi nimi nedojde k dohodě, mohou sporné otázky projednat ve smířčím jednání. Tím není dotčeno právo smluvních stran uplatnit svůj nárok na řešení sporu u soudu nebo v rozhodčím řízení podle zvláštního právního předpisu¹³⁾.
- (2) Smířčí jednání navrhuje jedna ze smluvních stran. Návrh musí obsahovat přesné a dostatečně podrobné vymezení sporu. Smířčího jednání se účastní zmocněný zástupce zdravotnického zařízení a statutární zástupce pojišťovny nebo jím zmocněný vedoucí pracovník oprávněný samostatně jménem pojišťovny v dané věci jednat a rozhodovat. Zdravotnické zařízení je oprávněno přizvat ke smířčímu jednání profesní komoru zřízenou zákonem nebo občanské sdružení uvedené v § 17 odst. 2 zákona a právního zástupce. Místo a čas smířčího jednání navrhuje účastník, který k němu dal podnět. K projednání sporu si dále 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.

Čl. 11

Smluvní strany jsou povinny uvést do souladu obsah smluv uzavřených podle vyhlášky č. 457/2000 Sb. s obsahem této rámcové smlouvy nejpozději do 30. 6. 2006.

Rámcová smlouva

pro

zdravotnická zařízení poskytující zdravotní péči

**v nemocnicích, odborných léčebných ústavech, odborných dětských léčebnách
a ozdravovnách a léčebnách dlouhodobě nemocných**

(dále jen "zdravotnické zařízení")

a zdravotní pojišťovny

Část první

Obecná ustanovení

Čl. 1

Smluvní vztahy

- (1) Rámcová smlouva stanoví podmínky, za nichž se uzavírají smlouvy mezi zdravotnickými zařízeními a pojišťovnami za účelem zajištění věcného plnění při poskytování a úhradě hrazené zdravotní péče.
- (2) Právní vztahy upravené ve smlouvě uzavírané mezi jednotlivými pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními ústavní péče se nesmí odchýlit od ustanovení rámcové smlouvy podle této vyhlášky, pokud to rámcová smlouva sama neumožňuje. K zajištění vytváření jednotných podmínek při shodném, či srovnatelném plnění, v souladu se zvláštním právním předpisem⁴⁾, se na vypracování textu smlouvy podílejí zástupci pojišťoven a zástupci poskytovatelů zdravotní péče, zmocnění k zastupování v této věci.

Část druhá

Smlouvy

Čl. 2

Uzavírání smluv

- (1) Závazkové vztahy mezi pojišťovnou a zdravotnickým zařízením se řídí písemnou smlouvou uzavřenou podle této rámcové smlouvy, právních předpisů upravujících veřejné

zdravotní pojištění a poskytování zdravotní péče, obchodního nebo občanského zákoníku a dalších právních předpisů.

(2) Základními podmínkami pro uzavření smlouvy jsou

- a) oprávnění zdravotnického zařízení k poskytování zdravotní péče v příslušném oboru,
- b) akceptace dohodnutého postupu pro pořizování, předávání a vyhodnocování dokladů v souladu s metodikou a pravidly a jednotného datového rozhraní vytvářenými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou v součinnosti se zástupci pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče, schválenými Ministerstvem zdravotnictví a zveřejněnými ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví. Metodika a pravidla účinná ke dni nabytí účinnosti této vyhlášky, pozbývají platnosti dnem 31. 12. 2006.

(3) Smlouva obsahuje

- a) práva a povinnosti smluvních stran,
- b) podmínky kvality a účelnosti poskytování zdravotní péče, zejména druh, obor a rozsah poskytované zdravotní péče specifikovaný seznamem výkonů s bodovými hodnotami podle druhů péče, kterou je zdravotnické zařízení oprávněno poskytovat,
- c) nezbytné informace zdravotnického zařízení o věcném a technickém vybavení a personálním zajištění,
- d) spádové území,
- e) způsob stanovení výše úhrad hrazené zdravotní péče,
- f) způsob provádění úhrady poskytované zdravotní péče, včetně stanovení náležitostí vyúčtování,
- g) podmínky nezbytné ke kontrole plnění smlouvy, včetně správnosti účtovaných částek,
- h) rozsah a způsob vzájemného sdělování údajů nutných ke kontrole plnění smlouvy,
- i) ustanovení o dohodnuté metodice, pravidlech a datovém rozhraní platných v době uzavření smlouvy,
- j) způsob seznámení zdravotnického zařízení se změnami metodiky, pravidel a datového rozhraní, včetně způsobu předávání těchto změn,
- k) ustanovení o řešení rozporů ve smírčím jednání, popřípadě ustanovení o použití rozhodčího řízení při neúspěchu smírčího jednání,
- l) dobu účinnosti smlouvy, způsob a důvody jejího ukončení.

(4) Smlouva může obsahovat i další ujednání nezbytná pro její plnění a kontrolu, pokud jsou v souladu s touto rámcovou smlouvou a právními předpisy.

Čl. 3

Práva a povinnosti smluvních stran

(1) Smluvní strany

- a) dodržují při vykazování a úhradě hrazené zdravotní péče dohodnutou metodiku, pravidla a datové rozhraní,
- b) zaváží své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců a zájmů zdravotnického zařízení i pojišťovny, k zachování povinné mlčenlivosti o osobních údajích⁵⁾ 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,
- c) dodržují přímo použitelné předpisy Evropských společenství.

(2) Zdravotnické zařízení

- a) poskytuje hrazenou zdravotní péči v souladu s právními předpisy v odbornostech a rozsahu dohodnutých a vymezených ve smlouvě, pro které je věcně a technicky vybaveno a personálně zajištěno,
- b) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci⁷⁾ nebo smluvní partneři, kteří budou pojištěncům poskytovat ve smlouvě sjednanou hrazenou zdravotní péči, splňují požadavky odborné způsobilosti stanovené právními předpisy pro poskytování této zdravotní péče⁸⁾,
- c) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytovanou zdravotní péči podle zvláštního právního předpisu⁹⁾,
- d) přijme pojištěnce k hospitalizaci jen vyžaduje-li to jeho zdravotní stav, zpravidla na doporučení ošetřujícího lékaře,
- e) poskytuje hrazenou 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,
- f) povede pro posouzení oprávněnosti vyúčtované zdravotní péče v průkazné formě dokumentaci o léčení pojištěnců, ve které budou zaznamenávány provedené zdravotní výkony, vyžádaná zdravotní péče, předepisované léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a uchovány v ní i doručené výsledky vyžádaných a provedených vyšetření a ošetření;
- g) poskytne v souladu s právními předpisy ostatním 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 a při převzetí pojištěnce do péče bude takové informace od příslušných zařízení vyžadovat,
- h) neodmítne přijetí pojištěnce do své péče s výjimkou důvodů uvedených v § 11 odst. 1 písm. b) zákona ,
- i) nepodmíní právo pojištěnce na svobodnou volbu lékaře, zdravotnického zařízení nebo na poskytnutí hrazené 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,

- 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 úrazy nebo jiná poškození zdraví osob, kterým poskytlo hrazenou zdravotní péči, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby; pokud je oprávněno k uznávání nemocí z povolání zašle ve smyslu § 45 odst. 5 zákona pojišťovně kopie hlášení nemocí z povolání,
- m) zajistí, že lékaři, kteří nejsou oprávněni k samostatnému výkonu povolání lékaře, budou toto povolání vykonávat pouze pod odborným dohledem lékaře, který je k samostatnému výkonu povolání lékaře oprávněn, a to jen v rozsahu stanoveném tímto lékařem ve smyslu ustanovení § 2 písm. f) zákona č. 95/2004 Sb.
- n) odpovídá podle zvláštního právního předpisu¹⁰⁾ za správné a úplné vyplnění tiskopisu receptu; dále odpovídá za správné a úplné vyplnění poukazu na zdravotnické prostředky nebo poukazu na vyšetření/ošetření nebo příkazu ke zdravotnímu transportu. Pokud při preskripci nebylo respektováno preskripční omezení vyplývající z právních předpisů a pojišťovna tento léčivý přípravek nebo zdravotnický prostředek zařízení lékárenské péče uhradila, má pojišťovna právo požadovat od zdravotnického zařízení úhradu zaplacené částky. Pojišťovna není oprávněna požadovat tuto úhradu, pokud byl léčivý přípravek nebo zdravotnický prostředek předepsán pro jejího pojištěnce a zdravotnické zařízení odstranilo nedostatky ve lhůtě do jednoho měsíce od předání příslušného receptu nebo poukazu pojišťovnou. Stejný postup bude vůči zdravotnickému zařízení uplatněn i v případě chybného vyplnění poukazu na vyšetření/ošetření.

(3) Pojišťovna

- a) uhradí zdravotnickému zařízení provedenou hrazenou zdravotní péči, průkazně zdokumentovanou a odůvodněně poskytnutou jejím pojištěncům v souladu s právními předpisy a smlouvou,
- b) dohlédá na žádost zdravotnického zařízení bez zbytečného prodlení příslušnost pojištěnce k pojišťovně v případech, kdy není dostupný průkaz pojištěnce a jsou dostupné jeho osobní údaje,
- c) nebude vyžadovat zvýhodňování svých pojištěnců na úkor pojištěnců ostatních pojišťoven,
- d) je oprávněna provádět kontrolu plnění smluvně dohodnutých věcných a technických podmínek hrazené zdravotní péče poskytované zdravotnickým zařízením podle smlouvy,
- e) poskytuje zdravotnickému zařízení k zajištění jednotných podmínek dohodnutou metodiku, pravidla, datové rozhraní a příslušné číselníky vydávané Všeobecnou

zdravotní pojišťovnou k vykazování a výpočtu úhrady hrazené zdravotní péče,

- f) seznámí zdravotnické 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.
- g) je oprávněna zveřejnit rozsah nasmlouvané zdravotní péče, výši celkové úhrady poskytnuté pojišťovnou zdravotnickému zařízení z veřejného zdravotního pojištění za kalendářní rok a výši úhrady za zdravotnickým zařízením předepsaná léčiva a zdravotnické prostředky za kalendářní rok.

Čl. 4

Úhrada poskytované hrazené zdravotní péče

- (1) Hodnoty bodu, výše úhrad a regulační omezení objemu poskytnuté hrazené zdravotní péče se sjednávají ve smlouvě podle výsledků dohodovacího řízení, popřípadě v souladu se zvláštním právním předpisem. V dětských ozdravovnách se úhrada poskytované hrazené péče sjednává ve smlouvě v souladu s platným cenovým Výměrem Ministerstva financí pro příslušné období.
- (2) Za způsoby úhrady se považují zejména
 - a) úhrada za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami,
 - b) paušální úhrada za poskytnutou zdravotní péči,
 - c) úhrada za registrované pojištěnce (kombinovaná kapitačně výkonová platba),
 - d) platba za diagnózu,
 - e) paušální úhrada za poskytnutou péči v dětských ozdravovnách, v souladu s příslušným Výměrem Ministerstva financí, zveřejněným v Cenovém věstníku Ministerstva financí.
- (3) Mezi smluvními stranami musí být vždy předem dohodnuto zvýšení nebo snížení objemu poskytované hrazené zdravotní péče z důvodu změny kapacity popřípadě struktury zdravotnického zařízení, pokud se smluvní strany nedohodnou jinak.
- (4) Zdravotnické zařízení pro uplatnění nároků na úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče předává pojišťovně jednou měsíčně vyúčtování poskytnuté péče fakturou s přílohami. Faktura je účetním dokladem a splňuje náležitosti účetního dokladu¹¹⁾. Náležitosti přílohy jsou obsaženy v metodice nebo se v souladu s metodikou upřesní ve smlouvě. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu¹¹⁾ a příloha neobsahuje náležitosti podle dohodnuté metodiky nebo smlouvy, má pojišťovna právo ji odmítnout a vrátit bez zbytečného odkladu zdravotnickému zařízení k doplnění, případně k opravě; v takovém případě běží lhůta splatnosti až od termínu jejího opětovného převzetí pojišťovnou.
- (5) Zdravotnické 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 předává zdravotnické zařízení pojišťovně spolu s vyúčtováním v termínu a způsobem dohodnutým ve smlouvě (na magnetických

nosičích dat nebo papírových dokladech nebo jiným sjednaným způsobem).

- (6) Zjistí-li pojišťovna ve vyúčtování před provedením úhrady nesprávně nebo neoprávněně vyúčtovanou péči, úhradu této části vyúčtované péče v termínu splatnosti neprovede. Pojišťovna oznámí zdravotnickému zařízení bez zbytečného odkladu rozsah, důvod a částku vyúčtované, ale neuhrazené péče. Tím pojišťovna vyzve zdravotnické zařízení k opravě nesprávně vyúčtované péče nebo k doložení poskytnutí hrazené zdravotní péče. Řádně poskytnutou a vyúčtovanou péči pojišťovna uhradí v nejbližším termínu úhrady.
- (7) 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 zdravotnickému 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.
- (8) Úhrada vyúčtované poskytnuté hrazené zdravotní péče, při dodržení podmínek dohodnutých ve smlouvě, bude provedena při předání vyúčtování pojišťovně na magnetickém mediu do 30 kalendářních dnů a při předání vyúčtování pojišťovně na papírových dokladech do 40 kalendářních dnů ode dne doručení faktury pojišťovně. Závazek k úhradě je splněn dnem odepsání z účtu zdravotní pojišťovny.
- (9) V případě poruchy výpočetního systému, znemožňující včasné provedení vyúčtování nebo úhrady hrazené zdravotní péče, poskytne pojišťovna zdravotnickému 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.

Čl. 5

Kontrola

- (1) Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona a smlouvou kontrolu využívání a poskytování hrazené zdravotní péče v jejím objemu a kvalitě, včetně dodržování cen, a to prostřednictvím svého informačního systému, revizních lékařů a dalších odborných pracovníků
- (2) V rámci své odborné způsobilosti revizní lékaři a odborní pracovníci oprávnění ke kontrole posuzují, zda zvolený způsob hrazené 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, popřípadě provedeného léčebného postupu a schvaluje, zda použitý postup pojišťovna uhradí. Rozhodnutí o použití léčebného postupu, včetně farmakoterapie, je v kompetenci ošetřujícího lékaře.
- (4) Zdravotnické zařízení 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 a nahlížení do zdravotnické dokumentace pojištěnců.

- (5) Revizní lékař je v rámci kontroly povinen postupovat tak, aby nenarušil provoz zdravotnického zařízení. V případě kontroly ve zdravotnickém zařízení bude na místě vypracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a se stanoviskem oprávněného zástupce zdravotnického zařízení. Tento záznam nenahrazuje zprávu podle odstavce 6 tohoto článku.
- (6) Revizní zprávu, obsahující závěry kontroly, pojišťovna zpracuje a předá zdravotnickému zařízení do 15 kalendářních dnů po ukončení kontroly; pokud nebude možno z objektivních důvodů tuto lhůtu dodržet, oznámí pojišťovna tuto skutečnost zdravotnickému zařízení. Kontrola bude ukončena zpravidla do 30 kalendářních dnů od jejího zahájení.
- (7) Zdravotnické 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, prodlouží se příslušná lhůta na žádost smluvní strany až na dvojnásobek. Ve stanovené lhůtě pojišťovna sdělí zdravotnickému zařízení, zda potvrzuje nebo mění závěry kontroly. Tím není dotčeno právo zdravotnického zařízení uplatnit svůj nesouhlas s rozhodnutím pojišťovny v jiném řízení.
- (8) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazené zdravotní péče nebo její neodůvodněné poskytování, pojišťovna podle § 42 odst. 3 zákona takovou péči neuhradí a je oprávněna postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě. V případě, že se závěry kontroly prokáží jako neodůvodněné, uhradí pojišťovna zdravotnickému zařízení částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče. Zdravotnické zařízení je oprávněno postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě.
- (9) Revizní lékaři zdravotní pojišťovny mohou kontrolovat podle tohoto článku jen zdravotní péči a výkony vykázané zdravotnickým zařízením nejvýše 3 roky zpět.

Čl. 6

Sankční ujednání

- (1) Smluvní strany si mohou účtovat smluvní pokutu až do výše 2 % měsíční platby 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 nebo prostředků zdravotnického zařízení,
3. neposkytne informace sjednané ve smlouvě,

b) zdravotnické zařízení

1. prokazatelně neoprávněně nebo vícenásobně účtuje zdravotní péči,
2. opakovaně porušilo povinnost ohlásit pojišťovně v souladu s § 55 zákona úrazy nebo jiná poškození zdraví pojištěnce způsobená jednáním právnické nebo fyzické osoby,

c) pojišťovna prokazatelně neodůvodněně sníží nebo odmítne úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče,

- (3) Uplatněním sankce není dotčeno právo smluvních stran na vrácení úhrady za neoprávněně nebo nesprávně vyúčtovanou a uhrazenou hrazenou zdravotní péči.
- (4) V případě prodlení s úhradou podle odstavce 2 písm. c) nad 65 kalendářních dní ode dne doručení faktury pojišťovně, uhradí zdravotní pojišťovna zdravotnickému zařízení smluvní pokutu ve výši 5 % dlužné částky.
- (5) Uplatněním smluvní pokuty není dotčeno právo zdravotnického zařízení na uplatnění úroků z prodlení podle obecně závazných právních předpisů ani na náhradu případně vzniklé škody.

Doba účinnosti, způsob a důvody ukončení smlouvy

Čl. 7

Smlouva se uzavírá na dobu nejdéle 48 měsíců.

Čl. 8

Smlouvu lze ukončit vždy k 1. lednu následujícího roku

- a) písemnou dohodou smluvních stran,
- b) výpovědí ze strany zdravotní pojišťovny s výpovědní lhůtou nejméně 6 měsíců pokud zdravotnické zařízení
 1. opakovaně porušuje ustanovení této rámcové smlouvy,
 2. přes písemné upozornění a bez předchozí dohody se zdravotní pojišťovnou opakovaně neposkytuje zdravotní péči ve sjednaném rozsahu a kvalitě,
 3. bez předchozí dohody se zdravotní pojišťovnou opakovaně účtuje zdravotní péči poskytnutou nad rámec sjednaného druhu, odbornosti a rozsahu činnosti,
 4. přes písemné upozornění opakovaně omezuje pro pojištěnce zdravotní pojišťovny ordinační dobu sjednanou ve smlouvě,
 5. přes písemné upozornění opakovaně poskytuje zdravotní péči v rozporu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy nebo v rozporu s profesními povinnostmi zdravotnických pracovníků,

6. prokazatelně opakovaně neoprávněně účtuje zdravotní péči a způsobí tím zdravotní pojišťovně finanční škodu,
 7. přes písemné upozornění neposkytne nezbytnou součinnost k výkonu kontrolní činnosti prováděné zdravotní pojišťovnou v souladu s touto rámcovou smlouvou a zákonem,
 8. prokazatelně neposkytuje pojištěncům zdravotní péči kvalitně a při poskytování zdravotní péče nedodržuje správný postup, popřípadě opakovaně odmítne poskytnutí zdravotní péče z jiných, než právními předpisy stanovených důvodů.
- c) výpovědí ze strany zdravotnického zařízení s výpovědní lhůtou nejméně 6 měsíců pokud
1. zdravotní pojišťovna opakovaně porušuje ustanovení této rámcové smlouvy,
 2. zdravotní pojišťovna přes písemné upozornění opakovaně nedodrží lhůty splatnosti dohodnuté ve smlouvě,
 3. zdravotní pojišťovna poskytne třetí straně údaje o zdravotnickém zařízení nad rámec právních předpisů nebo smlouvy,
 4. jestliže zdravotní pojišťovna překračuje rozsah kontrolní činnosti stanovený touto rámcovou smlouvou nebo zákonem,
 5. zdravotní pojišťovna přes písemné upozornění neoprávněně neuhradí zdravotnickému zařízení poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
 6. se pokračování smluvního vztahu se zdravotní pojišťovnou stane pro zdravotnické zařízení ekonomicky nevýhodným.

Čl. 9

Vzájemné sdělování údajů a předávání dokladů nutných ke kontrole plnění smlouvy

(1) Smluvní strany

- a) používají v souladu s metodikou pro jednoznačnou identifikaci zdravotnického zařízení identifikační číslo zařízení,
- 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 poskytované hrazené zdravotní péče, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve smlouvě.

(2) Zdravotnické 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 předpisy¹²⁾,
- 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:
 1. ke zrušení pracoviště nebo jeho části bez náhrady, nebo jeho uzavření na dobu delší než 30 kalendářních dnů,

2. ke zrušení nepřetržitého provozu, nebo jeho výpadek na dobu delší než 30 kalendářních dnů,
 3. ke změně ve funkcích jmenovitě uvedených ve smlouvě,
 4. k ukončení činnosti osoby jmenovitě uvedené ve smlouvě,
 5. k výpadku přístroje nezbytného pro provádění výkonu bez náhrady na dobu delší než 30 kalendářních dnů,
 6. ke změně rozsahu poskytované hrazené zdravotní péče, znamenající změnu kategorie lůžkového zdravotnického zařízení stanovenou zvláštním právním předpisem³⁾, a tím změnu výše úhrady režijních nákladů ošetrovacího dne,
 7. ke změně počtu zdravotnických pracovníků, stanoveného zvláštním právním předpisem³⁾.
- (3) Pojišťovna může poskytnout zdravotnickému zařízení v zobecněné formě informace potřebné k ekonomizaci jeho činnosti nebo k jeho vědecké a výzkumné činnosti a ke kontrole kvality poskytované hrazené zdravotní péče, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve smlouvě.

Čl. 10

Řešení sporů

- (1) Smluvní strany budou řešit případné spory týkající se plnění smlouvy především vzájemným jednáním zástupců smluvních stran, a to zpravidla do 14 kalendářních dnů od výzvy jedné ze smluvních stran. Pokud mezi nimi nedojde k dohodě, mohou sporné otázky projednat ve smířčím jednání. Tím není dotčeno právo smluvních stran uplatnit svůj nárok na řešení sporu u soudu nebo v rozhodčím řízení podle zvláštního právního předpisu¹³⁾.
- (2) Smířčí jednání navrhuje jedna ze smluvních stran. Návrh musí obsahovat přesné a dostatečně podrobné vymezení sporu. Smířčího jednání se účastní zmocněný zástupce zdravotnického zařízení a statutární zástupce pojišťovny nebo jím zmocněný vedoucí pracovník oprávněný samostatně jménem pojišťovny v dané věci jednat a rozhodovat. Zdravotnické zařízení je oprávněno přizvat ke smířčímu jednání profesní komoru zřízenou zákonem nebo občanské sdružení uvedené v § 17 odst. 2. a právního zástupce. Místo a čas smířčího jednání navrhuje účastník, který k němu dal podnět. K projednání sporu si dále 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.

Čl. 11

Smluvní strany jsou povinny uvést do souladu obsah smluv uzavřených podle vyhlášky č. 457/2000 Sb. s obsahem této rámcové smlouvy nejpozději do 30. 6. 2006.

Rámcová smlouva

pro

ambulantní zdravotnická zařízení poskytující

diagnostickou péči

(odbornosti 222, 801 - 805, 807, 812-823, 809

a zdravotní pojišťovny

Část první

Obecná ustanovení

Čl. 1

Smluvní vztahy

- (1) **Rámcová smlouva stanoví podmínky, za nichž se uzavírají smlouvy mezi zdravotnickými zařízeními a pojišťovnami za účelem zajištění věcného plnění při poskytování a úhradě hrazené zdravotní péče.**
- (2) **Právní vztahy upravené ve smlouvě uzavírané mezi jednotlivými pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními komplementu se nesmí odchýlit od ustanovení rámcové smlouvy podle této vyhlášky, pokud to rámcová smlouva sama neumožňuje. K zajištění vytváření jednotných podmínek při shodném, či srovnatelném plnění, v souladu se zvláštním právním předpisem⁴⁾, se na vypracování textu smlouvy podílejí zástupci pojišťoven a zástupci poskytovatelů zdravotní péče, zmocnění k zastupování v této věci.**

Část druhá

Smlouvy

Čl. 2

Uzavírání smluv

- (1) **Závazkové vztahy mezi pojišťovnou a zdravotnickým zařízením se řídí písemnou smlouvou uzavřenou podle této rámcové smlouvy, právních předpisů upravujících veřejné zdravotní**

pojištění a poskytování zdravotní péče, obchodního nebo občanského zákoníku a dalších právních předpisů.

(2) Základními podmínkami pro uzavření smlouvy jsou

- a) oprávnění zdravotnického zařízení k poskytování zdravotní péče v příslušném oboru,
- b) akceptace dohodnutého postupu pro pořizování, předávání a vyhodnocování dokladů v souladu s metodikou a pravidly a jednotného datového rozhraní vytvářenými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou v součinnosti se zástupci pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče, schválenými Ministerstvem zdravotnictví a zveřejněnými ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví. Metodika a pravidla účinná ke dni nabytí účinnosti této vyhlášky, pozbývají platnosti dnem 31. 12. 2006.

(3) Smlouva obsahuje

- a) práva a povinnosti smluvních stran,
- b) podmínky kvality a účelnosti poskytování zdravotní péče, zejména druh, obor a rozsah poskytované zdravotní péče specifikovaný seznamem výkonů s bodovými hodnotami podle druhů péče, kterou je zdravotnické zařízení oprávněno poskytovat, včetně věcného a technického vybavení a personálního zajištění,
- c) způsob stanovení výše úhrad hrazené zdravotní péče,
- d) způsob provádění úhrady poskytované zdravotní péče,
- e) podmínky nezbytné ke kontrole plnění smlouvy, včetně správnosti účtovaných částek,
- f) rozsah a způsob vzájemného sdělování údajů nutných ke kontrole plnění smlouvy,
- g) ustanovení o dohodnuté metodice, pravidlech a datovém rozhraní platných v době uzavření smlouvy,
- h) způsob seznámení zdravotnického zařízení se změnami metodiky, pravidel a datového rozhraní, včetně způsobu předávání těchto změn,
- i) ustanovení o řešení rozporů ve smírčím jednání, popřípadě ustanovení o použití rozhodčího řízení při neúspěchu smírčího jednání,
- j) dobu účinnosti smlouvy, způsob a důvody jejího ukončení.

(4) Smlouva může obsahovat i další ujednání nezbytná pro její plnění a kontrolu, pokud jsou v souladu s touto rámcovou smlouvou a právními předpisy.

Čl. 3

Práva a povinnosti smluvních stran

(1) Smluvní strany

- a) dodržují při vykazování a úhradě hrazené zdravotní péče dohodnutou metodiku, pravidla a datové rozhraní,

- b) zavází své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců a zájmů zdravotnického zařízení i pojišťovny, k zachování povinné mlčenlivosti o osobních údajích⁵⁾ 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,
- c) dodržují přímo použitelné předpisy Evropských společenství.

(2) Zdravotnické zařízení

- a) poskytuje hrazenou zdravotní péči v souladu s právními předpisy v odbornostech dohodnutých a vymezených ve smlouvě, pro které je věcně a technicky vybaveno a personálně zajištěno,
- b) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci⁷⁾, kteří budou pojištěncům poskytovat ve smlouvě sjednanou hrazenou zdravotní péči, splňují požadavky odborné způsobilosti stanovené právními předpisy pro poskytování této péče⁸⁾,
- c) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytovanou zdravotní péči podle zvláštního právního předpisu⁹⁾,
- d) odpovídá za to, že zdravotničtí pracovníci jiní než lékaři poskytují hrazenou zdravotní péči na základě ordinace ošetřujícího lékaře,
- e) povede pro posouzení oprávněnosti vyúčtované zdravotní péče v průkazné formě dokumentaci o vyžádané zdravotní péči, ve které budou zaznamenávány provedené zdravotní výkony, a uchovány v ní i doručené žádosti o vyšetření a ošetření,
- f) 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,
- g) neodmítne přijetí pojištěnce do své péče s výjimkou důvodů uvedených v § 11 odst. 1 písm. b) zákona ,
- h) nepodmíní právo pojištěnce na svobodnou volbu lékaře, zdravotnického zařízení nebo na poskytnutí hrazené 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) nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí hrazené zdravotní péče změnou pojišťovny nebo jiným způsobem,
- j) 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,
- k) oznámí pojišťovně, v souladu s § 55 zákona úrazy nebo jiná poškození zdraví osob, kterým poskytlo hrazenou zdravotní péči, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby.

(3) Pojišťovna

- a) uhradí zdravotnickému zařízení provedenou hrazenou zdravotní péči, průkazně zdokumentovanou a odůvodněně poskytnutou jejím pojištěncům v souladu s právními předpisy a smlouvou,
- b) dohlédá na žádost zdravotnického zařízení bez zbytečného prodlení příslušnost pojištěnce k pojišťovně v případech, kdy není dostupný průkaz pojištěnce a jsou dostupné jeho osobní údaje,
- c) nebude vyžadovat zvýhodňování svých pojištěnců na úkor pojištěnců ostatních pojišťoven,
- d) je oprávněna provádět kontrolu plnění smluvně dohodnutých věcných a technických podmínek hrazené zdravotní péče poskytované zdravotnickým zařízením podle smlouvy,
- e) poskytuje zdravotnickému zařízení k zajištění jednotných podmínek dohodnutou metodiku, pravidla, datové rozhraní a příslušné číselníky vydávané Všeobecnou zdravotní pojišťovnou k vykazování a výpočtu úhrady hrazené zdravotní péče,
- f) seznámí zdravotnické 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.
- g) je oprávněna zveřejnit rozsah nasmlouvané zdravotní péče, výši celkové úhrady poskytnuté pojišťovnou zdravotnickému zařízení z veřejného zdravotního pojištění za kalendářní rok a výši úhrady za zdravotnickým zařízením předepsaná léčiva a zdravotnické prostředky za kalendářní rok,

Čl. 4

Úhrada poskytované hrazené zdravotní péče

- (1) Hodnoty bodu, výše úhrad a regulační omezení objemu hrazené zdravotní péče se sjednávají ve smlouvě podle výsledků dohodovacího řízení, popřípadě v souladu se zvláštním právním předpisem.
- (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 hodnotách 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 hrazené zdravotní péče z důvodu změny technické kapacity a personálního zajištění popřípadě struktury zdravotnického zařízení.

- (4) Zdravotnické zařízení pro uplatnění nároků na úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče předává pojišťovně jednou měsíčně vyúčtování poskytnuté péče fakturou s přílohami. Faktura je účetním dokladem a splňuje náležitosti účetního dokladu¹¹⁾. Náležitosti přílohy jsou stanoveny v metodice nebo se v souladu s metodikou upřesní ve smlouvě. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu¹¹⁾ a příloha neobsahuje náležitosti podle dohodnuté metodiky nebo smlouvy, má pojišťovna právo ji odmítnout a vrátit bez zbytečného odkladu zdravotnickému zařízení k doplnění, případně k opravě; v takovém případě běží lhůta splatnosti až od termínu jejího opětovného převzetí pojišťovnou.
- (5) Zdravotnické 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 předává zdravotnické zařízení pojišťovně spolu s vyúčtováním v termínu a způsobem dohodnutým ve smlouvě (na magnetických nosičích dat nebo papírových dokladech nebo jiným sjednaným způsobem).
- (6) Zjistí-li pojišťovna ve vyúčtování před provedením úhrady nesprávně nebo neoprávněně vyúčtovanou péči, úhradu této části vyúčtované péče v termínu splatnosti neprovede. Pojišťovna oznámí zdravotnickému zařízení bez zbytečného odkladu rozsah, důvod a částku vyúčtované, ale neuhrazené péče. Tím pojišťovna vyzve zdravotnické zařízení k opravě nesprávně vyúčtované péče nebo k doložení poskytnutí hrazené zdravotní péče. Řádně poskytnutou a vyúčtovanou péči pojišťovna uhradí v nejbližším termínu úhrady.
- (7) 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 zdravotnickému 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.
- (8) Zjistí-li pojišťovna pochybení ve vyúčtování předaném zdravotnickým zařízením dodatečně, tj. po úhradě a zdravotnické 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 zdravotnickému zařízení o příslušnou částku, případně o smluvní pokutu dohodnutou ve smlouvě, úhradu za vyúčtování hrazené zdravotní péče předložené v následujícím zúčtovacím období.
- (9) Úhrada vyúčtované poskytnuté hrazené zdravotní péče, při dodržení podmínek dohodnutých ve smlouvě, bude provedena při předání vyúčtování pojišťovně na magnetickém mediu do 30 kalendářních dnů a při předání vyúčtování pojišťovně na papírových dokladech do 40 kalendářních dnů ode dne doručení faktury pojišťovně. Závazek k úhradě je splněn dnem odepsání z účtu zdravotní pojišťovny.
- (10) V případě poruchy výpočetního systému, znemožňující včasné provedení vyúčtování nebo úhrady hrazené zdravotní péče, poskytne pojišťovna zdravotnickému 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.

Čl. 5

Kontrola

- (1) Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona a smlouvou kontrolu využívání a poskytování hrazené zdravotní péče v jejím objemu a kvalitě, včetně dodržování cen, a to prostřednictvím svého informačního systému, revizních lékařů a dalších odborných pracovníků.
- (2) V rámci své odborné způsobilosti revizní lékaři a odborní pracovníci oprávnění ke kontrole posuzují, zda zvolený způsob hrazené 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, popřípadě provedeného léčebného postupu a schvaluje, zda použitý postup pojišťovna uhradí. Rozhodnutí o použití léčebného nebo diagnostického postupu, včetně farmakoterapie, je v kompetenci ošetřujícího nebo diagnostikujícího lékaře.
- (4) Zdravotnické zařízení 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 a nahlížení do zdravotnické dokumentace pojištěnců.
- (5) Revizní lékař je v rámci kontroly povinen postupovat tak, aby nenarušil provoz zdravotnického zařízení. V případě kontroly ve zdravotnickém zařízení bude na místě vypracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a se stanoviskem oprávněného zástupce zdravotnického zařízení. Tento záznam nenahrazuje zprávu podle odstavce 6 tohoto článku.
- (6) Revizní zprávu, obsahující závěry kontroly, pojišťovna zpracuje a předá zdravotnickému zařízení do 15 kalendářních dnů po ukončení kontroly; pokud nebude možno z objektivních důvodů tuto lhůtu dodržet, oznámí pojišťovna tuto skutečnost zdravotnickému zařízení. Kontrola bude ukončena zpravidla do 30 kalendářních dnů od jejího zahájení.
- (7) Zdravotnické 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, prodlouží se příslušná lhůta na žádost smluvní strany až na dvojnásobek. Ve stanovené lhůtě pojišťovna sdělí zdravotnickému zařízení, zda potvrzuje nebo mění závěry kontroly. Podání námitek nemá z hlediska finančních nároků pojišťovny vůči zdravotnickému zařízení odkladný účinek. Tím není dotčeno právo zdravotnického zařízení uplatnit svůj nesouhlas s rozhodnutím pojišťovny v jiném řízení.
- (8) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazené zdravotní péče nebo její neodůvodněné poskytování, pojišťovna podle § 42 odst. 3 zákona 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 zdravotnickému zařízení laboratorní a radiodiagnostické péče. V případě, že se závěry kontroly prokáží jako neodůvodněné, uhradí pojišťovna zdravotnickému zařízení částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče. Zdravotnické zařízení je oprávněno postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě.

- (9) Revizní lékaři zdravotní pojišťovny mohou kontrolovat podle tohoto článku jen zdravotní péči a výkony vykázané zdravotnickým zařízením nejvýše 3 roky zpět.

Čl. 6

Sankční ujednání

- (1) Smluvní strany si mohou účtovat smluvní pokutu až do výše 2 % měsíční platby 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) zdravotnické zařízení
 1. prokazatelně neoprávněně nebo vícenásobně účtuje zdravotní péči,
 2. opakovaně porušilo povinnost ohlásit pojišťovně v souladu s § 55 zákona úrazy nebo jiná poškození zdraví pojištěnce způsobená jednáním právnické nebo fyzické osoby,
 - c) pojišťovna prokazatelně neodůvodněně sníží nebo odmítne úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče,
- (3) Uplatněním sankce není dotčeno právo smluvních stran na vrácení úhrady za neoprávněně nebo nesprávně vyúčtovanou a uhrazenou hrazenou zdravotní péči.
- (4) V případě prodlení s úhradou podle odstavce 2 písm. c) nad 65 kalendářních dní ode dne doručení faktury pojišťovně, uhradí zdravotní pojišťovna zdravotnickému zařízení smluvní pokutu ve výši 10 % dlužné částky.
- (5) Uplatněním smluvní pokuty není dotčeno právo zdravotnického zařízení na uplatnění úroků z prodlení podle obecně závazných právních předpisů ani na náhradu případně vzniklé škody.

Doba účinnosti, způsob a důvody ukončení smlouvy**Čl. 7**

Smlouva se uzavírá na dobu nejdéle 48 měsíců.

Čl. 8

Smlouvu lze ukončit vždy k 1. lednu následujícího roku

- a) písemnou dohodou smluvních stran,
- b) výpovědí ze strany zdravotní pojišťovny s výpovědní lhůtou nejméně 6 měsíců pokud zdravotnické zařízení
 1. opakovaně porušuje ustanovení této rámcové smlouvy,
 2. přes písemné upozornění a bez předchozí dohody se zdravotní pojišťovnou opakovaně neposkytuje zdravotní péči ve sjednaném rozsahu a kvalitě,
 3. bez předchozí dohody se zdravotní pojišťovnou opakovaně účtuje zdravotní péči poskytnutou nad rámec sjednaného druhu, odbornosti a rozsahu činnosti,
 4. přes písemné upozornění opakovaně omezuje pro pojištěnce zdravotní pojišťovny ordinační dobu sjednanou ve smlouvě,
 5. přes písemné upozornění opakovaně poskytuje zdravotní péči v rozporu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy nebo v rozporu s profesními povinnostmi zdravotnických pracovníků,
 6. prokazatelně opakovaně neoprávněně účtuje zdravotní péči a způsobí tím zdravotní pojišťovně finanční škodu,
 7. přes písemné upozornění neposkytne nezbytnou součinnost k výkonu kontrolní činnosti prováděné zdravotní pojišťovnou v souladu s touto rámcovou smlouvou a zákonem,
 8. prokazatelně neposkytuje pojištěncům zdravotní péči kvalitně a při poskytování zdravotní péče nedodržuje správný postup, popřípadě opakovaně odmítne poskytnutí zdravotní péče z jiných, než právními předpisy stanovených důvodů.
- c) výpovědí ze strany zdravotnického zařízení s výpovědní lhůtou nejméně 6 měsíců pokud
 1. zdravotní pojišťovna opakovaně porušuje ustanovení této rámcové smlouvy,
 2. zdravotní pojišťovna přes písemné upozornění opakovaně nedodrží lhůty splatnosti dohodnuté ve smlouvě,
 3. zdravotní pojišťovna poskytne třetí straně údaje o zdravotnickém zařízení nad rámec právních předpisů nebo smlouvy,
 4. zdravotní pojišťovna překračuje rozsah kontrolní činnosti stanovený touto rámcovou smlouvou nebo zákonem,
 5. zdravotní pojišťovna přes písemné upozornění neoprávněně neuhradí zdravotnickému zařízení poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
 6. se pokračování smluvního vztahu se zdravotní pojišťovnou stane pro zdravotnické zařízení ekonomicky nevýhodným.

Čl. 9

Vzájemné sdělování údajů a předávání dokladů nutných ke kontrole plnění smlouvy

(1) Smluvní strany

- a) používají v souladu s metodikou pro jednoznačnou identifikaci zdravotnického zařízení identifikační číslo zařízení,
- 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 poskytované hrazené zdravotní péče, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve smlouvě.

(2) Zdravotnické 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 předpisy¹²⁾; u laboratoří osvědčení o účasti v externí kontrole kvality, vydané orgánem oprávněným k jeho vystavení,
- 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
 - 1. ke zrušení pracoviště nebo jeho části bez náhrady, nebo jeho uzavření na dobu delší než 30 kalendářních dnů,
 - 2. k odchodu zaměstnance jmenovitě uvedeného ve smlouvě,
 - 3. k výpadku přístroje nezbytného pro provádění výkonu bez náhrady na dobu delší než 30 kalendářních dnů,
 - 4. ke zrušení nepřetržitého provozu, nebo jeho výpadku na dobu delší než 30 kalendářních dnů.

- (3) Pojišťovna může poskytnout zdravotnickému zařízení v zobecněné formě informace potřebné k ekonomizaci jeho činnosti nebo k jeho vědecké a výzkumné činnosti a ke kontrole kvality poskytované hrazené zdravotní péče, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve smlouvě.

Čl. 10

Řešení sporů

- (1) Smluvní strany budou řešit případné spory týkající se plnění smlouvy především vzájemným jednáním zástupců smluvních stran, a to zpravidla do 14 kalendářních dnů od výzvy jedné ze smluvních stran. Pokud mezi nimi nedojde k dohodě, mohou sporné otázky projednat ve smířčím jednání. Tím není dotčeno právo smluvních stran uplatnit svůj nárok na řešení sporu u soudu nebo v rozhodčím řízení podle zvláštního právního předpisu¹³⁾.
- (2) Smířčí jednání navrhuje jedna ze smluvních stran. Návrh musí obsahovat přesné a dostatečně podrobné vymezení sporu. Smířčího jednání se účastní zmocněný zástupce zdravotnického zařízení a statutární zástupce pojišťovny nebo jím zmocněný vedoucí pracovník oprávněný samostatně jménem pojišťovny v dané věci jednat a rozhodovat. Zdravotnické zařízení je oprávněno přizvat ke smířčímu jednání profesní komoru zřízenou zákonem nebo občanské

sdružení uvedené v § 17 odst. 2 zákona a právního zástupce. Místo a čas smírčího jednání navrhuje účastník, který k němu dal podnět. K projednání sporu si dále 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.

Čl. 11

Smluvní strany jsou povinny uvést do souladu obsah smluv uzavřených podle vyhlášky č. 457/2000 Sb. s obsahem této rámcové smlouvy nejpozději do 30. 6. 2006.

Rámcová smlouva

pro

zdravotnická zařízení poskytující

domácí zdravotní péči, fyzioterapii (odbornost 902 a 918), ergoterapii a klinickou logopedii

a zdravotní pojišťovny

Část první

Obecná ustanovení

Čl. 1

Smluvní vztahy

- (1) **Rámcová smlouva stanoví podmínky, za nichž se uzavírají smlouvy mezi zdravotnickými zařízeními a pojišťovnami za účelem zajištění věcného plnění při poskytování a úhradě hrazené zdravotní péče.**
- (2) **Právní vztahy upravené ve smlouvě uzavírané mezi jednotlivými pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními domácí zdravotní péče, fyzioterapie, ergoterapie a klinické logopedie se nesmí odchýlit od ustanovení rámcové smlouvy podle této vyhlášky, pokud to rámcová smlouva sama neumožňuje. K zajištění vytváření jednotných podmínek při shodném, či srovnatelném plnění, v souladu se zvláštním právním předpisem⁴⁾, se na vypracování textu smlouvy podílejí zástupci pojišťoven a zástupci poskytovatelů zdravotní péče, zmocnění k zastupování v této věci.**

Část druhá

Smlouvy

Čl. 2

Uzavírání smluv

- (1) Závazkové vztahy mezi pojišťovnou a zdravotnickým zařízením se řídí písemnou smlouvou uzavřenou podle této rámcové smlouvy, právních předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotní péče, obchodního nebo občanského zákoníku a dalších právních předpisů.
- (2) Základními podmínkami pro uzavření smlouvy jsou
 - a) oprávnění zdravotnického zařízení k poskytování zdravotní péče v příslušném oboru,
 - b) akceptace dohodnutého postupu pro pořizování, předávání a vyhodnocování dokladů v souladu s metodikou a pravidly a jednotného datového rozhraní vytvářenými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou v součinnosti se zástupci pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče, schválenými Ministerstvem zdravotnictví a zveřejněnými ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví. Metodika a pravidla účinná ke dni nabytí účinnosti této vyhlášky, pozbývají platnosti dnem 31. 12. 2006.
- (3) Smlouva obsahuje
 - a) práva a povinnosti smluvních stran,
 - b) podmínky kvality a účelnosti poskytování zdravotní péče, zejména druh, obor a rozsah poskytované zdravotní péče specifikovaný seznamem výkonů s bodovými hodnotami podle druhů péče, kterou je zdravotnické zařízení oprávněno poskytovat, včetně věcného a technického vybavení a personálního zajištění,
 - c) způsob stanovení výše úhrad hrazené zdravotní péče,
 - d) způsob provádění úhrady poskytované zdravotní péče,
 - e) podmínky nezbytné ke kontrole plnění smlouvy, včetně správnosti účtovaných částek,
 - f) rozsah a způsob vzájemného sdělování údajů nutných ke kontrole plnění smlouvy,
 - g) ustanovení o dohodnuté metodice, pravidlech a datovém rozhraní platných v době uzavření smlouvy,
 - h) způsob seznámení zdravotnického zařízení se změnami metodiky, pravidel a datového rozhraní, včetně způsobu předávání těchto změn,
 - i) ustanovení o řešení rozporů ve smírčím jednání, popřípadě ustanovení o použití rozhodčího řízení při neúspěchu smírčího jednání,
 - j) dobu účinnosti smlouvy, způsob a důvody jejího ukončení.
- (4) Smlouva může obsahovat i další ujednání nezbytná pro její plnění a kontrolu, pokud jsou v souladu s touto rámcovou smlouvou a právními předpisy.

Čl. 3

Práva a povinnosti smluvních stran

- (1) Smluvní strany
 - a) dodržují při vykazování a úhradě hrazené zdravotní péče dohodnutou metodiku, pravidla

a datové rozhraní,

- b) zaváže své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců a zájmů zdravotnického zařízení i pojišťovny, k zachování povinné mlčenlivosti o osobních údajích⁵⁾ 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,
- c) dodržují přímo použitelné předpisy Evropských společenství.

(2) Zdravotnické zařízení

- a) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci⁷⁾, kteří budou pojištěncům poskytovat ve smlouvě sjednanou hrazenou zdravotní péči, splňují požadavky odborné způsobilosti stanovené právními předpisy pro poskytování této zdravotní péče⁸⁾,
- b) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytovanou zdravotní péči podle zvláštního právního předpisu⁹⁾,
- c) odpovídá za to, že zdravotničtí pracovníci jiní než lékaři poskytují hrazenou zdravotní péči na základě ordinace ošetřujícího lékaře a jiní odborní pracovníci ve zdravotnictví do získání způsobilosti k výkonu práce ve zdravotnictví pod odborným vedením osoby se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání v příslušném oboru⁸⁾,
- d) povede pro posouzení oprávněnosti vyúčtované zdravotní péče v průkazné formě dokumentaci o léčení pojištěnců, ve které budou zaznamenávány provedené zdravotní výkony a uchovány v ní doručené výsledky vyžádaných a provedených vyšetření a ošetření,
- e) 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 a při převzetí pojištěnce do péče bude takové informace od příslušných zařízení vyžadovat,
- f) neodmítne přijetí pojištěnce do své péče s výjimkou důvodů uvedených v § 11 odst. 1 písm. b) zákona,
- g) nepodmíní právo pojištěnce na svobodnou volbu lékaře, zdravotnického zařízení nebo na poskytnutí hrazené 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,
- h) nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí hrazené zdravotní péče změnou pojišťovny nebo jiným způsobem,
- i) 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,
- j) oznámí pojišťovně, v souladu s § 55 zákona úrazy nebo jiná poškození zdraví osob, kterým poskytlo hrazenou zdravotní péči, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby,

- k) zajistí, že logopedi - absolventi magisterského studia na vysokých školách, zařazení do specializační průpravy v úseku činnosti klinická logopedie, budou pracovat pouze pod vedením klinického logopeda.
- (3) Zdravotnické zařízení poskytující fyzioterapii (odbornost 902 a 918³⁾), ergoterapii a klinickou logopedii poskytuje hrazenou zdravotní péči v souladu s právními předpisy v odbornostech dohodnutých a vymezených ve smlouvě, pro které je věcně a technicky vybaveno a personálně zajištěno, v rozsahu alespoň 35 ordinačních hodin rozdělených do 5 pracovních dnů týdně. Rozsah 35 hodin týdně odpovídá poměrnému kapacitnímu číslu 1, přičemž souhrnné poměrné kapacitní číslo jednoho smluvního nositele výkonu⁶⁾ může činit nejvýše 1,4. Souhrnné poměrné kapacitní číslo na jedno zdravotnické zřízení může činit nejméně 0,25.
- (4) Zdravotnické zřízení poskytující domácí zdravotní péči poskytuje hrazenou zdravotní péči v souladu s právními předpisy v odbornostech a rozsahu dohodnutých a vymezených ve smlouvě, pro které je věcně a technicky vybaveno a personálně zajištěno.
- (5) Pojišťovna
- a) uhradí zdravotnickému zařízení provedenou hrazenou zdravotní péči, průkazně zdokumentovanou a odůvodněně poskytnutou jejím pojištěncům v souladu s právními předpisy a smlouvou,
 - b) dohledá na žádost zdravotnického zařízení bez zbytečného prodlení příslušnost pojištěnce k pojišťovně v případech, kdy není dostupný průkaz pojištěnce a jsou dostupné jeho osobní údaje,
 - c) nebude vyžadovat zvýhodňování svých pojištěnců na úkor pojištěnců ostatních pojišťoven,
 - d) je oprávněna provádět kontrolu plnění smluvně dohodnutých věcných a technických podmínek hrazené zdravotní péče poskytované zdravotnickým zařízením podle smlouvy,
 - e) poskytuje zdravotnickému zařízení k zajištění jednotných podmínek dohodnutou metodiku, pravidla, datové rozhraní a příslušné číselníky vydávané Všeobecnou zdravotní pojišťovnou k vykazování a výpočtu úhrady hrazené zdravotní péče 3 měsíce před jejich účinností,
 - f) seznámí zdravotnické 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.
 - g) je oprávněna zveřejnit rozsah nasmlouvané zdravotní péče, výši celkové úhrady poskytnuté pojišťovnou zdravotnickému zařízení z veřejného zdravotního pojištění za kalendářní rok.

Čl. 4

Úhrada poskytované hrazené zdravotní péče

- (1) Hodnoty bodu, výše úhrad a regulační omezení objemu poskytnuté hrazené zdravotní péče se sjednávají ve smlouvě podle výsledků dohodovacího řízení, popřípadě v souladu se zvláštním právním předpisem.
- (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 hodnotách 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 hrazené zdravotní péče z důvodu změny kapacity popřípadě struktury zdravotnického zařízení.
- (4) Zdravotnické zařízení pro uplatnění nároků na úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče předává pojišťovně jednou měsíčně vyúčtování poskytnuté péče fakturou s přílohami. Faktura je účetním dokladem a splňuje náležitosti účetního dokladu¹¹⁾. Náležitosti přílohy jsou stanoveny v metodice nebo se v souladu s metodikou upřesní ve smlouvě. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu¹¹⁾ a příloha neobsahuje náležitosti podle dohodnuté metodiky nebo smlouvy, má pojišťovna právo ji odmítnout a vrátit bez zbytečného odkladu zdravotnickému zařízení k doplnění, případně k opravě; v takovém případě běží lhůta splatnosti až od termínu jejího opětovného převzetí pojišťovnou.
- (5) Zdravotnické 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 předává zdravotnické zařízení pojišťovně spolu s vyúčtováním v termínu a způsobem dohodnutým ve smlouvě (na magnetických nosičích dat nebo papírových dokladech nebo jiným sjednaným způsobem).
- (6) Zjistí-li pojišťovna ve vyúčtování před provedením úhrady nesprávně nebo neoprávněně vyúčtovanou péči, úhradu této části vyúčtované péče v termínu splatnosti neprovede. Pojišťovna oznámí zdravotnickému zařízení bez zbytečného odkladu rozsah, důvod a částku vyúčtované, ale neuhrazené péče. Tím pojišťovna vyzve zdravotnické zařízení k opravě nesprávně vyúčtované péče nebo k doložení poskytnutí hrazené zdravotní péče. Řádně poskytnutou a vyúčtovanou péči pojišťovna uhradí v nejbližším termínu úhrady.
- (7) 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 zdravotnickému 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.
- (8) Úhrada vyúčtované poskytnuté hrazené zdravotní péče, při dodržení podmínek dohodnutých ve smlouvě, bude provedena při předání vyúčtování pojišťovně na magnetickém mediu do 30

kalendářních dnů a při předání vyúčtování pojišťovně na papírových dokladech do 40 kalendářních dnů ode dne doručení faktury pojišťovně. Závazek k úhradě je splněn dnem odepsání z účtu zdravotní pojišťovny.

- (9) V případě poruchy výpočetního systému, znemožňující včasné provedení vyúčtování nebo úhrady hrazené zdravotní péče, poskytne pojišťovna zdravotnickému 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.

Čl. 5

Kontrola

- (1) Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona a smlouvou kontrolu využívání a poskytování hrazené zdravotní péče v jejím objemu a kvalitě, včetně dodržování cen, a to prostřednictvím svého informačního systému, revizních lékařů a dalších odborných pracovníků.
- (2) V rámci své odborné způsobilosti revizní lékaři a odborní pracovníci oprávnění ke kontrole posuzují, zda zvolený způsob hrazené zdravotní péče byl indikován s ohledem na zdravotní stav pojištěnce, splňuje zásady postupu dané současným stupněm poznání a zda nebyl zbytečně ekonomicky náročný.
- (3) V případech stanovených právními předpisy revizní klinický logoped posuzuje i odůvodněnost klinickým logopedem navrženého, popřípadě provedeného léčebného postupu a schvaluje, zda použitý postup pojišťovna uhradí. Rozhodnutí o použití léčebného postupu je v kompetenci klinického logopeda.
- (4) Zdravotnické zařízení 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..
- (5) Revizní lékaři a odborní pracovníci jsou v rámci kontroly povinni postupovat tak, aby nenarušili provoz zdravotnického zařízení. V případě kontroly ve zdravotnickém zařízení bude na místě vypracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a se stanoviskem oprávněného zástupce zdravotnického zařízení. Tento záznam nenahrazuje zprávu podle odstavce 6 tohoto článku.
- (6) Revizní zprávu, obsahující závěry kontroly, pojišťovna zpracuje a předá zdravotnickému zařízení do 15 kalendářních dnů po ukončení kontroly; pokud nebude možno z objektivních důvodů tuto lhůtu dodržet, oznámí pojišťovna tuto skutečnost zdravotnickému zařízení. Kontrola bude ukončena zpravidla do 30 kalendářních dnů od jejího zahájení.
- (7) Zdravotnické 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, prodlouží se příslušná lhůta na žádost smluvní strany až na dvojnásobek. Ve stanovené lhůtě pojišťovna sdělí zdravotnickému zařízení, zda potvrzuje nebo mění závěry kontroly. Podání námitek nemá z hlediska finančních nároků pojišťovny vůči zdravotnickému zařízení odkladný účinek. Tím není dotčeno právo zdravotnického zařízení uplatnit svůj nesouhlas s rozhodnutím pojišťovny v jiném řízení.

- (8) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazené zdravotní péče nebo její neodůvodněné poskytování, pojišťovna podle § 42 odst. 3 zákona 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 zdravotnickému zařízení indukované zdravotní péče. V případě, že se závěry kontroly prokáží jako neodůvodněné, uhradí pojišťovna zdravotnickému zařízení částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče. Zdravotnické zařízení je oprávněno postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě.
- (9) Revizní lékaři a odborní pracovníci zdravotní pojišťovny mohou kontrolovat podle tohoto článku jen zdravotní péči a výkony vykázané zdravotnickým zařízením nejvýše 3 roky zpět.

Čl. 6

Sankční ujednání

- (1) Smluvní strany si mohou účtovat smluvní pokutu až do výše 2 % měsíční platby 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) zdravotnické zařízení
 1. prokazatelně neoprávněně nebo vícenásobně účtuje zdravotní péči,
 2. opakovaně porušilo povinnost ohlásit pojišťovně v souladu s § 55 zákona úrazy nebo jiná poškození zdraví pojištěnce způsobená jednáním právnické nebo fyzické osoby,
 - c) pojišťovna prokazatelně neodůvodněně sníží nebo odmítne úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče,
- (3) Uplatněním sankce není dotčeno právo smluvních stran na vrácení úhrady za neoprávněně nebo nesprávně vyúčtovanou a uhrazenou hrazenou zdravotní péči.

- (4) V případě prodlení s úhradou podle odstavce 2 písm. c) nad 65 kalendářních dní ode dne doručení faktury pojišťovně, uhradí zdravotní pojišťovna zdravotnickému zařízení smluvní pokutu ve výši 10 % dlužné částky.
- (5) Uplatněním smluvní pokuty není dotčeno právo zdravotnického zařízení na uplatnění úroků z prodlení podle obecně závazných právních předpisů ani na náhradu případně vzniklé škody.

Doba účinnosti, způsob a důvody ukončení smlouvy

Čl. 7

- (1) Smlouva se uzavírá na dobu neurčitou jako trvalý smluvní vztah, který lze ukončit pouze z důvodů uvedených v čl. 8 u zdravotnických zařízení poskytujících domácí zdravotní péči.
- (2) Smlouva se uzavírá na dobu neurčitou jako trvalý smluvní vztah, který lze ukončit pouze z důvodů uvedených v čl. 8 u zdravotnických zařízení poskytujících fyzioterapii (odbornost 902 a 918³⁾), ergoterapii a klinickou logopedii, kde je počet nositelů výkonů roven nebo nižší než 10. U zdravotnických zařízení, kde je počet nositelů výkonů vyšší než 10, je délka smluvního vztahu závislá na dohodě zdravotnického zařízení s příslušnou zdravotní pojišťovnou.

Čl. 8

Smlouvu lze ukončit vždy k 1. lednu následujícího roku

- a) písemnou dohodou smluvních stran,
- b) výpovědí ze strany zdravotní pojišťovny s výpovědní lhůtou nejméně 6 měsíců pokud zdravotnické zařízení
 - 1. opakovaně porušuje ustanovení této rámcové smlouvy,
 - 2. přes písemné upozornění a bez předchozí dohody se zdravotní pojišťovnou opakovaně neposkytuje zdravotní péči ve sjednaném rozsahu a kvalitě,
 - 3. bez předchozí dohody se zdravotní pojišťovnou opakovaně účtuje zdravotní péči poskytnutou nad rámec sjednaného druhu, odbornosti a rozsahu činnosti,
 - 4. přes písemné upozornění opakovaně omezuje pro pojištěnce zdravotní pojišťovny ordinační dobu sjednanou ve smlouvě,
 - 5. přes písemné upozornění opakovaně poskytuje zdravotní péči v rozporu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy nebo v rozporu s profesními povinnostmi zdravotnických pracovníků,
 - 6. prokazatelně opakovaně neoprávněně účtuje zdravotní péči a způsobí tím zdravotní pojišťovně finanční škodu,
 - 7. přes písemné upozornění neposkytne nezbytnou součinnost k výkonu kontrolní činnosti prováděné zdravotní pojišťovnou v souladu s touto rámcovou smlouvou a zákonem,

8. prokazatelně neposkytuje pojištěncům zdravotní péči kvalitně a při poskytování zdravotní péče nedodržuje správný postup, popřípadě opakovaně odmítne poskytnutí zdravotní péče z jiných, než právními předpisy stanovených důvodů.
- c) výpovědí ze strany zdravotnického zařízení s výpovědní lhůtou nejméně 6 měsíců pokud
1. zdravotní pojišťovna opakovaně porušuje ustanovení této rámcové smlouvy,
 2. zdravotní pojišťovna přes písemné upozornění opakovaně nedodrží lhůty splatnosti dohodnuté ve smlouvě,
 3. zdravotní pojišťovna poskytne třetí straně údaje o zdravotnickém zařízení nad rámec právních předpisů nebo smlouvy,
 4. zdravotní pojišťovna překračuje rozsah kontrolní činnosti stanovený touto rámcovou smlouvou nebo zákonem,
 5. zdravotní pojišťovna přes písemné upozornění neoprávněně neuhradí zdravotnickému zařízení poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
 6. se pokračování smluvního vztahu se zdravotní pojišťovnou stane pro zdravotnické zařízení ekonomicky nevýhodným.

Čl. 9

Vzájemné sdělování údajů a předávání dokladů nutných ke kontrole plnění smlouvy

(1) Smluvní strany

- a) používají v souladu s metodikou pro jednoznačnou identifikaci zdravotnického zařízení identifikační číslo zařízení,
- 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 poskytované hrazené zdravotní péče, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve smlouvě.

(2) Zdravotnické 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 předpisy¹²⁾,
- 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
 1. ke zrušení pracoviště nebo jeho části bez náhrady, nebo jeho uzavření na dobu delší než 30 kalendářních dnů,
 2. k odchodu zaměstnance jmenovitě uvedeného ve smlouvě,

3. k výpadku přístroje nezbytného pro provádění výkonu bez náhrady na dobu delší než 30 kalendářních dnů.

- (3) Pojišťovna může poskytnout zdravotnickému zařízení v zobecněné formě informace potřebné k ekonomizaci jeho činnosti nebo k jeho vědecké a výzkumné činnosti a ke kontrole kvality poskytované hrazené zdravotní péče, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve smlouvě.

Čl. 10

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 předpisu¹³⁾.
- (2) Smírčí jednání navrhuje jedna ze smluvních stran. Návrh musí obsahovat přesné a dostatečně podrobné vymezení sporu. Smírčího jednání se účastní zmocněný zástupce zdravotnického zařízení a statutární zástupce pojišťovny nebo jím zmocněný vedoucí pracovník oprávněný samostatně jménem pojišťovny v dané věci jednat a rozhodovat. Zdravotnické zařízení je oprávněno přizvat ke smírčímu jednání profesní komoru zřízenou zákonem nebo občanské sdružení uvedené v § 17 odst. 2 zákona a právního zástupce. Místo a čas smírčího jednání navrhuje účastník, který k němu dal podnět. K projednání sporu si dále 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.

Čl. 11

Smluvní strany jsou povinny uvést do souladu obsah smluv uzavřených podle vyhlášky č. 457/2000 Sb. s obsahem této rámcové smlouvy nejpozději do 30. 6. 2006.

Rámcová smlouva

pro

zdravotnická zařízení poskytující

zdravotnickou záchrannou službu a dopravu

a zdravotní pojišťovny

Část první

Obecná ustanovení

Čl. 1

Smluvní vztahy

- (1) **Rámcová smlouva stanoví podmínky, za nichž se uzavírají smlouvy mezi zdravotnickými zařízeními a pojišťovnami za účelem zajištění věcného plnění při poskytování a úhradě hrazené zdravotní péče.**
- (2) **Právní vztahy upravené ve smlouvě uzavírané mezi jednotlivými pojišťovnami a zařízeními zdravotnické záchranné služby a dopravy se nesmí odchýlit od ustanovení rámcové smlouvy podle této vyhlášky, pokud to rámcová smlouva sama neumožňuje. K zajištění vytváření jednotných podmínek při shodném, či srovnatelném plnění, v souladu se zvláštním právním předpisem⁴⁾, se na vypracování textu smlouvy podílejí zástupci pojišťoven a zástupci poskytovatelů zdravotní péče, zmocnění k zastupování v této věci.**

Část druhá

Smlouvy

Čl. 2

Uzavírání smluv

- (1) **Závazkové vztahy mezi pojišťovnou a zdravotnickým zařízením se řídí písemnou smlouvou uzavřenou podle této rámcové smlouvy, právních předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotní péče, obchodního nebo občanského zákoníku a dalších právních předpisů.**
- (2) **Základními podmínkami pro uzavření smlouvy jsou**

- a) oprávnění zdravotnického zařízení k poskytování zdravotní péče odbornosti zdravotnická záchranná služba nebo k poskytování dopravy,
 - b) akceptace dohodnutého postupu pro pořizování, předávání dokladů a pravidel pro vyhodnocování dokladů v souladu s metodikou a pravidly a jednotného datového rozhraní vytvářenými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou v součinnosti se zástupci pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče, schválenými Ministerstvem zdravotnictví a zveřejněnými ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví. Metodika a pravidla účinná ke dni nabytí účinnosti této vyhlášky, pozbývají platnosti dnem 31. 12. 2006.
- (3) Smlouva obsahuje
- a) práva a povinnosti smluvních stran,
 - b) podmínky kvality a účelnosti poskytování zdravotní péče, zejména druh, obor a rozsah poskytované zdravotní péče specifikovaný seznamem výkonů s bodovými hodnotami podle druhů péče, kterou je zdravotnické zařízení oprávněno poskytovat, včetně věcného a technického vybavení a personálního zajištění,
 - c) způsob stanovení výše úhrad hrazené zdravotní péče,
 - d) způsob provádění úhrady poskytované zdravotní péče,
 - e) podmínky nezbytné ke kontrole plnění smlouvy, včetně správnosti účtovaných částek,
 - f) rozsah a způsob vzájemného sdělování údajů nutných ke kontrole plnění smlouvy,
 - g) ustanovení o dohodnuté metodice, pravidlech a datovém rozhraní platných v době uzavření smlouvy,
 - h) způsob seznámení zdravotnického zařízení se změnami metodiky, pravidel a datového rozhraní, včetně způsobu předávání těchto změn,
 - i) ustanovení o řešení rozporů ve smírčím jednání, popřípadě ustanovení o použití rozhodčího řízení při neúspěchu smírčího jednání,
 - j) dobu účinnosti smlouvy, způsob a důvody jejího ukončení.
- (4) Smlouva může obsahovat i další ujednání nezbytná pro její plnění a kontrolu, pokud jsou v souladu s touto rámcovou smlouvou a právními předpisy.

Čl. 3

Práva a povinnosti smluvních stran

(1) Smluvní strany

- a) dodržují při vykazování a úhradě hrazené zdravotní péče dohodnutou metodiku, pravidla a datové rozhraní,
- b) zavází své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců a zájmů zdravotnického zařízení i pojišťovny, k zachování povinné mlčenlivosti o osobních údajích⁵⁾ 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.

c) dodržují přímo použitelné předpisy Evropských společenství.

(2) Zdravotnické zařízení zdravotnické záchranné služby nebo dopravy

a) poskytuje hrazenou zdravotní péči ve své odbornosti v souladu s právními předpisy v rozsahu dohodnutém a vymezeném ve smlouvě, pro který je věcně a technicky vybaveno a personálně zajištěno,

b) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci⁷⁾, kteří budou pojištěncům poskytovat ve smlouvě sjednanou hrazenou zdravotní péči, splňují požadavky odborné způsobilosti stanovené právními předpisy pro poskytování hrazené zdravotní péče⁸⁾,

c) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytovanou zdravotní péči podle zvláštního právního předpisu⁹⁾,

d) neodmítne přijetí pojištěnce do své péče s výjimkou důvodů uvedených v § 11 odst. 1 písm. b) zákona ,

e) nepodmíní právo pojištěnce na svobodnou volbu zdravotnického zařízení nebo na poskytnutí hrazené zdravotní péče žádnými poplatky nebo sponzorskými dary a za poskytnutou zdravotní péči hrazenou pojišťovnou nebude od pojištěnce, pokud to nevyplývá z právních předpisů, vybírat žádnou finanční úhradu,

f) 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.

(3) Zdravotnické zařízení zdravotnické záchranné služby

a) bude poskytovat v nepřetržitém provozu ve smluvené územní oblasti výkony přednemocniční neodkladné péče, nebo ve sjednaném rozsahu výkony dopravy, indikované smluvními zdravotnickými zařízeními pojišťovny; v případě neodkladné péče i nesmluvními zdravotnickými zařízeními,

b) přizpůsobí při poskytování zdravotní péče pojištěncům vyšetřovací a ošetrovací postupy jejich zdravotnímu stavu, při postupu „lege artis“,

c) povede pro posouzení oprávněnosti vyúčtování zdravotní péče v průkazné formě dokumentaci o léčení pojištěnců, ve které budou zaznamenávány provedené zdravotní výkony, použitý zvláště účtovaný materiál a podané léčivé přípravky. Uchová zvukový záznam telefonních výzev na lince 155 po dobu jednoho roku od jeho pořízení. O provedených dopravních výkonech vede dokumentaci v souladu se zvláštním právním předpisem¹⁴⁾ a metodikou,

d) 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,

¹⁴⁾ Zákon č. 111/1994 Sb., o silniční dopravě ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška č. 187/1994 Sb., kterou se provádí zákon o silniční dopravě, ve znění pozdějších předpisů.

- e) oznámí pojišťovně, v souladu s § 55 zákona pro účely náhrady škody úrazy nebo jiná poškození zdraví osob, kterým poskytlo hrazenou zdravotní péči, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby.

(4) Zdravotnické zařízení dopravy

- a) bude poskytovat ve sjednaném rozsahu výkony dopravy indikované smluvními zdravotnickými zařízeními pojišťovny; v případě neodkladné péče i nesmluvními zdravotnickými zařízeními,
- b) přizpůsobí při poskytování hrazené zdravotní péče pojištěncům způsob provedení dopravního výkonu zdravotnímu stavu pojištěnce podle pokynů vyznačených indikujícím lékařem v příkazu ke zdravotnímu transportu,
- c) povede pro posouzení oprávněnosti vyúčtované zdravotní péče v průkazné formě v souladu s metodikou dokumentaci, v níž budou zaznamenány provedené dopravní výkony. Dále vede dokumentaci podle zvláštního právního předpisu¹⁴⁾.

(5) Pojišťovna

- a) uhradí zdravotnickému zařízení provedenou hrazenou zdravotní péči, průkazně zdokumentovanou a odůvodněně poskytnutou jejím pojištěncům v souladu s právními předpisy a smlouvou,
- b) dohledá na žádost zdravotnického zařízení bez zbytečného prodlení příslušnost pojištěnce k pojišťovně v případech, kdy není dostupný průkaz pojištěnce a jsou dostupné jeho osobní údaje,
- c) nebude vyžadovat zvýhodňování svých pojištěnců na úkor pojištěnců ostatních pojišťoven,
- d) je oprávněna provádět kontrolu plnění smluvně dohodnutých věcných a technických podmínek hrazené zdravotní péče poskytované zdravotnickým zařízením podle smlouvy, poskytuje zdravotnickému zařízení k zajištění jednotných podmínek dohodnutou metodiku, pravidla, datové rozhraní a příslušné číselníky vydávané Všeobecnou zdravotní pojišťovnou k vykazování a výpočtu úhrady hrazené zdravotní péče,
- e) seznámí zdravotnické 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.
- f) je oprávněna zveřejnit rozsah nasmlouvané zdravotní péče, výši celkové úhrady poskytnuté pojišťovnou zdravotnickému zařízení z veřejného zdravotního pojištění za kalendářní rok a výši úhrady za zdravotnickým zařízením předepsaná léčiva a zdravotnické prostředky za kalendářní rok.

Čl. 4

Úhrada poskytované hrazené zdravotní péče

- (1) Hodnoty bodu, výše úhrad a regulační omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění se sjednávají ve smlouvě podle výsledků dohodovacího řízení, popřípadě v souladu se zvláštním právním předpisem.
- (2) Za způsoby úhrady se považují zejména:
 - a) úhrada za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami,
 - b) paušální úhrada za poskytnutou zdravotní péči,
 - c) jiné způsoby úhrady dohodnuté v dohodovacím řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, nebo v souladu se zvláštním právním předpisem.
- (3) Mezi smluvními stranami musí být předem dohodnuto zvýšení nebo snížení objemu poskytované hrazené zdravotní péče z důvodu změny kapacity popřípadě struktury zdravotnického zařízení.
- (4) Zdravotnické zařízení pro uplatnění nároků na úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče předává pojišťovně jednou měsíčně vyúčtování poskytnuté péče fakturou s přílohami. Faktura je účetním dokladem a splňuje náležitosti účetního dokladu¹¹⁾. Náležitosti přílohy jsou stanoveny v metodice nebo se v souladu s metodikou uvádějí ve smlouvě. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu¹¹⁾ a příloha neobsahuje náležitosti podle dohodnuté metodiky nebo smlouvy, má pojišťovna právo ji odmítnout a vrátit bez zbytečného odkladu zdravotnickému zařízení k doplnění, případně k opravě; v takovém případě běží lhůta splatnosti až od termínu jejího opětovného převzetí pojišťovnou.
- (5) Zdravotnické 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 předává zdravotnické zařízení pojišťovně spolu s vyúčtováním v termínu a způsobem dohodnutým ve smlouvě (na magnetických nosičích dat nebo papírových dokladech nebo jiným sjednaným způsobem).
- (6) Zjistí-li pojišťovna ve vyúčtování před provedením úhrady nesprávně nebo neoprávněně vyúčtovanou péči, úhradu této části vyúčtované péče v termínu splatnosti neprovede. Pojišťovna oznámí zdravotnickému zařízení bez zbytečného odkladu rozsah, důvod a částku vyúčtované, ale neuhrazené péče. Tím pojišťovna vyzve zdravotnické zařízení k opravě nesprávně vyúčtované péče nebo k doložení poskytnutí hrazené zdravotní péče. Řádně poskytnutou a vyúčtovanou péči pojišťovna uhradí v nejbližším termínu úhrady.
- (7) 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 zdravotnickému 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.
- (8) Zjistí-li pojišťovna pochybení ve vyúčtování předaném zdravotnickým zařízením dodatečně po úhradě a zdravotnické 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 zdravotnickému zařízení o příslušnou částku, případně o smluvní pokutu dohodnutou ve smlouvě, úhradu za vyúčtování hrazené zdravotní péče předložené v následujícím zúčtovacím období.

- (9) Úhrada vyúčtované poskytnuté hrazené zdravotní péče, při dodržení podmínek dohodnutých ve smlouvě, bude provedena při předání vyúčtování pojišťovně na magnetickém mediu do 30 kalendářních dnů a při předání vyúčtování pojišťovně na papírových dokladech do 40 kalendářních dnů ode dne doručení faktury pojišťovně. Závazek k úhradě je splněn dnem odepsání z účtu zdravotní pojišťovny.
- (10) V případě poruchy výpočetního systému, znemožňující včasné provedení vyúčtování nebo úhrady hrazené zdravotní péče, poskytne pojišťovna zdravotnickému 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.

Čl. 5

Kontrola

- (1) Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona a smlouvou kontrolu využívání a poskytování hrazené zdravotní péče v jejím objemu a kvalitě, včetně dodržování cen, a to prostřednictvím svého informačního systému, revizních lékařů a dalších odborných pracovníků.
- (2) V rámci své odborné způsobilosti revizní lékaři a odborní pracovníci oprávnění ke kontrole posuzují, zda zvolený způsob hrazené zdravotní péče byl indikován s ohledem na zdravotní stav pojištěnce a zda nebyl zbytečně ekonomicky náročný.
- (3) V případech stanovených právními předpisy revizní lékař posuzuje i odůvodněnost ošetřujícím lékařem navrženého, popřípadě provedeného léčebného postupu a schvaluje, zda použitý postup pojišťovna uhradí. Rozhodnutí o použití léčebného postupu, včetně farmakoterapie, je v kompetenci ošetřujícího lékaře.
- (4) Zdravotnické zařízení 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.
- (5) Revizní lékař je v rámci kontroly povinen postupovat tak, aby nenarušil provoz zdravotnického zařízení. V případě kontroly ve zdravotnickém zařízení bude na místě vypracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a se stanoviskem oprávněného zástupce zdravotnického zařízení. Tento záznam nenahrazuje zprávu podle odstavce 6 tohoto článku.
- (6) Revizní zprávu, obsahující závěry kontroly, pojišťovna zpracuje a předá zdravotnickému zařízení do 15 kalendářních dnů po ukončení kontroly; pokud nebude možno z objektivních

důvodů tuto lhůtu dodržet, oznámí pojišťovna tuto skutečnost zdravotnickému zařízení. Kontrola bude ukončena zpravidla do 30 kalendářních dnů od jejího zahájení.

- (7) Zdravotnické 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, prodlouží se příslušná lhůta na žádost smluvní strany až na dvojnásobek. Ve stanovené lhůtě pojišťovna sdělí zdravotnickému zařízení, zda potvrzuje nebo mění závěry kontroly. Podání námitek nemá z hlediska finančních nároků pojišťovny vůči zdravotnickému zařízení odkladný účinek. Tím není dotčeno právo zdravotnického zařízení uplatnit svůj nesouhlas s rozhodnutím pojišťovny v jiném řízení.
- (8) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazené zdravotní péče nebo její neodůvodněné poskytování, pojišťovna podle § 42 odst. 3 zákona takovou péči neuhradí a je oprávněna postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě. V případě, že se závěry kontroly prokáží jako neodůvodněné, uhradí pojišťovna zdravotnickému zařízení částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče. Zdravotnické zařízení je oprávněno postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě.
- (9) Revizní lékaři zdravotní pojišťovny mohou kontrolovat podle tohoto článku jen zdravotní péči a výkony vykázané zdravotnickým zařízením nejvýše 3 roky zpět.

Čl. 6

Sankční ujednání

- (1) Smluvní strany si mohou účtovat smluvní pokutu až do výše 2 % měsíční platby za porušení povinností 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) zdravotnické zařízení
 1. prokazatelně neoprávněně nebo vícenásobně účtuje zdravotní péči,
 2. opakovaně porušilo povinnost ohlásit pojišťovně v souladu s § 55 zákona úrazy nebo jiná poškození zdraví pojištěnce způsobená jednáním právnické nebo fyzické osoby,
 - c) pojišťovna prokazatelně neodůvodněně sníží nebo odmítne úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče.
- (3) Uplatněním sankce není dotčeno právo smluvních stran na vrácení úhrady za neoprávněně nebo nesprávně vyúčtovanou a uhrazenou hrazenou zdravotní péči.

- (4) V případě prodlení s úhradou podle odstavce 2 písm. c) nad 65 kalendářních dní ode dne doručení faktury pojišťovně, uhradí zdravotní pojišťovna zdravotnickému zařízení smluvní pokutu ve výši 10 % dlužné částky.
- (5) Uplatněním smluvní pokuty není dotčeno právo zdravotnického zařízení na uplatnění úroků z prodlení podle obecně závazných právních předpisů ani na náhradu případně vzniklé škody.

Doba účinnosti, způsob a důvody ukončení smlouvy

Čl. 7

Smlouva se uzavírá na dobu nejdéle 48 měsíců.

Čl. 8

Smlouvu lze ukončit vždy k 1. lednu následujícího roku

- a) písemnou dohodou smluvních stran,
- b) výpovědí ze strany zdravotní pojišťovny s výpovědní lhůtou nejméně 6 měsíců pokud zdravotnické zařízení
 1. opakovaně porušuje ustanovení této rámcové smlouvy,
 2. přes písemné upozornění a bez předchozí dohody se zdravotní pojišťovnou opakovaně neposkytuje zdravotní péči ve sjednaném rozsahu a kvalitě,
 3. bez předchozí dohody se zdravotní pojišťovnou opakovaně účtuje zdravotní péči poskytnutou nad rámec sjednaného druhu, odbornosti a rozsahu činnosti,
 4. přes písemné upozornění opakovaně omezuje pro pojištěnce zdravotní pojišťovny ordinační dobu sjednanou ve smlouvě,
 5. přes písemné upozornění opakovaně poskytuje zdravotní péči v rozporu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy nebo v rozporu s profesními povinnostmi zdravotnických pracovníků,
 6. prokazatelně opakovaně neoprávněně účtuje zdravotní péči a způsobí tím zdravotní pojišťovně finanční škodu,
 7. přes písemné upozornění neposkytne nezbytnou součinnost k výkonu kontrolní činnosti prováděné zdravotní pojišťovnou v souladu s touto rámcovou smlouvou a zákonem,
 8. prokazatelně neposkytuje pojištěncům zdravotní péči kvalitně a při poskytování zdravotní péče nedodržuje správný postup, popřípadě opakovaně odmítne poskytnutí zdravotní péče z jiných, než právními předpisy stanovených důvodů.
- c) výpovědí ze strany zdravotnického zařízení s výpovědní lhůtou nejméně 6 měsíců pokud
 1. zdravotní pojišťovna opakovaně porušuje ustanovení této rámcové smlouvy,
 2. zdravotní pojišťovna přes písemné upozornění opakovaně nedodrží lhůty splatnosti dohodnuté ve smlouvě,

3. zdravotní pojišťovna poskytne třetí straně údaje o zdravotnickém zařízení nad rámec právních předpisů nebo smlouvy,
4. zdravotní pojišťovna překračuje rozsah kontrolní činnosti stanovený touto rámcovou smlouvou nebo zákonem,
5. zdravotní pojišťovna přes písemné upozornění neoprávněně neuhradí zdravotnickému zařízení poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
6. se pokračování smluvního vztahu se zdravotní pojišťovnou stane pro zdravotnické zařízení ekonomicky nevýhodným.

Čl. 9

Vzájemné sdělování údajů a předávání dokladů nutných ke kontrole plnění smlouvy

(1) Smluvní strany

- a) používají v souladu s metodikou pro jednoznačnou identifikaci zdravotnického zařízení identifikační číslo zařízení,
- 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 poskytované hrazené zdravotní péče, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve smlouvě.

(2) Zdravotnické 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 předpisy¹²⁾,
- 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
 1. ke zrušení pracoviště nebo jeho části bez náhrady, nebo jeho uzavření na dobu delší než 30 kalendářních dnů,
 2. k odchodu zaměstnance jmenovitě uvedeného ve smlouvě,
 3. k výpadku přístroje nezbytného pro provádění výkonu bez náhrady na dobu delší než 30 kalendářních dnů.

- (3) Pojišťovna může poskytnout zdravotnickému zařízení v obecněné formě informace potřebné k ekonomizaci jeho činnosti nebo k jeho vědecké a výzkumné činnosti a ke kontrole kvality poskytované hrazené zdravotní péče, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve smlouvě.

Čl. 10

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 předpisu¹³⁾.
- (2) Smírčí jednání navrhuje jedna ze smluvních stran. Návrh musí obsahovat přesné a dostatečně podrobné vymezení sporu. Smírčího jednání se účastní zmocněný zástupce zdravotnického zařízení a statutární zástupce pojišťovny nebo jím zmocněný vedoucí pracovník oprávněný samostatně jménem pojišťovny v dané věci jednat a rozhodovat. Zdravotnické zařízení je oprávněno přizvat ke smírčímu jednání profesní komoru zřízenou zákonem nebo občanské sdružení uvedené v § 17 odst. 2 zákona a právního zástupce. Místo a čas smírčího jednání navrhuje účastník, který k němu dal podnět. K projednání sporu si dále 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.

Čl. 11

Smluvní strany jsou povinny uvést do souladu obsah smluv uzavřených podle vyhlášky č. 457/2000 Sb. s obsahem této rámcové smlouvy nejpozději do 30. 6. 2006.

Rámcová smlouva

**pro
zdravotnická zařízení
lékárenské péče
a zdravotní pojišťovny**

Část první Obecná ustanovení

Čl. 1

Smluvní vztahy

- (1) **Rámcová smlouva stanoví podmínky, za nichž se uzavírají smlouvy mezi zdravotnickými zařízeními a pojišťovnami za účelem zajištění věcného plnění při poskytování a úhradě hrazené zdravotní péče.**
- (2) **Právní vztahy upravené ve smlouvě uzavírané mezi jednotlivými pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními lékárenské péče se nesmí odchýlit od ustanovení rámcové smlouvy podle této vyhlášky, pokud to rámcová smlouva sama neumožňuje. K zajištění vytváření jednotných podmínek při shodném, či srovnatelném plnění, v souladu se zvláštním právním předpisem⁴⁾, se na vypracování textu smlouvy podílejí zástupci pojišťoven a zástupci zdravotnických zařízení lékárenské péče, zmocnění k zastupování v této věci.**

Část druhá

Smlouvy

Čl. 2

Uzavírání smluv

- (1) **Závazkové vztahy mezi pojišťovnou a zdravotnickým zařízením se řídí písemnou smlouvou uzavřenou podle této rámcové smlouvy, právních předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotní péče, obchodního nebo občanského zákoníku a dalších právních předpisů.**

- (2) Základními podmínkami pro uzavření smlouvy jsou
- a) oprávnění k provozování zařízení lékárenské péče,
 - b) akceptace dohodnutého postupu pro pořizování, předávání a vyhodnocování dokladů v souladu s metodikou a pravidly a jednotného datového rozhraní vytvářenými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou v součinnosti se zástupci pojišťoven a zástupci poskytovatelů zdravotní péče, schválenými Ministerstvem zdravotnictví a zveřejněnými ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví. Metodika a pravidla účinná ke dni nabytí účinnosti této vyhlášky, pozbývají platnosti dnem 31. 12. 2006.
- (3) Smlouva obsahuje
- a) práva a povinnosti smluvních stran,
 - b) způsob provádění úhrady poskytovaných léčiv, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků,
 - c) způsob kontroly podmínek zachování kvality poskytovaných léčiv, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků a správnosti účtovaných částek,
 - d) rozsah a způsob vzájemného sdělování údajů nutných ke kontrole plnění smlouvy,
 - e) ustanovení o dohodnuté metodice, pravidlech a datovém rozhraní platných v době uzavření smlouvy,
 - f) způsob seznámení zdravotnického zařízení se změnami metodiky, pravidel a datového rozhraní, včetně způsobu předávání těchto změn,
 - g) ustanovení o řešení rozporů ve smírčím jednání, popřípadě ustanovení o použití rozhodčího řízení při neúspěchu smírčího jednání,
 - h) dobu účinnosti smlouvy, způsob a důvody jejího ukončení.
- (4) Smlouva může obsahovat i další ujednání, pokud jsou v souladu s touto rámcovou smlouvou a právními předpisy.

Čl. 3

Práva a povinnosti smluvních stran

- (1) Smluvní strany
- a) dodržují při vykazování a úhradě hrazených léčiv, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků dohodnutou metodiku, pravidla a datové rozhraní,
 - b) zaváží své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců a zájmů zařízení lékárenské péče i pojišťovny, k zachování povinné mlčenlivosti o osobních údajích⁵⁾ 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.
 - c) dodržují přímo použitelné předpisy Evropských společenství.
- (2) Zařízení lékárenské péče

- a) poskytuje hrazená léčiva, potraviny pro zvláštní lékařské účely a zdravotnické prostředky v souladu s právními předpisy a smlouvou,
- b) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci⁷⁾, kteří budou pojištěncům poskytovat hrazená léčiva, potraviny pro zvláštní lékařské účely a zdravotnické prostředky, splňují požadavky odborné způsobilosti stanovené právními předpisy pro poskytování této zdravotní péče⁸⁾,
- c) zabezpečuje při zacházení s léčivy, potravinami pro zvláštní lékařské účely a zdravotnickými prostředky podmínky pro zachování jakosti, účinnosti a bezpečnosti léčiv, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků pro pojištěnce a podmínky jejich výdeje v souladu se zvláštním právním předpise¹⁵⁾,
- d) odpovídá při přípravě léčivých přípravků za jejich jakost a bezpečnost přípravy pro pojištěnce,
- e) disponuje sortimentem hrazených léčiv, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků dostupným v České republice v rozsahu obvykle předepisovaném lékaři v příslušném regionu, který umožní uspokojit pojištěnce zpravidla po uplatnění receptu (poukazu) bez zbytečných nároků na jejich finanční spoluúčast; při své činnosti postupuje účelně a hospodárně. Za tím účelem zabezpečí v uvedeném rozsahu léčiva, potraviny pro zvláštní lékařské účely a zdravotnické prostředky tak, aby měla k dispozici plně hrazené i cenově nejméně náročné výrobky,
- f) plní povinnost nahrazení léčivého přípravku v případech stanovených v § 32 zákona v případě náhrady léčivého přípravku postupuje podle zvláštního právního předpisu¹⁶⁾, při dodržení co nejvyšší hospodárnosti této náhrady,
- g) nebude od pojištěnce vybírat, pokud to nevyplývá z právních předpisů, žádnou finanční úhradu za poskytnutá léčiva, potraviny pro zvláštní lékařské účely a zdravotnické prostředky hrazená pojišťovnou,

(3) Pojišťovna

- a) uhradí zařízení lékařské péče hrazená léčiva, potraviny pro zvláštní lékařské účely a zdravotnické prostředky poskytnutá jejím pojištěncům v souladu s příslušnými právními předpisy a smlouvou,
- b) dohledá na žádost zařízení lékařské péče bez zbytečného prodlení příslušnost pojištěnce k pojišťovně, pokud je jí známa,

¹⁵⁾ Zákon č. 79/1997 Sb., o léčivech a o změnách a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška č. 61/1990 Sb., o hospodaření se zdravotnickými potřebami, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška č. 343/1997 Sb., kterou se stanoví způsob předepisování léčivých přípravků, náležitosti lékařských předpisů a pravidla jejich používání, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška č. 255/2003 Sb., kterou se stanoví správná lékařská praxe, bližší podmínky přípravy a úpravy léčivých přípravků, výdeje a zacházení s léčivými přípravky ve zdravotnických zařízeních a bližší podmínky provozu lékáren a dalších provozovatelů vydávajících léčivé přípravky.

¹⁶⁾ § 49 zákona č. 79/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

- c) nebude vyžadovat zvýhodňování svých pojištěnců na úkor pojištěnců ostatních pojišťoven, nebo ostatních poskytovatelů hrazené zdravotní péče,
- d) poskytuje zařízení lékařské péče k zajištění jednotných podmínek dohodnutou metodiku, pravidla, datové rozhraní a příslušné číselníky vydávané Všeobecnou zdravotní pojišťovnou k vykazování a výpočtu úhrady hrazené zdravotní péče,
- e) seznámí zařízení lékařské péče 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 adekvátně zkrácena,

Čl. 4

Úhrada hrazených léčiv, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků

- (1) Léčivé přípravky, potraviny pro zvláštní lékařské účely a zdravotnické prostředky pojišťovna hradí podle příslušných právních předpisů nebo podle platných cenových předpisů vydaných Ministerstvem financí.
- (2) Zařízení lékařské péče pro uplatnění nároků na úhradu vydaných hrazených léčiv, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků předává pojišťovně dvakrát měsíčně recepty a poukazy na zdravotnické prostředky v dávkách spolu s vyúčtováním fakturou s přílohami. Faktura je účetním dokladem a splňuje náležitosti účetního dokladu¹⁷⁾. Náležitosti přílohy jsou obsaženy v metodice nebo se v souladu s metodikou uvádějí ve smlouvě. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu¹⁷⁾ a příloha neobsahuje náležitosti podle dohodnuté metodiky nebo smlouvy, má pojišťovna právo ji odmítnout a vrátit bez zbytečného odkladu zařízení lékařské péče k doplnění, případně k opravě; v takovém případě běží lhůta splatnosti až od termínu jejího opětovného převzetí pojišťovnou.
- (3) Individuální doklady (recepty obsahující náležitosti stanovené zvláštním právním předpisem¹⁰⁾ a poukazy na zdravotnické prostředky obsahující náležitosti stanovené zvláštním právním předpisem¹⁷⁾ za hrazená léčiva, potraviny pro zvláštní lékařské účely a zdravotnické prostředky poskytnuté pojištěncům předává zařízení lékařské péče pojišťovně spolu s vyúčtováním v termínu a způsobem dohodnutým v metodice a datovém rozhraní a dohodnutým ve smlouvě (na magnetických nosičích dat nebo na papírových dokladech nebo jiným sjednaným způsobem).
- (4) Pojišťovna provede za své pojištěnce úhradu léčiv, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků. Poskytnutím úhrady není dotčeno právo pojišťovny k provádění následné kontroly proplacených vyúčtování v rozsahu a za podmínek stanovených příslušnými právními předpisy a smlouvou. Má-li pojišťovna uzavřenou smlouvu o finančním vypořádání plateb za zdravotní služby poskytnuté pojištěnci s jinou zdravotní pojišťovnou, pak recept nebo poukaz na zdravotnický prostředek, ve kterém vystavující zdravotnické zařízení nesprávně vyznačilo příslušnost pojištěnce k pojišťovně, nevrátí zařízení lékařské péče, nýbrž ho uhradí a přeúčtuje příslušné pojišťovně.

¹⁷⁾ Vyhláška č. 61/1990 Sb.

- (5) Zjistí-li pojišťovna pochybení ve vyúčtování předaném zdravotnickým zařízením lékárenské péče dodatečně po úhradě a zdravotnické zařízení lékárenské péče 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 zdravotnickému zařízení lékárenské péče o příslušnou částku, případně o smluvní pokutu dohodnutou ve smlouvě, úhradu za vyúčtování hrazené zdravotní péče předložené v následujícím zúčtovacím období.
- (6) Pokud pojišťovna při kontrole zjistí chyby v připojených dokladech způsobené zařízením lékárenské péče nebo zanedbáním povinností zařízení lékárenské péče, chybný doklad vyřadí. V záznamu o vyřazených dokladech označí důvod vyřazení dokladu a výši částky, o kterou sníží úhradu částky vyúčtované zařízením lékárenské péče. Opravené doklady může zařízení lékárenské péče vyúčtovat v následujícím termínu spolu s dalším předávaným vyúčtováním. Bezdůvodně vyřazené doklady pojišťovna uhradí, popřípadě zaplatí zařízením lékárenské péče uplatněnou sankci.
- (7) Úhrada vyúčtovaných poskytnutých hrazených léčiv, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků, při dodržení podmínek dohodnutých ve smlouvě, bude provedena jedenkrát měsíčně při předání vyúčtování pojišťovně na magnetickém mediu a jeho následné revizi pojišťovnou prostřednictvím informačního systému do 30 kalendářních dnů a při předání vyúčtování pojišťovně na papírových dokladech a jeho následné revizi pojišťovnou prostřednictvím informačního systému do 40 kalendářních dnů ode dne doručení faktury pojišťovně. Závazek k úhradě je splněn dnem odepsání z účtu zdravotní pojišťovny.

Čl. 5

Kontrola

- (1) Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona a smlouvou kontrolu výdeje a účtování hrazených léčiv, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků v jejich objemu a zachování podmínek kvality, včetně dodržování cen, a to prostřednictvím svého informačního systému, revizních lékařů a dalších odborných pracovníků. Revizním lékařem se rozumí i revizní lékárník.
- (2) Zařízení lékárenské péče 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, zpravidla po předchozím projednání, vstup do svého objektu a nahlížení do dokumentace bezprostředně související s prováděnou kontrolou vyúčtovaných léčiv, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků.
- (3) Revizní lékař (lékárník) a další odborný pracovník je v rámci kontroly povinen postupovat tak, aby nenarušil provoz zařízení lékárenské péče. V případě kontroly v tomto zařízení bude na místě vypracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a se stanoviskem

oprávněného zástupce zařízení lékárenské péče. Tento záznam nenahrazuje revizní zprávu podle odstavce 4 tohoto článku.

- (4) Revizní zprávu, obsahující závěry kontroly, pojišťovna zpracuje a předá zařízení lékárenské péče do 15 kalendářních dnů po ukončení kontroly; pokud nebude možno z objektivních důvodů tuto lhůtu dodržet, oznámí pojišťovna tuto skutečnost zařízení lékárenské péče. Kontrola bude ukončena zpravidla do 30 kalendářních dnů od jejího zahájení.
- (5) Zařízení lékárenské péče 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, prodlouží se příslušná lhůta na žádost smluvní strany až na dvojnásobek. Ve stanovené lhůtě pojišťovna sdělí zařízení lékárenské péče, zda potvrzuje nebo mění závěry kontroly. Podání námitek nemá z hlediska finančních nároků pojišťovny vůči zařízení lékárenské péče odkladný účinek. Tím není dotčeno právo zařízení lékárenské péče uplatnit svůj nesouhlas s rozhodnutím pojišťovny v jiném řízení.
- (6) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost (např. vydání nepředepsaného, případně nesprávně nahrazeného léčiva, potravin pro zvláštní lékařské účely nebo zdravotnického prostředku nebo vyúčtování veřejným zdravotním pojištěním nehrazeného léčiva, potravin pro zvláštní lékařské účely nebo zdravotnického prostředku nebo nesprávnost vyúčtování hrazených léčiv, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků, pojišťovna podle § 42 odst. 3 zákona takovou péči neuhradí a je oprávněna postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě. V případě, že se závěry kontroly prokáží jako neodůvodněné, uhradí pojišťovna zařízení lékárenské péče částku, o kterou na základě kontroly neoprávněně snížila úhradu poskytnutých hrazených léčiv, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků. Zařízení lékárenské péče je oprávněno postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě.
- (7) Revizní lékař (lékárník) a další odborný pracovník může kontrolovat podle výše uvedených ustanovení výdej a účtování hrazených léčiv, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků v jejich objemu a zachování podmínek kvality, včetně dodržování cen, nejvýše 3 roky zpět.

Čl. 6

Sankční ujednání

- (1) Smluvní strany si mohou účtovat smluvní pokutu až do výše 2 % měsíční platby 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) zařízení lékárenské péče prokazatelně neoprávněně účtuje léčiva, potraviny pro zvláštní lékařské účely a zdravotnické prostředky,
- (3) Uplatněním sankce není dotčeno právo smluvních stran na vrácení úhrady za neoprávněně nebo nesprávně vyúčtovaná a uhrazená léčiva, potraviny pro zvláštní lékařské účely a zdravotnické prostředky.
- (4) V případě prodlení s úhradou podle odstavce. 2 písm. c) nad 65 kalendářních dní ode dne doručení druhé faktury (druhé měsíční dávky) pojišťovně, uhradí zdravotní pojišťovna zařízení lékárenské péče smluvní pokutu ve výši 5 % dlužné částky.
- (5) Uplatněním smluvní pokuty není dotčeno právo zdravotnického zařízení na uplatnění úroků z prodlení podle obecně závazných právních předpisů ani na náhradu případně vzniklé škody.

Doba účinnosti, způsob a důvody ukončení smlouvy

Čl. 7

Smlouva se uzavírá na dobu neurčitou jako trvalý smluvní vztah, který lze ukončit pouze z důvodů uvedených v čl. 8.

Čl. 8

Smlouvu lze ukončit vždy k 1. lednu následujícího roku

- a) písemnou dohodou smluvních stran
- b) výpovědí ze strany zdravotní pojišťovny s výpovědní lhůtou nejméně 6 měsíců pokud zařízení lékárenské péče
1. uvedlo při uzavření smlouvy druhou smluvní stranu v omyl,
 2. ve smluvních vztazích hrubým způsobem porušilo závažnou povinnost uloženou jí příslušným právním předpisem nebo smlouvou,
 3. vstoupilo do likvidace nebo na ně soud prohlásí konkurz,
 4. opakovaně porušuje ustanovení této rámcové smlouvy,
 5. přes písemné upozornění a bez předchozí dohody se zdravotní pojišťovnou opakovaně neposkytuje služby ve sjednaném rozsahu a kvalitě,
 6. prokazatelně opakovaně neoprávněně účtuje léčiva, potraviny pro zvláštní lékařské účely a zdravotnické prostředky,
 7. přes písemné upozornění opakovaně omezuje rozsah sjednaných služeb, včetně provozní doby sjednané ve smlouvě,
 8. opakovaně prokazatelně porušuje předpisy platné pro poskytování tohoto druhu péče a v souvislosti s ní,

9. přes písemné upozornění neposkytne nezbytnou součinnost k výkonu kontrolní činnosti prováděné zdravotní pojišťovnou v souladu s touto rámcovou smlouvou a zákonem,
 10. neposkytuje pojištěncům tento druh zdravotní péče kvalitně a při jeho poskytování nedodržuje správný postup a předpisy o zacházení s léky, potravinami pro zvláštní lékařské účely a zdravotnickými prostředky, popřípadě opakovaně odmítne poskytnout tento druh péče z jiných, než právními předpisy stanovených důvodů.
- c) výpověď ze strany zařízení lékárenské péče s výpovědní lhůtou nejméně 6 měsíců pokud
1. zdravotní pojišťovna uvedla při uzavření smlouvy druhou smluvní stranu v omyl,
 2. zdravotní pojišťovna ve smluvních vztazích hrubým způsobem porušila závažnou povinnost uloženou jí příslušným právním předpisem nebo smlouvou,
 3. zdravotní pojišťovna vstoupí do likvidace nebo na ni soud prohlásí konkurz,
 4. zdravotní pojišťovna opakovaně porušuje ustanovení této rámcové smlouvy,
 5. zdravotní pojišťovna přes písemné upozornění opakovaně nedodrží lhůty splatnosti dohodnuté ve smlouvě,
 6. zdravotní pojišťovna poskytne třetí straně údaje o zařízení lékárenské péče nad rámec právních předpisů nebo smlouvy,
 7. zdravotní pojišťovna překračuje rozsah kontrolní činnosti stanovený touto rámcovou smlouvou nebo zákonem,
 8. zdravotní pojišťovna přes písemné upozornění neoprávněně neuhradí zařízení lékárenské péče tento druh péče hrazený z prostředků veřejného zdravotního pojištění,
 9. se pokračování smluvního vztahu se zdravotní pojišťovnou stane pro zařízení lékárenské péče ekonomicky nevýhodným.

Čl. 9

Vzájemné sdělování údajů a předávání dokladů nutných ke kontrole plnění smlouvy

- (1) Smluvní strany
 - a) používají v souladu s metodikou pro jednoznačnou identifikaci zařízení lékárenské péče identifikační číslo zařízení,
 - b) sdělují si údaje nutné ke kontrole plnění smlouvy.
- (2) Zařízení lékárenské péče 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.

Čl. 10

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 předpisu¹³⁾.

- (2) Smírčí jednání navrhuje jedna ze smluvních stran. Návrh musí obsahovat přesné a dostatečně podrobné vymezení sporu. Smírčího jednání se účastní zmocněný zástupce zařízení lékařské péče a statutární zástupce pojišťovny nebo jím zmocněný vedoucí pracovník oprávněný samostatně jménem pojišťovny v dané věci jednat a rozhodovat. Zařízení lékařské péče je oprávněno přizvat ke smírčímu jednání profesní komoru zřízenou zákonem a právního zástupce. Místo a čas smírčího jednání navrhuje účastník, který k němu dal podnět.. K projednání sporu si dále 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.

Čl. 11

Smluvní strany jsou povinny uvést do souladu obsah smluv uzavřených podle vyhlášky č. 457/2000 Sb. s obsahem této rámcové smlouvy nejpozději do 30. 6. 2006.

Rámcová smlouva

pro

zdravotnická zařízení poskytující

lázeňskou péči

a zdravotní pojišťovny

Část první

Obecná ustanovení

Čl. 1

Smluvní vztahy

- (1) **Rámcová smlouva stanoví podmínky, za nichž se uzavírají smlouvy mezi zdravotnickými zařízeními a pojišťovnami za účelem zajištění věcného plnění při poskytování a úhradě hrazené zdravotní péče.**
- (2) **Právní vztahy upravené ve smlouvě uzavírané mezi jednotlivými pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními lázeňské péče se nesmí odchýlit od ustanovení rámcové smlouvy podle této vyhlášky, pokud to rámcová smlouva sama neumožňuje. K zajištění vytváření jednotných podmínek při shodném, či srovnatelném plnění, v souladu se zvláštním právním předpisem⁴⁾, se na vypracování textu smlouvy podílejí zástupci pojišťoven a zástupci poskytovatelů lázeňské péče, zmocnění k zastupování v této věci.**

Část druhá

Smlouvy

Čl. 2

Uzavírání smluv

- (1) **Závazkové vztahy mezi pojišťovnou a zdravotnickým zařízením se řídí písemnou smlouvou uzavřenou podle této rámcové smlouvy, právních předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotní péče, obchodního nebo občanského zákoníku a dalších právních předpisů.**

- (2) Základními podmínkami pro uzavření smlouvy jsou
- a) oprávnění zdravotnického zařízení k poskytování lázeňské péče (dále jen "zdravotní péče"), včetně předložení akreditační karty specifikované v příloze smlouvy,
 - b) akceptace dohodnutého postupu pro pořizování, předávání a vyhodnocování dokladů v souladu s metodikou a pravidly a jednotného datového rozhraní vytvářenými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou v součinnosti se zástupci pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče, schválenými Ministerstvem zdravotnictví a zveřejněnými ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví. Metodika a pravidla účinná ke dni nabytí účinnosti této vyhlášky, pozbývají platnosti dnem 31. 12. 2006.
- (3) Smlouva obsahuje
- a) práva a povinnosti smluvních stran,
 - b) podmínky kvality a účelnosti poskytování zdravotní péče, zejména druh, obor a rozsah poskytované zdravotní péče, včetně věcného a technického vybavení a personálního zajištění,
 - c) způsob stanovení výše úhrad hrazené zdravotní péče,
 - d) způsob provádění úhrady poskytované zdravotní péče,
 - e) podmínky nezbytné ke kontrole plnění smlouvy, včetně správnosti účtovaných částek,
 - f) rozsah a způsob vzájemného sdělování údajů nutných ke kontrole plnění smlouvy,
 - g) ustanovení o dohodnuté metodice, pravidlech a datovém rozhraní platných v době uzavření smlouvy,
 - h) způsob seznámení zdravotnického zařízení se změnami metodiky, pravidel a datového rozhraní, včetně způsobu předávání těchto změn,
 - i) ustanovení o řešení rozporů ve smírčím jednání, popřípadě ustanovení o použití rozhodčího řízení při neúspěchu smírčího jednání,
 - j) dobu účinnosti smlouvy, způsob a důvody jejího ukončení.
- (4) Smlouva může obsahovat i další ujednání nezbytná pro její plnění a kontrolu, pokud jsou v souladu s touto rámcovou smlouvou a právními předpisy.

Čl. 3

Práva a povinnosti smluvních stran

- (1) Smluvní strany
- a) dodržují při vykazování a úhradě hrazené zdravotní péče dohodnutou metodiku, pravidla a datové rozhraní,
 - b) zaváží své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců a zájmů zdravotnického zařízení i pojišťovny, k zachování povinné mlčenlivosti o osobních údajích⁵⁾ 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,

c) dodržují přímo použitelné předpisy Evropských společenství.

(2) Zdravotnické zařízení

- a) poskytuje hrazenou zdravotní péči v souladu s právními předpisy v rozsahu dohodnutém a vymezeném ve smlouvě, pro které je věcně a technicky vybaveno a personálně zajištěno,
- b) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci⁷⁾, kteří budou pojištěncům poskytovat ve smlouvě sjednanou hrazenou zdravotní péči, splňují požadavky odborné způsobilosti stanovené právními předpisy pro poskytování této péče⁸⁾,
- c) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytovanou zdravotní péči podle zvláštního právního předpisu⁹⁾,
- d) poskytuje pojištěnci zdravotní péči v souladu s § 33 zákona a zvláštního právního předpisu¹⁸⁾,
- e) poskytuje hrazenou zdravotní péči „lege artis“ a 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) odpovídá za to, že zdravotničtí pracovníci jiní než lékaři poskytují zdravotní péči na základě ordinace ošetřujícího lékaře a jiní odborní pracovníci ve zdravotnictví do získání způsobilosti k výkonu práce ve zdravotnictví pod odborným vedením osoby se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání v příslušném oboru,
- g) povede pro posouzení oprávněnosti vyúčtované zdravotní péče v průkazné formě dokumentaci o léčení pojištěnců, ve které budou zaznamenávány provedené zdravotní výkony, vyžádaná zdravotní péče, předepisované léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a uchovány v ní i doručené výsledky vyžádaných a provedených vyšetření a ošetření. V dokumentaci bude založen i pojištěncem podepsaný lázeňský průkaz s poskytnutými procedurami a dietou a uvedením lázeňského objektu a čísla pokoje, v němž byl pojištěnec ubytován,
- h) předá po ukončení lázeňské léčby pojištěnci závěrečnou lékařskou zprávu pro ošetřujícího lékaře k zajištění návaznosti zdravotní péče a k zamezení duplicitního provádění diagnostických a léčebných výkonů,
- i) neodmítne přijetí pojištěnce do své péče s výjimkou důvodů uvedených v § 11 odst. 1 písm. b) zákona,
- j) nepodmíní právo pojištěnce na svobodnou volbu lékaře, zdravotnického zařízení nebo na poskytnutí hrazené 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,
- k) nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí hrazené zdravotní péče změnou pojišťovny nebo jiným způsobem,
- l) nebude zvýhodňovat pojištěnce jedné nebo více pojišťoven v neprospěch pojištěnců

¹⁸⁾ Vyhláška č. 58/1997 Sb., kterou se stanoví indikační seznam pro lázeňskou péči o dospělé, děti a dorost.

pojišťoven ostatních a zhoršovat dostupnost zdravotní péče hrazené pojišťovnou přednostním poskytováním péče hrazené jiným způsobem,

- m) oznámí pojišťovně, v souladu s § 55 zákona úrazy nebo jiná poškození zdraví osob, kterým poskytlo hrazenou zdravotní péči, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby,
- n) zajistí, že lékaři kteří nejsou oprávněni k samostatnému výkonu povolání lékaře, budou toto povolání vykonávat pouze pod odborným dohledem lékaře, který je k samostatnému výkonu povolání lékaře oprávněn, a to jen v rozsahu stanoveném tímto lékařem ve smyslu ustanovení § 2 písm. f) zákona č. 95/2004 Sb.
- o) odpovídá podle zvláštního právního předpisu¹⁰⁾ za správné a úplné vyplnění tiskopisu receptu; dále odpovídá za správné a úplné vyplnění poukazu na zdravotnické prostředky nebo poukazu na vyšetření/ošetření nebo příkazu ke zdravotnímu transportu. Pokud při preskripci nebylo respektováno preskripční omezení vyplývající z právních předpisů a pojišťovna tento léčivý přípravek nebo zdravotnický prostředek zařízení lékárenské péče uhradila, má pojišťovna právo požadovat od zdravotnického zařízení úhradu zaplacené částky. Pojišťovna není oprávněna požadovat tuto úhradu, pokud byl léčivý přípravek nebo zdravotnický prostředek předepsán pro jejího pojištěnce a zdravotnické zařízení odstranilo nedostatky ve lhůtě do jednoho měsíce od předání příslušného receptu nebo poukazu pojišťovnou. Stejný postup bude vůči zdravotnickému zařízení uplatněn i v případě chybného vyplnění poukazu na vyšetření/ošetření.

(3) Pojišťovna

- a) uhradí zdravotnickému zařízení provedenou hrazenou zdravotní péči, průkazně zdokumentovanou a odůvodněně poskytnutou jejím pojištěncům v souladu s právními předpisy a smlouvou,
- b) dohledá na žádost zdravotnického zařízení bez zbytečného prodlení příslušnost pojištěnce k pojišťovně v případech, kdy není dostupný průkaz pojištěnce a jsou dostupné jeho osobní údaje,
- c) nebude vyžadovat zvýhodňování svých pojištěnců na úkor pojištěnců ostatních pojišťoven,
- d) je oprávněna provádět kontrolu plnění smluvně dohodnutých věcných a technických podmínek hrazené zdravotní péče poskytované zdravotnickým zařízením podle smlouvy,
- e) poskytuje zdravotnickému zařízení k zajištění jednotných podmínek dohodnutou metodiku, pravidla, datové rozhraní a příslušné číselníky vydávané Všeobecnou zdravotní pojišťovnou k vykazování a výpočtu úhrady hrazené zdravotní péče,
- f) seznámí zdravotnické 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.
- g) je oprávněna zveřejnit rozsah nasmlouvané zdravotní péče, výši celkové úhrady poskytnuté pojišťovnou zdravotnickému zařízení z veřejného zdravotního pojištění za kalendářní rok a výši úhrady za zdravotnickým zařízením předepsaná léčiva a zdravotnické prostředky za kalendářní rok.

Čl. 4

Úhrada poskytované hrazené zdravotní péče

- (1) Úhrada poskytované hrazené péče se sjednává ve smlouvě v souladu s platným cenovým Výměrem Ministerstva financí pro příslušné období.
- (2) Mezi smluvními stranami musí být vždy předem dohodnuto i zvýšení nebo snížení objemu poskytované hrazené zdravotní péče z důvodu změny kapacity popřípadě struktury zdravotnického zařízení.
- (3) Zdravotnické zařízení pro uplatnění nároků na úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče předává pojišťovně jednou měsíčně vyúčtování poskytnuté péče fakturou s přílohami. Faktura je účetním dokladem a splňuje náležitosti účetního dokladu¹¹⁾. Náležitosti přílohy jsou stanoveny v metodice nebo se v souladu s metodikou upřesní ve smlouvě. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu¹¹⁾ a příloha neobsahuje náležitosti podle dohodnuté metodiky nebo smlouvy, má pojišťovna právo ji odmítnout a vrátit bez zbytečného odkladu zdravotnickému zařízení k doplnění, případně k opravě; v takovém případě běží lhůta splatnosti až od termínu jejího opětovného převzetí pojišťovnou.
- (4) Zdravotnické 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 předává zdravotnické zařízení pojišťovně spolu s vyúčtováním v termínu a způsobem dohodnutým ve smlouvě (na magnetických nosičích dat nebo papírových dokladech nebo jiným sjednaným způsobem).
- (5) Zjistí-li pojišťovna ve vyúčtování před provedením úhrady nesprávně nebo neoprávněně vyúčtovanou péči, úhradu této části vyúčtované péče v termínu splatnosti neprovede. Pojišťovna oznámí zdravotnickému zařízení bez zbytečného odkladu rozsah, důvod a částku vyúčtované, ale neuhrazené péče. Tím pojišťovna vyzve zdravotnické zařízení k opravě nesprávně vyúčtované péče nebo k doložení poskytnutí hrazené zdravotní péče. Řádně poskytnutou a vyúčtovanou péči pojišťovna uhradí v nejbližším termínu úhrady.
- (6) 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 zdravotnickému zařízení písemně zdůvodní. Poskytnutím úhrady není dotčeno právo pojišťovny k provádění následné kontroly proplacených vyúčtování v rozsahu a za podmíněk stanovených právními předpisy a smlouvou.
- (7) Zjistí-li pojišťovna pochybení ve vyúčtování předaném zdravotnickým zařízením dodatečně po úhradě a zdravotnické 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 zdravotnickému zařízení o příslušnou částku,

případně o smluvní pokutu dohodnutou ve smlouvě, úhradu za vyúčtování hrazené zdravotní péče předložené v následujícím zúčtovacím období.

- (8) Úhrada vyúčtované poskytnuté hrazené zdravotní péče, při dodržení podmínek dohodnutých ve smlouvě, bude provedena při předání vyúčtování pojišťovně na magnetickém mediu do 30 kalendářních dnů a při předání vyúčtování pojišťovně na papírových dokladech do 40 kalendářních dnů ode dne doručení faktury pojišťovně. Závazek k úhradě je splněn dnem odepsání z účtu zdravotní pojišťovny.
- (9) V případě poruchy výpočetního systému, znemožňující včasné provedení vyúčtování nebo úhrady hrazené zdravotní péče, poskytne pojišťovna zdravotnickému 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.

Čl. 5

Kontrola

- (1) Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona a smlouvou kontrolu využívání a poskytování hrazené zdravotní péče v jejím objemu a kvalitě, včetně dodržování cen, a to prostřednictvím svého informačního systému, revizních lékařů a dalších odborných pracovníků.
- (2) V rámci své odborné způsobilosti revizní lékaři a odborní pracovníci oprávnění ke kontrole posuzují, zda zvolený způsob hrazené 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, popřípadě provedeného léčebného postupu a schvaluje, zda použitý postup pojišťovna uhradí. Rozhodnutí o použití léčebného postupu, včetně farmakoterapie, je v kompetenci ošetřujícího lékaře.
- (4) Zdravotnické zařízení 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.
- (5) Revizní lékař je v rámci kontroly povinen postupovat tak, aby nenarušil provoz zdravotnického zařízení. V případě kontroly ve zdravotnickém zařízení bude na místě vypracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a se stanoviskem oprávněného zástupce zdravotnického zařízení. Tento záznam nenahrazuje zprávu podle odstavce 6 tohoto článku.
- (6) Revizní zprávu, obsahující závěry kontroly, pojišťovna zpracuje a předá zdravotnickému zařízení do 15 kalendářních dnů po ukončení kontroly; pokud nebude možno z objektivních důvodů tuto lhůtu dodržet, oznámí pojišťovna tuto skutečnost zdravotnickému zařízení.

Kontrola bude ukončena zpravidla do 30 kalendářních dnů od jejího zahájení.

- (7) Zdravotnické 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, prodlouží se příslušná lhůta na žádost smluvní strany až na dvojnásobek. Ve stanovené lhůtě pojišťovna sdělí zdravotnickému zařízení, zda potvrzuje nebo mění závěry kontroly. Podání námitek nemá z hlediska finančních nároků pojišťovny vůči zdravotnickému zařízení odkladný účinek. Tím není dotčeno právo zdravotnického zařízení uplatnit svůj nesouhlas s rozhodnutím pojišťovny v jiném řízení.
- (8) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazené zdravotní péče nebo její neodůvodněné poskytování, pojišťovna podle § 42 odst. 3 zákona takovou péči neuhradí a je oprávněna postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě. V případě, že se závěry kontroly prokáží jako neodůvodněné, uhradí pojišťovna zdravotnickému zařízení částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče. Zdravotnické zařízení je oprávněno postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě.
- (9) Revizní lékaři zdravotní pojišťovny mohou kontrolovat podle tohoto článku jen zdravotní péči a výkony vykázané zdravotnickým zařízením nejvýše 3 roky zpět.

Čl. 6

Sankční ujednání

- (1) Smluvní strany si mohou účtovat smluvní pokutu až do výše 2 % měsíční platby 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) zdravotnické zařízení
 - 1. prokazatelně neoprávněně nebo vícenásobně účtuje zdravotní péči,
 - 2. opakovaně porušilo povinnost ohlásit pojišťovně v souladu s § 55 zákona úrazy nebo jiná poškození zdraví pojištěnce způsobená jednáním právnické nebo fyzické osoby,
 - c) pojišťovna prokazatelně neodůvodněně sníží nebo odmítne úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče.
- (3) Uplatněním sankce není dotčeno právo smluvních stran na vrácení úhrady za neoprávněně

nebo nesprávně vyúčtovanou a uhrazenou hrazenou zdravotní péči.

- (4) V případě prodlení s úhradou podle odstavce 2 písm. c) nad 65 kalendářních dní ode dne doručení faktury pojišťovně, uhradí zdravotní pojišťovna zdravotnickému zařízení smluvní pokutu ve výši 5 % dlužné částky.
- (5) Uplatněním smluvní pokuty není dotčeno právo zdravotnického zařízení na uplatnění úroků z prodlení podle obecně závazných právních předpisů ani na náhradu případně vzniklé škody.

Doba účinnosti, způsob a důvody ukončení smlouvy

Čl. 7

Smlouva se uzavírá na dobu nejdéle 48 měsíců.

Čl. 8

Smlouvu lze ukončit vždy k 1. lednu následujícího roku

- a) písemnou dohodou smluvních stran,
- b) výpovědí ze strany zdravotní pojišťovny s výpovědní lhůtou nejméně 6 měsíců pokud zdravotnické zařízení
 1. opakovaně porušuje ustanovení této rámcové smlouvy,
 2. přes písemné upozornění a bez předchozí dohody se zdravotní pojišťovnou opakovaně neposkytuje zdravotní péči ve sjednaném rozsahu a kvalitě,
 3. bez předchozí dohody se zdravotní pojišťovnou opakovaně účtuje zdravotní péči poskytnutou nad rámec sjednaného druhu, odbornosti a rozsahu činnosti,
 4. přes písemné upozornění opakovaně omezuje pro pojištěnce zdravotní pojišťovny ordinační dobu sjednanou ve smlouvě,
 5. přes písemné upozornění opakovaně poskytuje zdravotní péči v rozporu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy nebo v rozporu s profesními povinnostmi zdravotnických pracovníků,
 6. prokazatelně opakovaně neoprávněně účtuje zdravotní péči a způsobí tím zdravotní pojišťovně finanční škodu,
 7. přes písemné upozornění neposkytne nezbytnou součinnost k výkonu kontrolní činnosti prováděné zdravotní pojišťovnou v souladu s touto rámcovou smlouvou a zákonem,
 8. prokazatelně neposkytuje pojištěncům zdravotní péči kvalitně a při poskytování zdravotní péče nedodržuje správný postup, popřípadě opakovaně odmítne poskytnutí zdravotní péče z jiných, než právními předpisy stanovených důvodů.
- c) výpovědí ze strany zdravotnického zařízení s výpovědní lhůtou nejméně 6 měsíců pokud
 1. zdravotní pojišťovna opakovaně porušuje ustanovení této rámcové smlouvy,
 2. zdravotní pojišťovna přes písemné upozornění opakovaně nedodrží lhůty splatnosti dohodnuté ve smlouvě,
 3. zdravotní pojišťovna poskytne třetí straně údaje o zdravotnickém zařízení nad rámec právních předpisů nebo smlouvy,

4. zdravotní pojišťovna překračuje rozsah kontrolní činnosti stanovený touto rámcovou smlouvou nebo zákonem,
5. zdravotní pojišťovna přes písemné upozornění neoprávněně neuhradí zdravotnickému zařízení poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
6. se pokračování smluvního vztahu se zdravotní pojišťovnou stane pro zdravotnické zařízení ekonomicky nevýhodným.

Čl. 9

Vzájemné sdělování údajů a předávání dokladů nutných ke kontrole plnění smlouvy

(1) Smluvní strany

- a) používají v souladu s metodikou pro jednoznačnou identifikaci zdravotnického zařízení identifikační číslo zařízení,
- 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 poskytované hrazené zdravotní péče, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve smlouvě.

(2) Zdravotnické 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 předpisy¹²⁾,
- 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
 1. ke zrušení pracoviště nebo jeho části bez náhrady, nebo jeho uzavření na dobu delší než 30 kalendářních dnů,
 2. ke zrušení nepřetržitého provozu, nebo jeho výpadku na dobu delší než 30 kalendářních dnů,
 3. ke změně ve funkcích jmenovitě uvedených ve smlouvě,
 4. k výpadku přírodního zdroje nebo přístroje nezbytného pro provádění výkonu bez náhrady na dobu delší než 30 kalendářních dnů.

- (3) Pojišťovna může poskytnout zdravotnickému zařízení v zobecněné formě informace potřebné k ekonomizaci jeho činnosti nebo k jeho vědecké a výzkumné činnosti a ke kontrole kvality poskytované hrazené zdravotní péče, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve smlouvě.

Čl. 10

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 předpisu¹³⁾.

- (2) Smírčí jednání navrhuje jedna ze smluvních stran. Návrh musí obsahovat přesné a dostatečně podrobné vymezení sporu. Smírčího jednání se účastní zmocněný zástupce zdravotnického zařízení a statutární zástupce pojišťovny nebo jím zmocněný vedoucí pracovník oprávněný samostatně jménem pojišťovny v dané věci jednat a rozhodovat. Zdravotnické zařízení je oprávněno přizvat ke smírčímu jednání profesní komoru zřízenou zákonem nebo občanské sdružení uvedené v § 17 odst. 2 zákona a právního zástupce. Místo a čas smírčího jednání navrhuje účastník, který k němu dal podnět. K projednání sporu si dále 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.

Čl. 11

Smluvní strany jsou povinny uvést do souladu obsah smluv uzavřených podle vyhlášky č. 457/2000 Sb. s obsahem této rámcové smlouvy nejpozději do 30.6.2006.



ISSN 1211-1244

Vydává a tiskne: Tiskárna Ministerstva vnitra, p. o., Bartůňkova 4, pošt. schr. 10, 149 01 Praha 415, telefon: 272 927 011, fax: 974 887 395 – **Redakce:** Ministerstvo vnitra, Nám. Hrdinů 1634/3, pošt. schr. 155/SB, 140 21 Praha 4, telefon: 974 817 287, fax: 974 816 871 – **Administrace:** písemné objednávky předplatného, změny adres a počtu odebíraných výtisků – MORAVIAPRESS, a. s., U Póny 3061, 690 02 Břeclav, fax: 519 321 417, e-mail: sbirky@moraviapress.cz. Objednávky ve Slovenské republice přijímá a titul distribuuje Magnet-Press Slovakia, s. r. o., Teslova 12, 821 02 Bratislava, tel.: 00421 2 44 45 46 28, fax: 00421 2 44 45 46 27. **Roční předplatné** se stanovuje za dodávku kompletního ročníku včetně rejstříku a je od předplatitelů vybíráno formou záloh ve výši oznámené ve Sbírce zákonů. Závěrečné vyúčtování se provádí po dodání kompletního ročníku na základě počtu skutečně vydaných částek (první záloha na rok 2006 činí 3000,- Kč, druhá záloha činí 3000,- Kč) – Vychází podle potřeby – **Distribuce:** MORAVIAPRESS, a. s., U Póny 3061, 690 02 Břeclav, celoroční předplatné – 516 205 176, 519 305 176, 516 205 174, 519 205 174, objednávky jednotlivých částek (dobírky) – 516 205 207, 519 305 207, objednávky-knihkupci – 516 205 161, 519 305 161, faxové objednávky – 519 321 417, e-mail – sbirky@moraviapress.cz, zelená linka – 800 100 314. **Internetová prodejna:** www.sbirkyzakonu.cz – **Drobný prodej – Benešov:** Oldřich HAAGER, Masarykovo nám. 231; **Brno:** Ing. Jiří Hrazdil, Vranovská 16, SEVT, a. s., Česká 14; **České Budějovice:** SEVT, a. s., Česká 3, tel.: 387 432 244; **Hradec Králové:** TECHNOR, Wonkova 432; **Cheb:** EFREX, s. r. o., Karlova 31; **Chomutov:** DDD Knihkupectví – Antikvariát, Ruská 85; **Kadaň:** Knihařství – Příbíkova, J. Švermy 14; **Kladno:** eL VaN, Ke Stadionu 1953; **Klatovy:** Krameriovo knihkupectví, nám. Míru 169; **Liberec:** Podještědské knihkupectví, Moskevská 28; **Litoměřice:** Jaroslav Tvrdík, Lidická 69, tel.: 416 732 135, fax: 416 734 875; **Most:** Knihkupectví „U Knihomila“, Ing. Romana Kopková, Moskevská 1999; **Olomouc:** ANAG, spol. s r. o., Denisova č. 2, Zdeněk Chumchal – Knihkupectví Tycho, Ostružnická 3, Knihkupectví SEVT, a. s., Ostružnická 10; **Ostrava:** LIBREX, Nádražní 14, Profesio, Hollarova 14, SEVT, a. s., Denisova 1; **Otrokovice:** Ing. Kučeřík, Jungmannova 1165; **Pardubice:** LEJHANEK, s. r. o., třída Míru 65; **Plzeň:** TYPOS, a. s. Úslavská 2, EDICUM, Vojanova 45, Technické normy, Lábkova pav. č. 5, Vydavatelství a naklad. Aleš Čeněk, nám. Českých bratří 8; **Praha 1:** Dům učebnic a knih Černá Labuť, Na Poříčí 25, FIŠER-KLEMENTINUM, Karlova 1, LINDE Praha, a. s., Opletalova 35, NEOLUXOR s. r. o., Václavské nám. 41; **Praha 2:** ANAG, spol. s r. o., nám. Míru 9 (Národní dům), SEVT a. s., Slezská 126/6; **Praha 4:** SEVT, a. s., Jihlavská 405; **Praha 5:** SEVT, a. s., E. Peškové 14; **Praha 6:** PPP – Staňková Isabela, Puškinovo nám. 17; **Praha 7:** MONITOR CZ, s. r. o., V háji 6, tel.: 272 735 797; **Praha 8:** JASIPA, Zenklova 60, Specializovaná prodejna Sbírky zákonů, Sokolovská 35, tel.: 224 813 548; **Praha 9:** Abonentní tiskový servis-Ing. Urban, Jablonecká 362, po-pá 7-12 hod., tel.: 286 888 382, e-mail: tiskovy.servis@abonent.cz; **Praha 10:** BMSS START, s. r. o., Vinohradská 190; **Prerov:** Odborné knihkupectví, Bartoškova 9, Jana Honková – YAHÖ – i – centrum, Komenského 38; **Sokolov:** KAMA, Kalousek Milan, K. H. Borovského 22, tel.: 352 303 402; **Šumperk:** Knihkupectví D & G, Hlavní tř. 23; **Tábor:** Milada Šimonová – EMU, Budějovická 928; **Teplíce:** Knihkupectví L & N, Masarykova 15; **Trutnov:** Galerie ALFA, Bulharská 58; **Ústí nad Labem:** PNS Grosso s. r. o., Havířská 327, tel.: 475 259 032, fax: 475 259 029, Kartoön, s. r. o., Solvayova 1597/3, Vazby a doplňování Sbírek zákonů včetně dopravy zdarma, tel.+fax: 475 501 773, www.kartoön.cz, e-mail: kartoön@kartoön.cz; **Zábřeh:** Mgr. Ivana Patková, Žižkova 45; **Zátec:** Prodejna U Pivovaru, Žižkovo nám. 76, Jindřich Procházka, Bezděkov 89 – Vazby Sbírek, tel.: 415 712 904. **Distribuční podmínky předplatného:** jednotlivé částky jsou expedovány neprodleně po dodání z tiskárny. Objednávky nového předplatného jsou vyřizovány do 15 dnů a pravidelné dodávky jsou zahajovány od nejbližší částky po ověření úhrady předplatného nebo jeho zálohy. Částky vyslé v době od za evidování předplatného do jeho úhrady jsou doposílány jednorázově. Změny adres a počtu odebíraných výtisků jsou prováděny do 15 dnů. **Reklamace:** informace na tel. číslech 516 205 207, 519 305 207. V písemném styku vždy uvádějte IČO (právnícká osoba), rodné číslo (fyzická osoba). **Podávání novinových zásilek** povoleno Českou poštou, s. p., Odštěpný závod Jižní Morava Ředitelství v Brně č. j. P/2-4463/95 ze dne 8. 11. 1995.