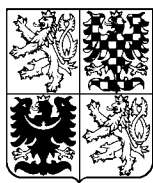


Ročník 2000



SBÍRKA ZÁKONŮ

ČESKÁ REPUBLIKA

Částka 130

Rozeslána dne 29. prosince 2000

Cena Kč 59,20

O B S A H:

457. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví, kterou se vydávají rámcové smlouvy

457

VYHLÁŠKA

Ministerstva zdravotnictví

ze dne 13. prosince 2000,

kterou se vydávají rámcové smlouvy

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 17 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 2/1998 Sb.:

§ 1

Rámcové smlouvy pro zdravotní pojišťovny¹⁾ a zdravotnická zařízení:²⁾

1. poskytující zdravotní péči praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost,
2. poskytující 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. poskytující ambulantní péči zubních lékařů,
4. poskytující zdravotní péči v nemocnicích, odborných léčebných ústavech, odborných dětských léčebnách a ozdravovnách a léčebnách dlouhodobě nemocných,
5. ambulantní poskytující diagnostickou péči (odbornosti 222, 801 – 805, 807, 812 – 823, 809³⁾),

6. poskytující domácí zdravotní péči, fyzioterapii (odbornost 902 a 918³⁾), ergoterapii a klinickou logopedii,

7. poskytující zdravotnickou záchrannou službu a dopravu,

8. lékárenské péče,

9. poskytující lázeňskou péči

jsou uvedeny v přílohách č. 1 až 9.

§ 2

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

§ 3

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2001.

Ministr:

prof. MUDr. Fišer, CSc. v. r.

¹⁾ Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně, 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 zákona č. 161/1993 Sb. a zákona č. 258/2000 Sb.

³⁾ Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění vyhlášky č. 55/2000 Sb. a vyhlášky č. 135/2000 Sb.

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 zařízeními¹⁾ a zdravotními pojišťovnami²⁾ (dále jen "pojišťovny"), a to 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 předpisem³⁾, se na vypracování textu smlouvy podílejí zástupci pojišťoven a zástupci poskytovatelů zdravotní péče, zmocnění k zastupování v této věci.

Část druhá Smlouvy

¹⁾ 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 zákona č. 161/1993 Sb. a zákona č. 258/2000 Sb.

²⁾ Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů.

³⁾ Zákon č. 63/1991 Sb., o ochraně hospodářské soutěže, ve znění pozdějších předpisů.

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) Základní podmínky pro uzavření smlouvy:
 - 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 v součinnosti se zástupci pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče a vydávanými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou.
- (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) výši úhrady hrazené zdravotní péče nebo způsob jejího stanovení,
 - 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 skutečnostech, o nichž se dozvěděli při výkonu své funkce nebo zaměstnání anebo při zpracování údajů z informačního systému na základě smlouvy, popřípadě v souvislosti s nimi.

(2) 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 pracovníci, kteří budou pojištěncům poskytovat ve smlouvě sjednanou hrazenou zdravotní péči, splňují požadavky odborné způsobilosti stanovené právními předpisy pro poskytování této zdravotní péče,
- c) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytovanou zdravotní péči podle zvláštního právního předpisu⁴⁾,
- 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 odstavci 1 písmenu b) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen "zákon č. 48/1997 Sb."),

⁴⁾ Vyhláška č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, ve znění pozdějších předpisů.

- 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 č. 48/1997 Sb. 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 - absolventi, zařazení do specializační průpravy pro specializaci I. stupně, budou poskytovat hrazenou zdravotní péči pouze pod vedením jiného atestovaného lékaře,
- n) odpovídá podle zvláštního právního předpisu⁵⁾ 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,

⁵⁾ Vyhláška č. 343/1997 Sb., kterou se stanoví způsob předepisování léčivých přípravků, náležitosti lékařských předpisů a pravidla jejich používání.

- 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.

Čl. 4

Úhrada poskytované hrazené zdravotní péče

- (1) Ceny bodu a výše úhrad 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 cenách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, nebo v souladu se zvláštním právním předpisem.
- (3) Mezi smluvními stranami musí být vždy předem dohodnuto zvýšení nebo snížení objemu poskytované 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 obsahuje náležitosti účetního dokladu⁶⁾. Náležitosti přílohy jsou obsaženy v metodice nebo se v souladu s metodikou upřesní ve smlouvě. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu⁶⁾ 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).
- (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.

⁶⁾ Zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění zákona č. 117/1994 Sb. a zákona č. 227/1997 Sb.

- (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 20 kalendářních dnů a při předání vyúčtování pojišťovně na papírových dokladech do 40 kalendářních dnů ode dne doručení faktury pojišťovně, nedohodnou-li se smluvní strany jinak.
- (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 č. 48/1997 Sb. 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 požadované doklady, sděluje údaje a poskytuje vysvětlení. Umožní

revizním lékařům a odborným pracovníkům pojišťovny vstup do svého objektu, nahlížení do zdravotnické dokumentace pojištěnců a do účetních dokladů bezprostředně souvisejících s prováděnou kontrolou vyúčtovaných zdravotních výkonů, léčiv a zdravotnických prostředků, včetně zvlášť účtovaných léčiv a zvlášť účtovaného materiálu.

- (5) 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. V případě kontroly přímo ve zdravotnickém zařízení bude na místě zpracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a stanoviska zdravotnického zařízení.
- (6) 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.
- (7) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazené zdravotní péče nebo její neodůvodněné poskytování, pojišťovna podle § 42 odstavce 3 zákona č. 48/1997 Sb. takovou péči neuhradí a je oprávněna postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě. 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.

Čl. 6

Omezení úhrady

Zásady uplatňování omezení úhrady podle § 17 zákona č. 48/1997 Sb. se projednávají mezi zástupci pojišťoven a zástupci příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních zdravotnických zařízení.

Čl. 7

Sankční ujednání

- (1) Smluvní strany si mohou pro neplnění smluvních povinností a porušení smlouvy podle odstavce 2 sjednat povinnost uhradit smluvní pokutu a její výši.
- (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. neposkytne povinná hlášení vyplývající z právních předpisů,
 3. neodůvodněně opožděně vykazuje poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
 4. opakovaně porušilo povinnost ohlásit pojišťovně v souladu s § 55 zákona č. 48/1997 Sb. úrazy nebo jiná poškození zdraví pojištěnce způsobená jednáním právnické nebo fyzické osoby,
- c) pojišťovna
1. prokazatelně neodůvodněně sníží nebo odmítne úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče,
 2. provádí úhradu oprávněně vyúčtované poskytnuté hrazené zdravotní péče s prodlením.
- (3) Uplatněním sankce není dotčeno právo smluvních stran na vrácení úhrady za neoprávněně nebo nesprávně vyúčtovanou a uhrazenou hrazenou zdravotní péči.

Doba účinnosti, způsob a důvody ukončení smlouvy

Čl. 8

Smlouva se uzavírá na dobu 5 let, pokud se smluvní strany nedohodnou jinak.

Čl. 9

Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit písemnou výpovědí, s výpovědní lhůtou šesti měsíců, a to vždy k 1.lednu následujícího roku, v případě, že

- a) zdravotnické zařízení přes písemné upozornění
1. bez předchozí dohody s pojišťovnou dlouhodobě bezdůvodně neposkytuje zdravotní péči ve sjednaném rozsahu a kvalitě,
 2. bez předchozí dohody s pojišťovnou opakovaně účtuje zdravotní péči poskytnutou nad rámec sjednaného druhu, odbornosti a rozsahu činnosti,
 3. neodůvodněně omezuje pro pojištěnce pojišťovny ordinační dobu sjednanou ve smlouvě,
- b) pojišťovna přes písemné upozornění opakovaně
1. nedodrží lhůty splatnosti dohodnuté ve smlouvě,
 2. poskytne třetí straně údaje o zdravotnickém zařízení nad rámec právních předpisů nebo smlouvy.

Čl. 10

Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit písemnou výpovědí, s výpovědní lhůtou tří měsíců, která začne běžet prvním dnem měsíce následujícího po doručení výpovědi druhé smluvní straně, jestliže v důsledku závažných okolností nelze rozumně očekávat další plnění smlouvy, a to v případě, že

a) smluvní strana

1. uvedla při uzavření smlouvy druhou smluvní stranu v omyl,
2. ve smluvních vztazích hrubým způsobem porušila závažnou povinnost uloženou jí příslušným právním předpisem nebo smlouvou,
3. opakovaně poruší povinnost vyplývající z § 41 zákona č. 48/1997 Sb.,
4. vstoupí do likvidace nebo na ni soud prohlásí konkurz,

b) zdravotnické zařízení přes písemné upozornění

1. prokazatelně opakovaně neoprávněně účtuje zdravotní péči a způsobí tím pojišťovně finanční škodu,
2. neposkytne nezbytnou součinnost k výkonu kontrolní činnosti prováděné pojišťovnou v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb.,
3. prokazatelně neposkytuje pojištěncům zdravotní péči kvalitně a "lege artis", popřípadě opakovaně odmítne poskytnutí zdravotní péče z jiných, než právními předpisy stanovených důvodů,
4. požaduje v rozporu s právními předpisy od pojištěnců finanční úhradu za zdravotní péči hrazenou pojišťovnou nebo za přijetí pojištěnce do péče,

c) pojišťovna přes písemné upozornění opakovaně

1. prokazatelně neoprávněně neuhradí zdravotnickému zařízení poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
2. překračuje rozsah kontrolní činnosti stanovený zákonem č. 48/1997 Sb.

Čl. 11

Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit

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

Čl. 12

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 předpisy⁷⁾,
- 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. 13

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 předpisu⁸⁾.
- (2) Smířčí jednání navrhuje jedna ze smluvních stran. Návrh musí obsahovat přesné a dostatečně podrobné vymezení sporu. Účastníkem smířčího jednání je smluvní strana, která podala návrh na projednání sporu, smluvní strana, které je návrh na projednání sporu adresován, zástupce příslušných skupinových smluvních zdravotnických zařízení zastupovaných svými zájmovými sdruženími⁹⁾ podle § 17 odstavce 2 zákona č. 48/1997 Sb. a zástupce pojišťovny. K projednání sporu si každá smluvní strana může přizvat nejvýše dva odborné poradce. Smířčí jednání se ukončí zápisem, obsahujícím smír nebo závěr, že rozpor nebyl odstraněn s uvedením stanovisek obou stran.

⁷⁾ Například zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů.

⁸⁾ Zákon č. 216/1994 Sb., o rozhodčím řízení a o výkonu rozhodčích nálezů.

⁹⁾ Zákon č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů.

§ 20 f a násl. zákona č. 40/1964 Sb., Občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

Čl. 14

Smluvní strany jsou povinny upravit obsah smluv uzavřených do 31.12.2000 podle této rámcové smlouvy nejpozději do 30.6.2001.

Rámcová smlouva

pro

zdravotnická zařízení poskytující

ambulantní specializovanou péči a péči ženských lékařů (odbornost 603, 604¹⁾)

s výjimkou zdravotnických zařízení poskytujících fyzioterapii (odbornost 902 a 918¹⁾),
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 zařízeními²⁾ a zdravotními pojišťovnami³⁾ (dále jen „pojišťovny“), a to 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 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.

¹⁾ Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami ve znění vyhlášky č. 55/2000 Sb. a vyhlášky č. 135/2000 Sb.

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 zákona č. 161/1993 Sb. a zákona č. 258/2000 Sb.

³⁾ Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů.

⁴⁾ Zákon č. 63/1991 Sb., o ochraně hospodářské soutěže, 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) Základní podmínky pro uzavření smlouvy:
 - 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 v součinnosti se zástupci pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče a vydávanými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou.
- (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) výši úhrady hrazené zdravotní péče nebo způsob jejího stanovení,
 - 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 skutečnostech, o nichž se dozvěděli při výkonu své funkce nebo zaměstnání anebo při zpracování údajů z informačního systému na základě smlouvy, popřípadě v souvislosti s nimi.

(2) 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 pracovníci, kteří budou pojištěncům poskytovat ve smlouvě sjednanou hrazenou zdravotní péči, splňují požadavky odborné způsobilosti stanovené právními předpisy,
- c) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytovanou zdravotní péči podle zvláštního právního předpisu⁵⁾,
- 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 odstavce 1 písmenu b) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 48/1997 Sb.“),

⁵⁾ Vyhláška č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, ve znění pozdějších předpisů.

- 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 č. 48/1997 Sb. 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 - absolventi, zařazení do specializační průpravy pro specializaci I. stupně, budou pracovat pouze pod vedením jiného atestovaného lékaře a psychologové – absolventi magisterského studia na vysokých školách, zařazení do specializační průpravy v úseku činnosti klinická psychologie, budou pracovat pouze pod vedením klinického psychologa,
- n) odpovídá podle zvláštního právního předpisu⁶⁾ 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,

⁶⁾ Vyhláška č. 343/1997 Sb., kterou se stanoví způsob předepisování léčivých přípravků, náležitosti lékařských předpisů a pravidla jejich používání.

- 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.

Čl. 4

Úhrada poskytované hrazené zdravotní péče

- (1) Ceny bodu a výše úhrad 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 cenách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, nebo v souladu se zvláštním právním předpisem.
- (3) Mezi smluvními stranami musí být vždy předem dohodnuto zvýšení nebo snížení objemu poskytované 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 obsahuje náležitosti účetního dokladu⁷⁾. Náležitosti přílohy jsou stanoveny v metodice nebo se v souladu s metodikou upřesní ve smlouvě. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu⁷⁾ 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

⁷⁾ Zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění zákona č. 117/1994 Sb. a zákona č. 227/1997 Sb.

nesprávně vyúčtované péče nebo k doložení poskytnutí hrazené zdravotní péče. Řádně poskytnutou a vyúčtovanou péčí 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 20 kalendářních dnů a při předání vyúčtování pojišťovně na papírových dokladech do 40 kalendářních dnů ode dne doručení faktury pojišťovně, nedohodnou-li se smluvní strany jinak.
- (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 č. 48/1997 Sb. 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 (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 požadované doklady, sděluje údaje a poskytuje vysvětlení. Umožní revizním lékařům a odborným pracovníkům pojišťovny vstup do svého objektu, nahlížení do zdravotnické dokumentace pojištěnců a do účetních dokladů bezprostředně souvisejících s prováděnou kontrolou vyúčtovaných zdravotních výkonů, léčiv a zdravotnických prostředků, včetně zvlášť účtovaných léčiv a zvlášť účtovaného materiálu.
- (5) 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. V případě kontroly přímo ve zdravotnickém zařízení bude na místě zpracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a stanoviska zdravotnického zařízení.
- (6) 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.
- (7) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazené zdravotní péče nebo její neodůvodněné poskytování, pojišťovna podle § 42 odstavce 3 zákona č. 48/1997 Sb. takovou péči neuhradí a je oprávněna postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě. 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.

Čl. 6

Omezení úhrady

Zásady uplatňování omezení úhrady podle § 17 zákona č. 48/1997 Sb. se projednávají mezi zástupci pojišťoven a zástupci příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních zdravotnických zařízení.

Čl. 7

Sankční ujednání

- (1) Smluvní strany si mohou pro neplnění smluvních povinností a porušení smlouvy podle odstavce 2 sjednat povinnost uhradit smluvní pokutu a její výši.
- (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. neposkytne povinná hlášení vyplývající z právních předpisů,
 3. neodůvodněně opožděně vykazuje poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
 4. opakovaně porušilo povinnost ohlásit pojišťovně v souladu s § 55 zákona č. 48/1997 Sb. úrazy nebo jiná poškození zdraví pojištěnce způsobená jednáním právnické nebo fyzické osoby,
 - c) pojišťovna
 1. prokazatelně neodůvodněně sníží nebo odmítne úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče,
 2. provádí úhradu oprávněně vyúčtované poskytnuté hrazené zdravotní péče s prodlením.
- (3) Uplatněním sankce není dotčeno právo smluvních stran na vrácení úhrady za neoprávněně nebo nesprávně vyúčtovanou a uhrazenou hrazenou zdravotní péči.

Doba účinnosti, způsob a důvody ukončení smlouvy

Čl. 8

Smlouva se uzavírá na dobu 5 let, pokud se smluvní strany nedohodnou jinak.

Čl. 9

Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit písemnou výpovědí, s výpovědní lhůtou šesti měsíců, a to vždy k 1.lednu následujícího roku, v případě, že

- a) zdravotnické zařízení přes písemné upozornění
 1. bez předchozí dohody s pojišťovnou dlouhodobě bezdůvodně neposkytuje zdravotní péči ve sjednaném rozsahu a kvalitě,
 2. bez předchozí dohody s pojišťovnou opakovaně účtuje zdravotní péči poskytnutou nad rámec sjednaného druhu, odbornosti a rozsahu činnosti,
 3. neodůvodněně omezuje pro pojištěnce pojišťovny ordinační dobu sjednanou ve smlouvě,
- b) pojišťovna přes písemné upozornění opakovaně
 1. nedodrží lhůty splatnosti dohodnuté ve smlouvě,

2. poskytne třetí straně údaje o zdravotnickém zařízení nad rámec právních předpisů nebo smlouvy.

Čl. 10

Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit písemnou výpovědí, s výpovědní lhůtou tří měsíců, která začne běžet prvním dnem měsíce následujícího po doručení výpovědi druhé smluvní straně, jestliže v důsledku závažných okolností nelze rozumně očekávat další plnění smlouvy, a to v případě, že

- a) smluvní strana
 1. uvedla při uzavření smlouvy druhou smluvní stranu v omyl,
 2. ve smluvních vztazích hrubým způsobem porušila závažnou povinnost uloženou jí příslušným právním předpisem nebo smlouvou,
 3. opakovaně poruší povinnost vyplývající z § 41 zákona č. 48/1997 Sb.,
 4. vstoupí do likvidace nebo na ni soud prohlásí konkurz,
- b) zdravotnické zařízení přes písemné upozornění
 1. prokazatelně opakovaně neoprávněně účtuje zdravotní péči a způsobí tím pojišťovně finanční škodu,
 2. neposkytne nezbytnou součinnost k výkonu kontrolní činnosti prováděné pojišťovnou v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb.,
 3. prokazatelně neposkytuje pojištěncům zdravotní péči kvalitně a „lege artis“, případně opakovaně odmítne poskytnutí zdravotní péče z jiných, než právními předpisy stanovených důvodů,
 4. požaduje v rozporu s právními předpisy od pojištěnců finanční úhradu za zdravotní péči hrazenou pojišťovnou nebo za přijetí pojištěnce do péče,
- c) pojišťovna přes písemné upozornění opakovaně
 1. prokazatelně neoprávněně neuhradí zdravotnickému zařízení poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
 2. překračuje rozsah kontrolní činnosti stanovený zákonem č. 48/1997 Sb.

Čl. 11

Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit

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

Čl. 12

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 předpisy⁸⁾,
 - 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. 13

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 předpisu⁹⁾.
- (2) Smírčí jednání navrhuje jedna ze smluvních stran. Návrh musí obsahovat přesné a dostatečně podrobné vymezení sporu. Účastníkem smírčího jednání je smluvní strana, která podala žádost o projednání sporu, smluvní strana, které je žádost o projednání sporu adresována, zástupce příslušných smluvních zdravotnických zařízení zastupovaných svými zájmovými sdruženími¹⁰⁾ podle § 17 odstavce 2 zákona č. 48/1997 Sb. a zástupce pojišťovny. K projednání sporu si každá smluvní strana může přizvat nejvýše dva odborné poradce. Smírčí jednání se ukončí zápisem, obsahujícím smír nebo závěr, že rozpor nebyl odstraněn s uvedením stanovisek obou stran.

⁸⁾ Například zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů.

⁹⁾ Zákon č. 216/1994 Sb., o rozhodčím řízení a o výkonu rozhodčích nálezů.

¹⁰⁾ Zákon č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů.

§ 20 f a násl. zákona č. 40/1964 Sb., Občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

Čl. 14

Smluvní strany jsou povinny upravit obsah smluv uzavřených do 31.12.2000 podle této rámcové smlouvy nejpozději do 30.6.2001.

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 zařízeními¹⁾ a zdravotními pojišťovnami²⁾ (dále jen „pojišťovny“), a to 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 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 předpisem³⁾, se na vypracování textu smlouvy podílejí zástupci pojišťoven a zástupci poskytovatelů zdravotní péče, zmocnění k zastupování v této věci.**

Část druhá

Smlouvy

¹⁾ 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 zákona č. 161/1993 Sb. a zákona č. 258/2000 Sb.

²⁾ Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů.

³⁾ Zákon č. 63/1991 Sb., o ochraně hospodářské soutěže, ve znění pozdějších předpisů.

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) Základní podmínky pro uzavření smlouvy:
 - 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 v součinnosti se zástupci pojišťoven a zástupci poskytovatelů zdravotní péče a vydávanými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou.
- (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) výši úhrady hrazené zdravotní péče nebo způsob jejího stanovení,
 - 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 skutečnostech, o nichž se dozvěděli při výkonu své funkce nebo zaměstnání anebo při zpracování údajů z informačního systému na základě smlouvy, popřípadě v souvislosti s nimi,

(2) 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 pracovníci, kteří budou pojištěncům poskytovat ve smlouvě sjednanou hrazenou zdravotní péči, splňují požadavky způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání stanovené právními předpisy pro poskytování této zdravotní péče,
- c) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytovanou zdravotní péči podle zvláštního právního předpisu⁴⁾,
- 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 odstavci 1 písmenu b) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 48/1997 Sb.“),
- 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,

⁴⁾ Vyhláška č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, ve znění pozdějších předpisů.

- 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 č. 48/1997 Sb. 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 lékař - absolvent bude po dobu přípravy pracovat pod přímým vedením kvalifikovaného lékaře,
- 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 předpisu⁵⁾ 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.

(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.

⁵⁾ Vyhláška č. 343/1997 Sb., kterou se stanoví způsob předepisování léčivých přípravků, náležitosti lékařských předpisů a pravidla jejich používání.

Čl. 4**Úhrada poskytované hrazené zdravotní péče**

- (1) Ceny bodu a výše úhrad 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 cenách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, nebo v souladu se zvláštním právním předpisem.
- (3) Mezi smluvními stranami musí být vždy předem dohodnuto zvýšení nebo snížení objemu poskytované 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 obsahuje náležitosti účetního dokladu⁶⁾. Náležitosti přílohy jsou obsaženy v metodice nebo se v souladu s metodikou upřesní ve smlouvě. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu⁶⁾ 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.

⁶⁾ Zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění zákona č. 117/1994 Sb. a zákona č. 227/1997 Sb.

- (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 20 kalendářních dnů a při předání vyúčtování pojišťovně na papírových dokladech do 40 kalendářních dnů ode dne doručení faktury pojišťovně, nedohodnou-li se smluvní strany jinak.
- (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 č. 48/1997 Sb. 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 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 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 požadované doklady, sděluje údaje a poskytuje vysvětlení. Umožní revizním lékařům a odborným pracovníkům pojišťovny vstup do svého objektu, nahlížení do zdravotnické dokumentace pojištěnců a do účetních dokladů bezprostředně souvisejících s prováděnou kontrolou vyúčtovaných zdravotních výkonů, léčiv a zdravotnických prostředků, včetně zvlášť účtovaných léčiv a zvlášť účtovaného materiálu.
- (5) 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. V případě kontroly přímo ve zdravotnickém zařízení bude na místě zpracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a stanoviska zdravotnického zařízení.

- (6) 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.
- (7) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazené zdravotní péče nebo její neodůvodněné poskytování, pojišťovna podle § 42 odstavce 3 zákona č. 48/1997 Sb. takovou péči neuhradí a je oprávněna postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě. 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.

Čl. 6

Omezení úhrady

Zásady uplatňování omezení úhrady podle § 17 zákona č. 48/1997 Sb. se projednávají mezi zástupci pojišťoven a zástupci příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních zdravotnických zařízení.

Čl. 7

Sankční ujednání

- (1) Smluvní strany si mohou pro neplnění smluvních povinností a porušení smlouvy podle odstavce 2 sjednat povinnost uhradit smluvní pokutu a její výši.
- (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. neposkytne povinná hlášení vyplývající z právních předpisů,

3. neodůvodněně opožděně vykazuje poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
 4. opakovaně porušilo povinnost ohlásit pojišťovně v souladu s § 55 zákona č. 48/1997 Sb. úrazy nebo jiná poškození zdraví pojištěnce způsobená jednáním právnické nebo fyzické osoby,
- c) pojišťovna
1. prokazatelně neodůvodněně sníží nebo odmítne úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče,
 2. provádí úhradu oprávněně vyúčtované poskytnuté hrazené zdravotní péče s prodlením.
- (3) Uplatněním sankce není dotčeno právo smluvních stran na vrácení úhrady za neoprávněně nebo nesprávně vyúčtovanou a uhrazenou hrazenou zdravotní péči.

Doba účinnosti, způsob a důvody ukončení smlouvy

Čl. 8

Smlouva se uzavírá na dobu 5 let, pokud se smluvní strany nedohodnou jinak.

Čl. 9

Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit písemnou výpovědí, s výpovědní lhůtou šesti měsíců, a to vždy k 1.lednu následujícího roku, v případě, že

- a) zdravotnické zařízení přes písemné upozornění
1. bez předchozí dohody s pojišťovnou dlouhodobě bezdůvodně neposkytuje zdravotní péči ve sjednaném rozsahu a kvalitě,
 2. bez předchozí dohody s pojišťovnou opakovaně účtuje zdravotní péči poskytnutou nad rámec sjednaného druhu, odbornosti a rozsahu činnosti, s výjimkou nutné a neodkladné péče,
 3. neodůvodněně omezuje pro pojištěnce pojišťovny ordinační dobu,
- b) pojišťovna přes písemné upozornění opakovaně
1. nedodrží lhůty splatnosti dohodnuté ve smlouvě,
 2. poskytne třetí straně údaje o zdravotnickém zařízení nad rámec právních předpisů nebo smlouvy.

Čl. 10

Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit písemnou výpovědí, s výpovědní lhůtou tří měsíců, která začne běžet prvním dnem měsíce následujícího po doručení výpovědi druhé smluvní straně, jestliže v důsledku závažných okolností nelze rozumně očekávat další plnění smlouvy, a to v případě, že

- a) smluvní strana
1. uvedla při uzavření smlouvy druhou smluvní stranu v omyl,
 2. ve smluvních vztazích hrubým způsobem porušila závažnou povinnost uloženou jí příslušným právním předpisem nebo smlouvou,

3. opakovaně poruší povinnost vyplývající z § 41 zákona č. 48/1997 Sb.,
 4. vstoupí do likvidace nebo na ni soud prohlásí konkurz,
- b) zdravotnické zařízení přes písemné upozornění
1. prokazatelně opakovaně neoprávněně účtuje zdravotní péči a způsobí tím pojišťovně finanční škodu,
 2. neposkytne nezbytnou součinnost k výkonu kontrolní činnosti prováděné pojišťovnou v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb.,
 3. prokazatelně neposkytuje pojištěncům zdravotní péči kvalitně a „lege artis“, případně opakovaně odmítne poskytnutí zdravotní péče z jiných, než právními předpisy stanovených důvodů,
 4. požaduje v rozporu s právními předpisy od pojištěnců finanční úhradu za zdravotní péči hrazenou pojišťovnou nebo za přijetí pojištěnce do péče,
- c) pojišťovna přes písemné upozornění opakovaně
1. prokazatelně neoprávněně neuhradí zdravotnickému zařízení poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
 2. překračuje rozsah kontrolní činnosti stanovený zákonem č. 48/1997 Sb.

Čl. 11

Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit

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

Čl. 12

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 předpisy⁷⁾,

⁷⁾ Například zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů.

- 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. 13

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 předpisu⁸⁾.
- (2) Smířčí jednání navrhuje jedna ze smluvních stran. Návrh musí obsahovat přesné a dostatečně podrobné vymezení sporu. Účastníkem smířčího jednání je smluvní strana, která podala návrh na projednání sporu, smluvní strana, které je návrh na projednání sporu adresován, zástupce smluvních zdravotnických zařízení a zástupce pojišťovny. K projednání sporu si každá smluvní strana může přizvat nejvýše dva odborné poradce. Smířčí jednání se ukončí zápisem, obsahujícím smír nebo závěr, že rozpor nebyl odstraněn s uvedením stanovisek obou stran.

Čl. 14

Smluvní strany jsou povinny upravit obsah smluv uzavřených do 31.12.2000 podle této rámcové smlouvy nejpozději do 30.6.2001.

⁸⁾ Zákon č. 216/1994 Sb., o rozhodčím řízení a o výkonu rozhodčích nálezů.

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 zařízeními¹⁾ a zdravotními pojišťovnami²⁾ (dále jen „pojišťovny“), a to 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 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 předpisem³⁾, se na vypracování textu smlouvy podílejí zástupci pojišťoven a zástupci poskytovatelů zdravotní péče, zmocnění k zastupování v této věci.**

¹⁾ 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 zákona č. 161/1993 Sb. a zákona č. 258/2000 Sb.

²⁾ Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů.

³⁾ Zákon č. 63/1991 Sb., o ochraně hospodářské soutěže, 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) Základní podmínky pro uzavření smlouvy:
 - 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 v součinnosti se zástupci pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče a vydávanými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou.
- (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) výši úhrady hrazené zdravotní péče nebo způsob jejího stanovení,
 - 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 skutečnostech, o nichž se dozvěděli při výkonu své funkce nebo zaměstnání anebo při zpracování údajů z informačního systému na základě smlouvy, popřípadě v souvislosti s nimi.

(2) 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 pracovníci, kteří budou pojištěncům poskytovat ve smlouvě sjednanou hrazenou zdravotní péči, splňují požadavky odborné způsobilosti stanovené právními předpisy pro poskytování této zdravotní péče,
- c) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytovanou zdravotní péči podle zvláštního právního předpisu⁴⁾,
- 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

⁴⁾ Vyhláška č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, ve znění pozdějších předpisů.

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 odstavci 1 písmenu b) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 48/1997 Sb.“),
- 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 č. 48/1997 Sb. 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 odstavce 5 zákona č. 48/1997 Sb. pojišťovně kopie hlášení nemocí z povolání,
- m) zajistí, že lékaři - absolventi, zařazení do specializační průpravy pro specializaci I. stupně, budou pracovat pouze pod vedením jiného atestovaného lékaře a psychologové - absolventi magisterského studia na vysokých školách, zařazení do specializační průpravy v úseku činnosti klinická psychologie, budou pracovat pouze pod vedením klinického psychologa,
- n) odpovídá podle zvláštního právního předpisu⁵⁾ 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,

⁵⁾ Vyhláška č. 343/1997 Sb., kterou se stanoví způsob předepisování léčivých přípravků, náležitosti lékařských předpisů a pravidla jejich používání.

- 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.

Čl. 4

Úhrada poskytované hrazené zdravotní péče

- (1) Ceny bodu a výše úhrad 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 obsahuje náležitosti účetního dokladu⁶⁾. Náležitosti přílohy jsou obsaženy v metodice nebo se v souladu s metodikou upřesní ve smlouvě. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu⁶⁾ 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.

⁶⁾ Zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění zákona č. 117/1994 Sb. a zákona č. 227/1997 Sb.

- (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 20 kalendářních dnů a při předání vyúčtování pojišťovně na papírových dokladech do 40 kalendářních dnů ode dne doručení faktury pojišťovně, nedohodnou-li se smluvní strany jinak.
- (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 č. 48/1997 Sb. 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 požadované doklady, sděluje údaje a poskytuje vysvětlení. Umožní revizním lékařům a odborným pracovníkům pojišťovny vstup do svého objektu, nahlížení do zdravotnické dokumentace pojištěnců a do účetních dokladů bezprostředně souvisejících s prováděnou kontrolou vyúčtovaných zdravotních výkonů, léčiv a zdravotnických prostředků, včetně zvláště účtovaných léčiv a zvláště účtovaného materiálu.
- (5) 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. V případě kontroly přímo ve zdravotnickém zařízení bude na místě zpracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a stanoviska zdravotnického zařízení.
- (6) 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.
- (7) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazené zdravotní péče nebo její neodůvodněné poskytování, pojišťovna podle § 42 odstavce 3 zákona č. 48/1997 Sb. takovou péči neuhradí a je oprávněna postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě. 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.

Čl. 6

Omezení úhrady

Zásady uplatňování omezení úhrady podle § 17 zákona č. 48/1997 Sb. se projednávají mezi zástupci pojišťoven a zástupci příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních zdravotnických zařízení.

Čl. 7

Sankční ujednání

- (1) Smluvní strany si mohou pro neplnění smluvních povinností a porušení smlouvy podle

odstavce 2 sjednat povinnost uhradit smluvní pokutu a její výši.

(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. neposkytne povinná hlášení vyplývající z právních předpisů,
3. neodůvodněně opožděně vykazuje poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
4. opakovaně porušilo povinnost ohlásit pojišťovně v souladu s § 55 zákona č. 48/1997 Sb. úrazy nebo jiná poškození zdraví pojištěnce způsobená jednáním právnické nebo fyzické osoby,

c) pojišťovna

1. prokazatelně neodůvodněně sníží nebo odmítne úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče,
2. provádí úhradu oprávněně vyúčtované poskytnuté hrazené zdravotní péče s prodlením.

(3) Uplatněním sankce není dotčeno právo smluvních stran na vrácení úhrady za neoprávněně nebo nesprávně vyúčtovanou a uhrazenou hrazenou zdravotní péči.

Doba účinnosti, způsob a důvody ukončení smlouvy

Čl. 8

Smlouva se uzavírá na dobu 5 let, pokud se smluvní strany nedohodnou jinak.

Čl. 9

Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit písemnou výpovědí, s výpovědní lhůtou šesti měsíců, a to vždy k 1.lednu následujícího roku, v případě, že

a) zdravotnické zařízení přes písemné upozornění

1. bez předchozí dohody s pojišťovnou dlouhodobě bezdůvodně neposkytuje zdravotní péči ve sjednaném rozsahu a kvalitě,
2. bez předchozí dohody s pojišťovnou opakovaně účtuje zdravotní péči poskytnutou nad rámec sjednaného druhu, odbornosti a rozsahu činnosti, s výjimkou nutné a neodkladné péče,
3. neodůvodněně omezuje pro pojištěnce pojišťovny ordinační nebo provozní dobu sjednanou ve smlouvě,

b) pojišťovna přes písemné upozornění opakovaně

1. nedodrží lhůty splatnosti dohodnuté ve smlouvě,
2. poskytne třetí straně údaje o zdravotnickém zařízení nad rámec právních předpisů nebo

smlouvy.

Čl. 10

Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit písemnou výpovědí, s výpovědní lhůtou tří měsíců, která začne běžet prvním dnem měsíce následujícího po doručení výpovědi druhé smluvní straně, jestliže v důsledku závažných okolností nelze rozumně očekávat další plnění smlouvy, a to v případě, že

a) smluvní strana

1. uvedla při uzavření smlouvy druhou smluvní stranu v omyl ve věci podstatné pro plnění smlouvy,
2. ve smluvních vztazích hrubým způsobem porušila závažnou povinnost uloženou jí příslušným právním předpisem nebo smlouvou,
3. opakovaně porušila povinnost vyplývající z § 41 zákona č. 48/1997 Sb.,
4. vstoupí do likvidace nebo na ni soud prohlásí konkurz,

b) zdravotnické zařízení přes písemné upozornění

1. prokazatelně opakovaně neoprávněně účtuje zdravotní péči a způsobí tím pojišťovně finanční škodu značného rozsahu,
2. opakovaně neposkytne nezbytnou součinnost k výkonu kontrolní činnosti prováděné pojišťovnou v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb.,
3. prokazatelně neposkytuje pojištěncům zdravotní péči kvalitně a „lege artis“, případně opakovaně odmítne poskytnutí zdravotní péče z jiných, než právními předpisy stanovených důvodů,
4. požaduje v rozporu s právními předpisy od pojištěnců finanční úhradu za zdravotní péči hrazenou pojišťovnou nebo za přijetí pojištěnce do péče,

c) pojišťovna přes písemné upozornění

1. prokazatelně neoprávněně neuhradí zdravotnickému zařízení poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
2. opakovaně překračuje rozsah kontrolní činnosti stanovený zákonem č. 48/1997 Sb.

Čl. 11

Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit

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

Čl. 12

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 předpisy⁷⁾,
- 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 předpisem⁸⁾, a tím změnu výše úhrady režijních nákladů ošetrovacího dne,
 - 7. ke změně počtu zdravotnických pracovníků, stanoveného zvláštním právním předpisem⁸⁾.

- (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. 13

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 předpisu⁹⁾.

⁷⁾ Například zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů.

⁸⁾ Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění vyhlášky č. 55/2000 Sb. a vyhlášky č. 135/2000 Sb.

⁹⁾ Zákon č. 216/1994 Sb., o rozhodčím řízení a o výkonu rozhodčích nálezů.

- (2) Smírčí jednání navrhuje jedna ze smluvních stran. Návrh musí obsahovat přesné a dostatečně podrobné vymezení sporu. Účastníkem smírčího jednání je smluvní strana, která podala návrh na projednání sporu, smluvní strana, které je návrh na projednání sporu adresován, zástupce příslušných skupinových smluvních zdravotnických zařízení zastupovaných svými zájmovými sdruženími¹⁰⁾ podle § 17 odstavce 2 zákona a zástupce pojišťovny. K projednání sporu si každá smluvní strana může přizvat nejvýše dva odborné poradce. Smírčí jednání se ukončí zápisem, obsahujícím smír nebo závěr, že rozpor nebyl odstraněn s uvedením stanovisek obou stran.

Čl. 14

Smluvní strany jsou povinny upravit obsah smluv uzavřených do 31.12.2000 podle této rámcové smlouvy nejpozději do 30.6.2001.

¹⁰⁾ Zákon č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů.

§ 20 f a násl. zákona č. 40/1964 Sb., Občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

Rámcová smlouva

pro

ambulantní zdravotnická zařízení poskytující

diagnostickou péči

(odbornosti 222, 801 - 805, 807, 812-823, 809¹⁾)

a zdravotní pojišťovny

Část první

Obecná ustanovení

Čl. 1

Smluvní vztahy

- (1) **Rámcová smlouva stanoví podmínky, za nichž se uzavírají smlouvy mezi zdravotnickými zařízeními²⁾ a zdravotními pojišťovnami³⁾ (dále jen „pojišťovny“), a to 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 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.**

¹⁾ Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami ve znění vyhlášky č. 55/2000 Sb. a vyhlášky č. 135/2000 Sb.

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 zákona č. 161/1993 Sb. a zákona č. 258/2000 Sb.

³⁾ Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů.

⁴⁾ Zákon č. 63/1991 Sb., o ochraně hospodářské soutěže, 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) Základní podmínky pro uzavření smlouvy:
 - 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 v součinnosti se zástupci pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče a vydávanými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou.
- (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) výši úhrady hrazené zdravotní péče nebo způsob jejího stanovení,
 - 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 skutečnostech, o nichž se dozvěděli při výkonu své funkce nebo zaměstnání anebo při zpracování údajů z informačního systému na základě smlouvy, popřípadě v souvislosti s nimi.

(2) 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 pracovníci, kteří budou pojištěncům poskytovat ve smlouvě sjednanou hrazenou zdravotní péči, splňují požadavky odborné způsobilosti stanovené právními předpisy pro poskytování této péče,
- c) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytovanou zdravotní péči podle zvláštního právního předpisu⁵⁾,
- 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 odstavci 1 písmenu b) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 48/1997 Sb.“),
- 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

⁵⁾ Vyhláška č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, ve znění pozdějších předpisů.

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

- k) oznámí pojišťovně, v souladu s § 55 zákona č. 48/1997 Sb. 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) 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.

Čl. 4

Úhrada poskytované hrazené zdravotní péče

- (1) Ceny bodu a výše úhrad 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 cenách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, nebo v souladu se zvláštním právním předpisem.
- (3) Mezi smluvními stranami musí být vždy předem dohodnuto zvýšení nebo snížení objemu poskytované 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

obsahuje náležitosti účetního dokladu⁶⁾. Náležitosti přílohy jsou stanoveny v metodice nebo se v souladu s metodikou upřesní ve smlouvě. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu⁶⁾ 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 20 kalendářních dnů a při předání vyúčtování pojišťovně na papírových dokladech do 40 kalendářních dnů ode dne doručení faktury pojišťovně, nedohodnou-li se smluvní strany jinak.
- (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,

⁶⁾ Zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění zákona č. 117/1994 Sb. a zákona č. 227/1997 Sb.

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 č. 48/1997 Sb. 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 nebo diagnostického postupu, včetně farmakoterapie, je v kompetenci ošetřujícího nebo diagnostikujícího lékaře.
- (4) Zdravotnické zařízení poskytne pojišťovně při výkonu kontroly nezbytnou součinnost, zejména předkládá požadované doklady, sděluje údaje a poskytuje vysvětlení. Umožní revizním lékařům a odborným pracovníkům pojišťovny vstup do svého objektu, nahlížení do zdravotnické dokumentace pojištěnců a do účetních dokladů bezprostředně souvisejících s prováděnou kontrolou vyúčtovaných zdravotních výkonů, léčiv a zdravotnických prostředků, včetně zvláště účtovaných léčiv a zvláště účtovaného materiálu.
- (5) 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. V případě kontroly přímo ve zdravotnickém zařízení bude na místě zpracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a stanoviska zdravotnického zařízení.
- (6) 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.
- (7) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazené zdravotní péče nebo její neodůvodněné poskytování, pojišťovna podle § 42 odstavce 3 zákona č. 48/1997 Sb. takovou péči neuhradí a je oprávněna postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě. Pokud se kontrolou prokáže, že neúčelnost, nesprávná indikace nebo zbytečná

ekonomická náročnost poskytnuté péče vyplývala z ordinace ošetřujícího lékaře, nebudou důsledky tohoto zjištění uplatněny vůči 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.

Čl. 6

Omezení úhrady

Zásady uplatňování omezení úhrady podle § 17 zákona č. 48/1997 Sb. se projednávají mezi zástupci pojišťoven a zástupci příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních zdravotnických zařízení.

Čl. 7

Sankční ujednání

- (1) Smluvní strany si mohou pro neplnění smluvních povinností a porušení smlouvy podle odstavce 2 sjednat povinnost uhradit smluvní pokutu a její výši.
- (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. neposkytne povinná hlášení vyplývající z právních předpisů,
 3. neodůvodněně opožděně vykazuje poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
 4. opakovaně porušilo povinnost ohlásit pojišťovně v souladu s § 55 zákona č. 48/1997 Sb. úrazy nebo jiná poškození zdraví pojištěnce způsobená jednáním právnické nebo fyzické osoby,
 - c) pojišťovna
 1. prokazatelně neodůvodněně sníží nebo odmítne úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče,
 2. provádí úhradu oprávněně vyúčtované poskytnuté hrazené zdravotní péče s prodlením.
- (3) Uplatněním sankce není dotčeno právo smluvních stran na vrácení úhrady za neoprávněně nebo nesprávně vyúčtovanou a uhrazenou hrazenou zdravotní péči.

Doba účinnosti, způsob a důvody ukončení smlouvy**Čl. 8**

Smlouva se uzavírá na dobu 5 let, pokud se smluvní strany nedohodnou jinak.

Čl. 9

Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit písemnou výpovědí, s výpovědní lhůtou šesti měsíců, a to vždy k 1.lednu následujícího roku, v případě, že

- a) zdravotnické zařízení přes písemné upozornění
 1. bez předchozí dohody s pojišťovnou dlouhodobě bezdůvodně neposkytuje zdravotní péči ve sjednaném rozsahu a kvalitě,
 2. bez předchozí dohody s pojišťovnou opakovaně účtuje zdravotní péči poskytnutou nad rámec sjednaného druhu, odbornosti a rozsahu činnosti,
 3. neodůvodněně omezuje pro pojištěnce pojišťovny ordinační nebo provozní dobu sjednanou ve smlouvě,
- b) pojišťovna přes písemné upozornění opakovaně
 1. nedodrží lhůty splatnosti dohodnuté ve smlouvě,
 2. poskytne třetí straně údaje o zdravotnickém zařízení nad rámec právních předpisů nebo smlouvy.

Čl. 10

Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit písemnou výpovědí, s výpovědní lhůtou tří měsíců, která začne běžet prvním dnem měsíce následujícího po doručení výpovědi druhé smluvní straně, jestliže v důsledku závažných okolností nelze rozumně očekávat další plnění smlouvy, a to v případě, že

- a) smluvní strana
 1. uvedla při uzavření smlouvy druhou smluvní stranu v omyl,
 2. ve smluvních vztazích hrubým způsobem porušila závažnou povinnost uloženou jí příslušným právním předpisem nebo smlouvou,
 3. vstoupí do likvidace nebo na ni soud prohlásí konkurz,
- b) zdravotnické zařízení přes písemné upozornění
 1. prokazatelně opakovaně neoprávněně účtuje zdravotní péči a způsobí tím pojišťovně finanční škodu,
 2. neposkytne nezbytnou součinnost k výkonu kontrolní činnosti prováděné pojišťovnou v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb.,
 3. prokazatelně neposkytuje pojištěncům zdravotní péči kvalitně a „lege artis“, případně opakovaně odmítne poskytnutí zdravotní péče z jiných, než právními předpisy stanovených důvodů,
 4. požaduje v rozporu s právními předpisy od pojištěnců finanční úhradu za zdravotní péči hrazenou pojišťovnou nebo za přijetí pojištěnce do péče,
- c) pojišťovna přes písemné upozornění opakovaně

1. prokazatelně neoprávněně neuhradí zdravotnickému zařízení poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
2. překračuje rozsah kontrolní činnosti stanovený zákonem č. 48/1997 Sb.

Čl. 11

Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit

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

Čl. 12

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 předpisy⁷⁾; 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.

⁷⁾ Např. zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů.

- (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. 13

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 předpisu⁸⁾.
- (2) Smírčí jednání navrhuje jedna ze smluvních stran. Návrh musí obsahovat přesné a dostatečně podrobné vymezení sporu. Účastníkem smírčího jednání je smluvní strana, která podala návrh na projednání sporu, smluvní strana, které je návrh na projednání sporu adresován, zástupce příslušných skupinových smluvních zdravotnických zařízení zastupovaných svými zájmovými sdruženími⁹⁾ podle § 17 odstavce 2 zákona č. 48/1997 Sb. a zástupce pojišťovny. K projednání sporu si každá smluvní strana může přizvat nejvýše dva odborné poradce. Smírčí jednání se ukončí zápisem, obsahujícím smír nebo závěr, že rozpor nebyl odstraněn s uvedením stanovisek obou stran.

Čl. 14

Smluvní strany jsou povinny upravit obsah smluv uzavřených do 31.12.2000 podle této rámcové smlouvy nejpozději do 30.6.2001.

⁸⁾ Zákon č. 216/1994 Sb., o rozhodčím řízení a o výkonu rozhodčích nálezů.

⁹⁾ Zákon č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů.

§ 20 f a násl. zákona č. 40/1964 Sb., Občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

Rámcová smlouva

pro

zdravotnická zařízení poskytující

domácí zdravotní péči, fyzioterapii (odbornost 902 a 918¹⁾), ergoterapii a klinickou logopedii

a zdravotní pojišťovny

Část první

Obsahová ustanovení

Čl. 1

Smluvní vztahy

- (1) Rámcová smlouva stanoví podmínky, za nichž se uzavírají smlouvy mezi zdravotnickými zařízeními²⁾ a zdravotními pojišťovnami³⁾ (dále jen „pojišťovny“), a to 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 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.

¹⁾ Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami ve znění vyhlášky č. 55/2000 Sb. a vyhlášky č. 135/2000 Sb.

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 zákona č. 161/1993 Sb. a zákona č. 258/2000 Sb.

³⁾ Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů.

⁴⁾ Zákon č. 63/1991 Sb., o ochraně hospodářské soutěže, 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) Základní podmínky pro uzavření smlouvy:
 - 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 v součinnosti se zástupci pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče a vydávanými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou.
- (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) výši úhrady hrazené zdravotní péče nebo způsob jejího stanovení,
 - 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 skutečnostech, o nichž se dozvěděli při výkonu své funkce nebo zaměstnání anebo při zpracování údajů z informačního systému na základě smlouvy, popřípadě v souvislosti s nimi.

(2) 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 pracovníci, kteří budou pojištěncům poskytovat ve smlouvě sjednanou hrazenou zdravotní péči, splňují požadavky odborné způsobilosti stanovené právními předpisy pro poskytování této zdravotní péče,
- c) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytovanou zdravotní péči podle zvláštního právního předpisu⁵⁾,
- d) 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 oboru,
- e) 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,
- 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 a při převzetí pojištěnce do péče bude takové informace od příslušných zařízení vyžadovat,
- g) neodmítne přijetí pojištěnce do své péče s výjimkou důvodů uvedených v § 11 odstavci 1 písmenu b) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 48/1997 Sb.“),
- 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,

⁵⁾ Vyhláška č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, ve znění pozdějších předpisů.

- 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 č. 48/1997 Sb. úrazy nebo jiná poškození zdraví osob, kterým poskytlo hrazenou zdravotní péči, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby,
- l) 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) 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.

Čl. 4

Úhrada poskytované hrazené zdravotní péče

- (1) Ceny bodu a výše úhrad 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 cenách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, nebo v souladu se zvláštním právním předpisem.

- (3) Mezi smluvními stranami musí být vždy předem dohodnuto zvýšení nebo snížení objemu poskytované 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 obsahuje náležitosti účetního dokladu⁶⁾. Náležitosti přílohy jsou stanoveny v metodice nebo se v souladu s metodikou upřesní ve smlouvě. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu⁶⁾ 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 20 kalendářních dnů a při předání vyúčtování pojišťovně na papírových dokladech do 40 kalendářních dnů ode dne doručení faktury pojišťovně, nedohodnou-li se smluvní strany jinak.
- (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.

⁶⁾ Zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění zákona č. 117/1994 Sb. a zákona č. 227/1997 Sb.

Čl. 5

Kontrola

- (1) Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona č. 48/1997 Sb. 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, 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 požadované doklady, sděluje údaje a poskytuje vysvětlení. Umožní revizním lékařům a odborným pracovníkům pojišťovny vstup do svého objektu, nahlížení do zdravotnické dokumentace pojištěnců a do účetních dokladů bezprostředně souvisejících s prováděnou kontrolou vyúčtovaných zdravotních výkonů, léčiv a zdravotnických prostředků, včetně zvlášť účtovaných léčiv a zvlášť účtovaného materiálu.
- (5) 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. V případě kontroly přímo ve zdravotnickém zařízení bude na místě zpracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a stanoviska zdravotnického zařízení.
- (6) 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.
- (7) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazené zdravotní péče nebo její neodůvodněné poskytování, pojišťovna podle § 42 odstavce 3 zákona č. 48/1997 Sb. takovou péči neuhradí a je oprávněna postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě. Pokud se kontrolou prokáže, že neúčelnost, nesprávná indikace nebo zbytečná ekonomická náročnost poskytnuté péče vyplývala z ordinace ošetřujícího lékaře, nebudou důsledky tohoto zjištění uplatněny vůči 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.

Čl. 6

Omezení úhrady

Zásady uplatňování omezení úhrady podle § 17 zákona č. 48/1997 Sb. se projednávají mezi zástupci pojišťoven a zástupci příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních zdravotnických zařízení.

Čl. 7

Sankční ujednání

- (1) Smluvní strany si mohou pro neplnění smluvních povinností a porušení smlouvy podle odstavce 2 sjednat povinnost uhradit smluvní pokutu a její výši.
- (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. neposkytne povinná hlášení vyplývající z právních předpisů,
 3. neodůvodněně opožděně vykazuje poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
 4. opakovaně porušilo povinnost ohlásit pojišťovně v souladu s § 55 zákona č. 48/1997 Sb. úrazy nebo jiná poškození zdraví pojištěnce způsobená jednáním právnické nebo fyzické osoby,
 - c) pojišťovna
 1. prokazatelně neodůvodněně sníží nebo odmítne úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče,
 2. provádí úhradu oprávněně vyúčtované poskytnuté hrazené zdravotní péče s prodlením.
- (3) Uplatněním sankce není dotčeno právo smluvních stran na vrácení úhrady za neoprávněně nebo nesprávně vyúčtovanou a uhrazenou hrazenou zdravotní péči.

Doba účinnosti, způsob a důvody ukončení smlouvy

Čl. 8

Smlouva se uzavírá na dobu 5 let, pokud se smluvní strany nedohodnou jinak.

Čl. 9

Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit písemnou výpovědí, s výpovědní lhůtou šesti měsíců, a to vždy k 1. lednu následujícího roku, v případě, že

- a) zdravotnické zařízení přes písemné upozornění
 1. bez předchozí dohody s pojišťovnou dlouhodobě bezdůvodně neposkytuje zdravotní péči ve sjednaném rozsahu a kvalitě,
 2. bez předchozí dohody s pojišťovnou opakovaně účtuje zdravotní péči poskytnutou nad rámec sjednaného druhu, odbornosti a rozsahu činnosti,
 3. neodůvodněně omezuje pro pojištěnce pojišťovny ordinační nebo provozní dobu sjednanou ve smlouvě,
- b) pojišťovna přes písemné upozornění opakovaně
 1. nedodrží lhůty splatnosti dohodnuté ve smlouvě,
 2. poskytne třetí straně údaje o zdravotnickém zařízení nad rámec právních předpisů nebo smlouvy.

Čl. 10

Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit písemnou výpovědí, s výpovědní lhůtou tří měsíců, která začne běžet prvním dnem měsíce následujícího po doručení výpovědi druhé smluvní straně, jestliže v důsledku závažných okolností nelze rozumně očekávat další plnění smlouvy, a to v případě, že

- a) smluvní strana
 1. uvedla při uzavření smlouvy druhou smluvní stranu v omyl,
 2. ve smluvních vztazích hrubým způsobem porušila závažnou povinnost uloženou jí příslušným právním předpisem nebo smlouvou,
 3. opakovaně poruší povinnost vyplývající z § 41 zákona č. 48/1997 Sb.,
 4. vstoupí do likvidace nebo na ni soud prohlásí konkurz,
- b) zdravotnické zařízení přes písemné upozornění
 1. prokazatelně opakovaně neoprávněně účtuje zdravotní péči a způsobí tím pojišťovně finanční škodu,
 2. neposkytne nezbytnou součinnost k výkonu kontrolní činnosti prováděné pojišťovnou v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb.,
 3. prokazatelně neposkytuje pojištěncům zdravotní péči kvalitně a „lege artis“, případně opakovaně odmítne poskytnutí zdravotní péče z jiných, než právními předpisy stanovených důvodů,
 4. požaduje v rozporu s právními předpisy od pojištěnců finanční úhradu za zdravotní péči hrazenou pojišťovnou nebo za přijetí pojištěnce do péče,
- c) pojišťovna přes písemné upozornění opakovaně
 1. prokazatelně neoprávněně neuhradí zdravotnickému zařízení poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
 2. překračuje rozsah kontrolní činnosti stanovený zákonem č. 48/1997 Sb.

Čl. 11

Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit

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

Čl. 12

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 předpisy⁷⁾,
- 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. 13

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

⁷⁾ Například zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů.

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 předpisu⁸⁾.

- (2) Smírčí jednání navrhuje jedna ze smluvních stran. Návrh musí obsahovat přesné a dostatečně podrobné vymezení sporu. Účastníkem smírčího jednání je smluvní strana, která podala návrh na projednání sporu, smluvní strana, které je návrh na projednání sporu adresován, zástupce příslušných skupinových smluvních zdravotnických zařízení zastupovaných svými zájmovými sdruženími⁹⁾ podle § 17 odstavce 2 zákona č. 48/1997 Sb. a zástupce pojišťovny. K projednání sporu si každá smluvní strana může přizvat nejvýše dva odborné poradce. Smírčí jednání se ukončí zápisem, obsahujícím smír nebo závěr, že rozpor nebyl odstraněn s uvedením stanovisek obou stran.

Čl. 14

Smluvní strany jsou povinny upravit obsah smluv uzavřených do 31.12.2000 podle této rámcové smlouvy nejpozději do 30.6.2001.

⁸⁾ Zákon č. 216/1994 Sb., o rozhodčím řízení a o výkonu rozhodčích nálezů.

⁹⁾ Zákon č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů.

§ 20 f a násl. zákona č. 40/1964 Sb., Občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

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 zařízeními¹⁾ a zdravotními pojišťovnami²⁾ (dále jen „pojišťovny“), a to 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 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 předpisem³⁾, se na vypracování textu smlouvy podílejí zástupci pojišťoven a zástupci poskytovatelů zdravotní péče, zmocnění k zastupování v této věci.**

Část druhá

Smlouvy

¹⁾ 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 zákona č. 161/1993 Sb. a zákona č. 258/2000 Sb.

²⁾ Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů.

³⁾ Zákon č. 63/1991 Sb., o ochraně hospodářské soutěže, ve znění pozdějších předpisů.

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) Základní podmínky pro uzavření smlouvy:
 - a) oprávnění zdravotnického zařízení k poskytování zdravotní péče odbornosti zdravotnická záchraná služba nebo k poskytování dopravy,
 - b) akceptace dohodnutého postupu pro pořizování, předávání dokladů a pravidel pro 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 v součinnosti se zástupci pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče a vydávanými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou.
- (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) výši úhrady hrazené zdravotní péče nebo způsob jejího stanovení,
 - 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) zavazí své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců a zájmů zdravotnického zařízení i pojišťovny, k zachování povinné mlčenlivosti o skutečnostech, o nichž se dozvěděli při výkonu své funkce nebo zaměstnání anebo při zpracování údajů z informačního systému na základě smlouvy, popřípadě v souvislosti s nimi.

(2) 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 pracovníci, kteří budou pojištěncům poskytovat ve smlouvě sjednanou hrazenou zdravotní péči, splňují požadavky odborné způsobilosti stanovené právními předpisy pro poskytování hrazené zdravotní péče,
- c) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytovanou zdravotní péči podle zvláštního právního předpisu⁴⁾,
- d) neodmítne přijetí pojištěnce do své péče s výjimkou důvodů uvedených v § 11 odstavci 1 písmenu b) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 48/1997 Sb.“),
- 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“,

⁴⁾ Vyhláška č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, ve znění pozdějších předpisů.

- c) povede pro posouzení oprávněnosti vyúčtování zdravotní péče v průkazné formě dokumentaci o léčení pojištěnců, ve které budou zaznamenávány provedené zdravotní výkony, použitý zvlášť 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 předpisem⁵⁾ a metodikou,
 - d) poskytne v souladu s právními předpisy zdravotnickým zařízením, kterým pojištěnec předá do péče nebo které si pojištěnec zvolí, informace potřebné pro zajištění návaznosti zdravotní péče a k zamezení duplicitního provádění diagnostických a léčebných výkonů,
 - e) oznámí pojišťovně, v souladu s § 55 zákona č. 48/1997 Sb. 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 ve smyslu zvláštního právního předpisu⁵⁾.
- (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,

⁵⁾ 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 vyhlášky č. 48/1998 Sb. a vyhlášky č. 49/1998 Sb.

- 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.

Čl. 4

Úhrada poskytované hrazené zdravotní péče

- (1) Ceny bodu a výše úhrad 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 cenách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, nebo v souladu se zvláštním právním předpisem.
- (3) Mezi smluvními stranami musí být 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 obsahuje náležitosti účetního dokladu⁶⁾. Náležitosti přílohy jsou stanoveny v metodice nebo se v souladu s metodikou uvádějí ve smlouvě. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu⁶⁾ 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

⁶⁾ Zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění zákona č. 117/1994 Sb. a zákona č. 227/1997 Sb.

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 20 kalendářních dnů a při předání vyúčtování pojišťovně na papírových dokladech do 40 kalendářních dnů ode dne doručení faktury pojišťovně, nedohodnou-li se smluvní strany jinak.
- (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 č. 48/1997 Sb. 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 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 požadované doklady, sděluje údaje a poskytuje vysvětlení. Umožní revizním lékařům a odborným pracovníkům pojišťovny vstup do svého objektu, nahlížení do zdravotnické dokumentace pojištěnců a do účetních dokladů bezprostředně souvisejících s prováděnou kontrolou vyúčtovaných zdravotních výkonů, léčiv a zdravotnických prostředků, včetně zvlášť účtovaných léčiv a zvlášť účtovaného materiálu.

- (5) 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. V případě kontroly přímo ve zdravotnickém zařízení bude na místě zpracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a stanoviska zdravotnického zařízení.
- (6) 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.
- (7) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazené zdravotní péče nebo její neodůvodněné poskytování, pojišťovna podle § 42 odstavce 3 zákona č. 48/1997 Sb. takovou péči neuhradí a je oprávněna postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě. 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.

Čl. 6

Omezení úhrady

Zásady uplatňování omezení úhrady podle § 17 zákona č. 48/1997 Sb. se projednávají mezi zástupci pojišťoven a zástupci příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních zdravotnických zařízení.

Čl. 7

Sankční ujednání

- (1) Smluvní strany si mohou pro neplnění smluvních povinností a porušení smlouvy podle odstavce 2 sjednat povinnost uhradit smluvní pokutu a její výši.
- (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. neposkytne povinná hlášení vyplývající z právních předpisů,
 3. neodůvodněně opožděně vykazuje poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
 4. opakovaně porušilo povinnost ohlásit pojišťovně v souladu s § 55 zákona č. 48/1997 Sb. úrazy nebo jiná poškození zdraví pojištěnce způsobená jednáním právnické nebo fyzické osoby,
- c) pojišťovna
1. prokazatelně neodůvodněně sníží nebo odmítne úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče,
 2. provádí úhradu oprávněně vyúčtované poskytnuté hrazené zdravotní péče s prodlením.
- (3) Uplatněním sankce není dotčeno právo smluvních stran na vrácení úhrady za neoprávněně nebo nesprávně vyúčtovanou a uhrazenou hrazenou zdravotní péči.

Doba účinnosti, způsob a důvody ukončení smlouvy

Čl. 8

Smlouva se uzavírá na dobu 5 let, pokud se smluvní strany nedohodnou jinak.

Čl. 9

Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit písemnou výpovědí, s výpovědní lhůtou šesti měsíců, a to vždy k 1. lednu následujícího roku, v případě, že

- a) zdravotnické zařízení přes písemné upozornění
1. bez předchozí dohody s pojišťovnou dlouhodobě bezdůvodně neposkytuje zdravotní péči ve sjednaném rozsahu a kvalitě,
 2. bez předchozí dohody s pojišťovnou opakovaně účtuje zdravotní péči poskytnutou nad rámec sjednaného druhu, odbornosti a rozsahu činnosti,
- b) pojišťovna přes písemné upozornění opakovaně
1. nedodrží lhůty splatnosti dohodnuté ve smlouvě,
 2. poskytne třetí straně údaje o zdravotnickém zařízení nad rámec právních předpisů nebo smlouvy.

Čl. 10

Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit písemnou výpovědí, s výpovědní lhůtou tří měsíců, která začne běžet prvním dnem měsíce následujícího po doručení výpovědi druhé smluvní straně, jestliže v důsledku závažných okolností nelze rozumně očekávat další plnění smlouvy, a to v případě, že

- a) smluvní strana
1. uvedla při uzavření smlouvy druhou smluvní stranu v omyl,
 2. ve smluvních vztazích hrubým způsobem porušila závažnou povinnost uloženou jí příslušným právním předpisem nebo smlouvou,
 3. vstoupí do likvidace nebo na ni soud prohlásí konkurz,

- b) zdravotnické zařízení přes písemné upozornění
1. prokazatelně opakovaně neoprávněně účtuje zdravotní péči a způsobí tím pojišťovně finanční škodu,
 2. neposkytne nezbytnou součinnost k výkonu kontrolní činnosti prováděné pojišťovnou v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb.,
 3. prokazatelně neposkytuje pojištěncům zdravotní péči kvalitně a „lege artis“, případně opakovaně odmítne poskytnutí zdravotní péče z jiných, než právními předpisy stanovených důvodů,
 4. požaduje v rozporu s právními předpisy od pojištěnců finanční úhradu za zdravotní péči hrazenou pojišťovnou nebo za přijetí pojištěnce do péče,
- c) pojišťovna přes písemné upozornění opakovaně
1. prokazatelně neoprávněně neuhradí zdravotnickému zařízení poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
 2. překračuje rozsah kontrolní činnosti stanovený zákonem č. 48/1997 Sb.

Čl. 11

Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit

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

Čl. 12

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 předpisy⁷⁾,
 - 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

⁷⁾ Například zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů.

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. 13

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 předpisu⁸⁾.
- (2) Smírčí jednání navrhuje jedna ze smluvních stran. Návrh musí obsahovat přesné a dostatečně podrobné vymezení sporu. Účastníkem smírčího jednání je smluvní strana, která podala návrh na projednání sporu, smluvní strana, které je návrh na projednání sporu adresován, zástupce příslušných skupinových smluvních zdravotnických zařízení zastupovaných svými zájmovými sdruženími⁹⁾ podle § 17 odstavce 2 zákona č. 48/1997 Sb. a zástupce pojišťovny. K projednání sporu si každá smluvní strana může přizvat nejvýše dva odborné poradce. Smírčí jednání se ukončí zápisem, obsahujícím smír nebo závěr, že rozpor nebyl odstraněn s uvedením stanovisek obou stran.

Čl. 14

Smluvní strany jsou povinny upravit obsah smluv uzavřených do 31.12.2000 podle této rámcové smlouvy nejpozději do 30.6.2001.

⁸⁾ Zákon č. 216/1994 Sb., o rozhodčím řízení a o výkonu rozhodčích nálezů.

⁹⁾ Zákon č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů.

§ 20 f a násl. zákona č. 40/1964 Sb., Občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

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 zařízeními¹⁾ a zdravotními pojišťovnami²⁾ (dále jen „pojišťovny“), a to 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 léčiv a zdravotnických prostředků (dále jen „smlouva“) 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 předpisem³⁾, se na vypracování textu smlouvy podílejí zástupci pojišťoven a zástupci zdravotnických zařízení lékárenské péče, zmocnění k zastupování v této věci.

Část druhá Smlouvy

¹⁾ 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 zákona č. 161/1993 Sb. a zákona č. 258/2000 Sb.

²⁾ Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů.

³⁾ Zákon č. 63/1991 Sb., o ochraně hospodářské soutěže, ve znění pozdějších předpisů.

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) Základní podmínky pro uzavření smlouvy:
 - a) oprávnění k provozování zařízení lékařské péče,
 - 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 v součinnosti se zástupci pojišťoven a zástupci poskytovatelů zdravotní péče a vydávanými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou.
- (3) Smlouva obsahuje:
 - a) práva a povinnosti smluvních stran,
 - b) způsob provádění úhrady poskytovaných léčiv a zdravotnických prostředků,
 - c) způsob kontroly podmínek zachování kvality poskytovaných léčiv 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 a zdravotnických prostředků dohodnutou metodiku, pravidla a datové rozhraní,
 - b) zaváží své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců a zájmů zařízení lékařské péče i pojišťovny, k zachování povinné mlčenlivosti o skutečnostech, o nichž se dozvěděli

při výkonu své funkce nebo zaměstnání anebo při zpracování údajů z informačního systému na základě smlouvy, popřípadě v souvislosti s nimi.

(2) Zařízení lékárenské péče:

- a) poskytuje hrazená léčiva a zdravotnické prostředky v souladu s právními předpisy a smlouvou,
- b) odpovídá za to, že jeho pracovníci, tj. farmaceuti a farmaceutičtí laboranti, kteří budou pojištěncům poskytovat hrazená léčiva a zdravotnické prostředky, splňují požadavky odborné způsobilosti stanovené právními předpisy pro poskytování této zdravotní péče,
- c) zabezpečuje při zacházení s léčivy a zdravotnickými prostředky podmínky pro zachování jakosti, účinnosti a bezpečnosti léčiv a zdravotnických prostředků pro pojištěnce a podmínky jejich výdeje v souladu se zvláštním právním předpisem⁴⁾,
- d) odpovídá při přípravě léčivých přípravků za jejich jakost a bezpečnost přípravy pro pojištěnce,
- e) disponuje sortimentem hrazených léčiv a zdravotnických prostředků dostupným v České republice v rozsahu obvykle předepisovaném lékařem 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 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 č. 48/1997 Sb.; v případě náhrady léčivého přípravku postupuje podle zvláštního právního předpisu⁵⁾, při dodržení co nejvyšší hospodárnosti této náhrady,
- g) nebude od pojištěnce vybírat, pokud to nevyplývá z právních předpisů, žádnou finanční úhradu za poskytnutá léčiva a zdravotnické prostředky hrazená pojišťovnou.

(3) Pojišťovna:

- a) uhradí zařízení lékárenské péče hrazená léčiva a zdravotnické prostředky poskytnutá jejím pojištěncům v souladu s příslušnými právními předpisy a smlouvou,
- b) dohledá na žádost zařízení lékárenské péče bez zbytečného prodlení příslušnost pojištěnce k pojišťovně, pokud je jí známa,
- c) nebude vyžadovat zvýhodňování svých pojištěnců na úkor pojištěnců ostatních pojišťoven, nebo ostatních poskytovatelů hrazené zdravotní péče,
- d) poskytuje zařízení lékárenské 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,

⁴⁾ 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.

Vyhláška č. 90/1999 Sb., kterou se stanoví podrobnosti o přípravě a výdeji léčivých přípravků a bližší podmínky provozu lékáren a dalších provozovatelů vydávajících léčivé přípravky, ve znění vyhlášky č. 234/2000 Sb.

⁵⁾ § 49 zákona č. 79/1997 Sb.

- e) seznámí zařízení lékárenské 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 a zdravotnických prostředků

- (1) Léčivé přípravky ve smyslu zvláštního právního předpisu⁶⁾ a zdravotnické prostředky podle zvláštního právního předpisu⁷⁾ pojišťovna hradí podle příslušných právních předpisů nebo podle platných cenových předpisů vydaných Ministerstvem financí.
- (2) Zařízení lékárenské péče pro uplatnění nároků na úhradu vydaných hrazených léčiv a zdravotnických prostředků předává pojišťovně dvakrát měsíčně recepty a poukazy na zdravotnické prostředky v dávkách spolu s vyúčtováním fakturou s přílohami. Faktura obsahuje náležitosti účetního dokladu⁸⁾. Náležitosti přílohy jsou obsaženy v metodice nebo se v souladu s metodikou uvádějí ve smlouvě. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu⁸⁾ a příloha neobsahuje náležitosti podle dohodnuté metodiky nebo smlouvy, má pojišťovna právo ji odmítnout a vrátit bez zbytečného odkladu zařízení lékárenské 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 předpisem⁹⁾ a poukazy na zdravotnické prostředky obsahující náležitosti stanovené zvláštním právním předpisem¹⁰⁾) za hrazená léčiva a zdravotnické prostředky poskytnuté pojištěncům předává zařízení lékárenské 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 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 lékárenské péče, nýbrž ho uhradí a přeúčtuje příslušné pojišťovně.
- (5) Zjistí-li pojišťovna pochybení ve vyúčtování předaném zdravotnickým zařízením lékárenské péče dodatečně, tj. po úhradě a zdravotnické zařízení lékárenské péče do 10 pracovních dnů

⁶⁾ § 2 odstavec 3 zákona č. 79/1997 Sb.

⁷⁾ Nařízení vlády č. 180/1998 Sb., kterým se stanoví technické požadavky na prostředky zdravotnické techniky, ve znění nařízení vlády č. 130/1999 Sb.

⁸⁾ Zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění zákona č. 117/1994 Sb. a zákona č. 227/1997 Sb.

⁹⁾ Vyhláška č. 343/1997 Sb.

¹⁰⁾ Vyhláška č. 61/1990 Sb.

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 a zdravotnických prostředků, při dodržení podmínek dohodnutých ve smlouvě, bude provedena při předání vyúčtování pojišťovně na magnetickém mediu a jeho následné revizi pojišťovnou prostřednictvím informačního systému do 20 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, nedohodnou-li se smluvní strany jinak.

Čl. 5

Kontrola

- (1) Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona č. 48/1997 Sb. a smlouvou kontrolu výdeje a účtování hrazených léčiv 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 ve zdravotnictví, způsobilých k revizní činnosti (dále jen "odborní pracovníci"). Revizním lékařem se rozumí i revizní lékárník.
- (2) Zařízení lékárenské péče poskytne pojišťovně při výkonu kontroly nezbytnou součinnost, zejména předkládá požadované doklady, 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 a zdravotnických prostředků.
- (3) 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. V případě kontroly přímo v zařízení lékárenské péče bude na místě zpracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a stanoviska zařízení lékárenské péče.

- (4) 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.
- (5) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost (např. vydání nepředepsaného, případně nesprávně nahrazeného léčiva nebo zdravotnického prostředku nebo vyúčtování veřejným zdravotním pojištěním nehrazeného léčiva nebo zdravotnického prostředku nebo nesprávnost vyúčtování hrazených léčiv a zdravotnických prostředků, pojišťovna podle § 42 odstavce 3 zákona č. 48/1997 Sb. 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 a zdravotnických prostředků. Zařízení lékárenské péče je oprávněno postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě.

Čl. 6

Sankční ujednání

- (1) Smluvní strany si mohou pro neplnění smluvních povinností a porušení smlouvy podle odstavce 2 sjednat povinnost uhradit smluvní pokutu a její výši.
- (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 a zdravotnické prostředky,
 - c) pojišťovna
 1. prokazatelně neodůvodněně sníží nebo odmítne úhradu oprávněně vyúčtovaných léčiv a zdravotnických prostředků,
 2. provádí úhradu oprávněně vyúčtované poskytnuté hrazené zdravotní péče s prodlením.
- (3) Uplatněním sankce není dotčeno právo smluvních stran na vrácení úhrady za neoprávněně nebo nesprávně vyúčtovaná a uhrazená léčiva a zdravotnické prostředky.

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

Smlouva se uzavírá na dobu 5 let, pokud se smluvní strany nedohodnou jinak.

Čl. 8

Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit písemnou výpovědí, s výpovědní lhůtou šesti měsíců, a to vždy k 1.lednu následujícího roku, v případě, že

- a) zařízení lékárenské péče přes písemné upozornění
 1. požaduje v rozporu s právními předpisy od pojišťenců finanční úhradu za léčiva a zdravotnické prostředky hrazená pojišťovnou,
 2. opakovaně nedodrží sjednanou lhůtu k vrácení částky uhrazené pojišťovnou za neoprávněně či nesprávně vyúčtovaná léčiva a zdravotnické prostředky,
- b) pojišťovna přes písemné upozornění opakovaně
 1. nedodrží lhůty splatnosti dohodnuté ve smlouvě,
 2. poskytne třetí straně o zařízení lékárenské péče údaje nad rámec právních předpisů nebo smlouvy.

Čl. 9

Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit písemnou výpovědí, s výpovědní lhůtou tří měsíců, která začne běžet prvním dnem měsíce následujícího po doručení výpovědi druhé smluvní straně, jestliže v důsledku závažných okolností nelze rozumně očekávat další plnění smlouvy, a to v případě, že

- a) smluvní strana
 1. uvedla při uzavření smlouvy druhou smluvní stranu v omyl,
 2. ve smluvních vztazích hrubým způsobem porušila závažnou povinnost uloženou jí příslušným právním předpisem nebo smlouvou,
 3. vstoupí do likvidace nebo na ni soud prohlásí konkurz,
- b) zařízení lékárenské péče přes písemné upozornění
 1. prokazatelně opakovaně neoprávněně účtuje léčiva a zdravotnické prostředky,
 2. neposkytuje nezbytnou součinnost k výkonu kontrolní činnosti prováděné pojišťovnou v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb.,
- c) pojišťovna přes písemné upozornění opakovaně
 1. prokazatelně neoprávněně nehradí zařízení lékárenské péče poskytnutá hrazená léčiva a zdravotnické prostředky v dohodnutých lhůtách,
 2. překračuje rozsah kontrolní činnosti stanovený zákonem č. 48/1997 Sb.

Čl. 10

Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit

- a) písemnou dohodou smluvních stran, a to za podmínek a ve lhůtě uvedené v této dohodě, nebo

b) stanoví-li tak zákon.

Čl. 11

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. 12

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 předpisu¹¹⁾.

(2) Smírčí jednání navrhuje jedna ze smluvních stran. Návrh musí obsahovat přesné a dostatečně podrobné vymezení sporu. Účastníkem smírčího jednání je smluvní strana, která podala návrh na projednání sporu, smluvní strana, které je návrh na projednání sporu adresován, zástupce smluvních zařízení lékárenské péče a zástupce pojišťovny. K projednání sporu si každá smluvní strana může přizvat nejvýše dva odborné poradce. Smírčí jednání se ukončí zápisem, obsahujícím smír nebo závěr, že rozpor nebyl odstraněn s uvedením stanovisek obou stran.

Čl. 13

Smluvní strany jsou povinny upravit obsah smluv uzavřených do 31.12.2000 podle této rámcové smlouvy nejpozději do 30.6.2001.

¹¹⁾ Zákon č. 216/1994 Sb., o rozhodčím řízení a o výkonu rozhodčích nálezů.

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 zařízeními¹⁾ a zdravotními pojišťovnami²⁾ (dále jen „pojišťovny“), a to 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 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 předpisem³⁾, se na vypracování textu smlouvy podílejí zástupci pojišťoven a zástupci poskytovatelů lázeňské péče, zmocnění k zastupování v této věci.**

Část druhá

Smlouvy

¹⁾ 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 zákona č. 161/1993 Sb. a zákona č. 258/2000 Sb.

²⁾ Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů.

³⁾ Zákon č. 63/1991 Sb., o ochraně hospodářské soutěže, ve znění pozdějších předpisů.

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) Základní podmínky pro uzavření smlouvy:
 - 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 pro pořizování a předávání dokladů (dále jen „metodika“) a Pravidly pro vyhodnocování dokladů (dále jen „pravidla“) a jednotného datového rozhraní vytvářenými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou v součinnosti se zástupci pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče a vydávanými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou.
- (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) výši úhrady hrazené zdravotní péče nebo způsob jejího stanovení,
 - 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 skutečnostech, o nichž se dozvěděli při výkonu své funkce nebo zaměstnání anebo při zpracování údajů z informačního systému na základě smlouvy, popřípadě v souvislosti s nimi.

(2) 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 pracovníci, kteří budou pojištěncům poskytovat ve smlouvě sjednanou hrazenou zdravotní péči, splňují požadavky odborné způsobilosti stanovené právními předpisy pro poskytování této péče,

c) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytovanou zdravotní péči podle zvláštního právního předpisu⁴⁾,

d) poskytuje pojištěnci zdravotní péči v souladu s § 33 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 48/1997 Sb.“), a zvláštního právního předpisu⁵⁾,

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 odstavci 1 písmenu b) zákona č. 48/1997 Sb.,

j) nepodmíní právo pojištěnce na svobodnou volbu lékaře, zdravotnického zařízení nebo na

⁴⁾ Vyhláška č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, ve znění pozdějších předpisů.

⁵⁾ Vyhláška č. 58/1997 Sb., kterou se stanoví indikační seznam pro lázeňskou péči o dospělé, děti a dorost.

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 pojišťoven ostatních a zhoršovat dostupnost zdravotní péče hrazené pojišťovnou přednostním poskytováním péče hrazené jiným způsobem,
- m) oznámí pojišťovně, v souladu s § 55 zákona č. 48/1997 Sb., 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 - absolventi, zařazení do specializační průpravy pro specializaci I. stupně, budou pracovat pouze pod vedením jiného atestovaného lékaře a psychologové - absolventi magisterského studia na vysokých školách, zařazení do specializační průpravy v úseku činnosti klinická psychologie, budou pracovat pouze pod vedením klinického psychologa,
- o) odpovídá podle zvláštního právního předpisu⁶⁾ 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

⁶⁾Vyhláška č. 343/1997 Sb., kterou se stanoví způsob předepisování léčivých přípravků, náležitosti lékařských předpisů a pravidla jejich používání.

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.

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 obsahuje náležitosti účetního dokladu⁷⁾. Náležitosti přílohy jsou stanoveny v metodice nebo se v souladu s metodikou upřesní ve smlouvě. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu⁷⁾ 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 podmínek stanovených právními předpisy a smlouvou.

⁷⁾ Zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění zákona č. 117/1994 Sb. a zákona č. 227/1997 Sb.

- (7) 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.
- (8) Úhrada vyúčtované poskytnuté hrazené zdravotní péče, při dodržení podmínek dohodnutých ve smlouvě, bude provedena při předání vyúčtování pojišťovně na magnetickém mediu do 20 kalendářních dnů a při předání vyúčtování pojišťovně na papírových dokladech do 40 kalendářních dnů ode dne doručení faktury pojišťovně, nedohodnou-li se smluvní strany jinak.
- (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 č. 48/1997 Sb. 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 požadované doklady, sděluje údaje a poskytuje vysvětlení. Umožní revizním lékařům a odborným pracovníkům pojišťovny vstup do svého objektu, nahlížení do zdravotnické dokumentace pojištěnců a do účetních dokladů bezprostředně souvisejících s prováděnou kontrolou vyúčtovaných zdravotních výkonů, léčiv a prostředků zdravotnické techniky, včetně zvláště účtovaných léčiv a zvláště účtovaného materiálu.
- (5) 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. V případě kontroly přímo ve zdravotnickém zařízení bude na místě zpracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a stanoviska zdravotnického zařízení.

- (6) 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.
- (7) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazené zdravotní péče nebo její neodůvodněné poskytování, pojišťovna podle § 42 odstavce 3 zákona č. 48/1997 Sb. takovou péči neuhradí a je oprávněna postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě. 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.

Čl. 6

Omezení úhrady

Zásady uplatňování omezení úhrady podle § 17 zákona č. 48/1997 Sb. se projednávají mezi zástupci pojišťoven a zástupci příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních zdravotnických zařízení.

Čl. 7

Sankční ujednání

- (1) Smluvní strany si mohou pro neplnění smluvních povinností a porušení smlouvy podle odstavce 2 sjednat povinnost uhradit smluvní pokutu a její výši.
- (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. neposkytne povinná hlášení vyplývající z právních předpisů,
 3. neodůvodněně opožděně vykazuje poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
 4. opakovaně porušilo povinnost ohlásit pojišťovně v souladu s § 55 zákona č. 48/1997 Sb. úrazy nebo jiná poškození zdraví pojištěnce způsobená jednáním právnické nebo fyzické osoby,
- c) pojišťovna
1. prokazatelně neodůvodněně sníží nebo odmítne úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče,
 2. provádí úhradu oprávněně vyúčtované poskytnuté hrazené zdravotní péče s prodlením.
- (3) Uplatněním sankce není dotčeno právo smluvních stran na vrácení úhrady za neoprávněně nebo nesprávně vyúčtovanou a uhrazenou hrazenou zdravotní péči.

Doba účinnosti, způsob a důvody ukončení smlouvy

Čl. 8

Smlouva se uzavírá na dobu 5 let, pokud se smluvní strany nedohodnou jinak.

Čl. 9

Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit písemnou výpovědí, s výpovědní lhůtou šesti měsíců, a to vždy k 1. lednu následujícího roku, v případě, že

- a) zdravotnické zařízení přes písemné upozornění
1. bez předchozí dohody s pojišťovnou dlouhodobě bezdůvodně neposkytuje zdravotní péči ve sjednaném rozsahu a kvalitě,
 2. bez předchozí dohody s pojišťovnou opakovaně účtuje zdravotní péči poskytnutou nad rámec sjednaného druhu, odbornosti a rozsahu činnosti,
- b) pojišťovna přes písemné upozornění opakovaně
1. nedodrží lhůty splatnosti dohodnuté ve smlouvě,
 2. poskytne třetí straně údaje o zdravotnickém zařízení nad rámec právních předpisů nebo smlouvy.

Čl. 10

Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit písemnou výpovědí, s výpovědní lhůtou tří měsíců, která začne běžet prvním dnem měsíce následujícího po doručení výpovědi druhé smluvní straně, jestliže v důsledku závažných okolností nelze rozumně očekávat další plnění smlouvy, a to v případě, že

- a) smluvní strana
1. uvedla při uzavření smlouvy druhou smluvní stranu v omyl,
 2. ve smluvních vztazích hrubým způsobem porušila závažnou povinnost uloženou jí příslušným právním předpisem nebo smlouvou,
 3. vstoupí do likvidace nebo na ni soud prohlásí konkurz,

- b) zdravotnické zařízení přes písemné upozornění
1. prokazatelně opakovaně neoprávněně účtuje zdravotní péči a způsobí tím pojišťovně finanční škodu,
 2. neposkytne nezbytnou součinnost k výkonu kontrolní činnosti prováděné pojišťovnou v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb.,
 3. prokazatelně neposkytuje pojištěncům zdravotní péči kvalitně a „lege artis“, případně opakovaně odmítne poskytnutí zdravotní péče z jiných, než právními předpisy stanovených důvodů,
 4. požaduje v rozporu s právními předpisy od pojištěnců finanční úhradu za zdravotní péči hrazenou pojišťovnou nebo za přijetí pojištěnce do péče,
- c) pojišťovna přes písemné upozornění opakovaně
1. prokazatelně neoprávněně neuhradí zdravotnickému zařízení poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
 2. překračuje rozsah kontrolní činnosti stanovený zákonem č. 48/1997 Sb.

Čl. 11

Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit

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

Čl. 12

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 předpisy⁸⁾,
- 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

⁸⁾ Například zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů.

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. 13

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 předpisu⁹⁾.
- (2) Smírčí jednání navrhuje jedna ze smluvních stran. Návrh musí obsahovat přesné a dostatečně podrobné vymezení sporu. Účastníkem smírčího jednání je smluvní strana, která podala návrh o projednání sporu, smluvní strana, které je návrh o projednání sporu adresován, zástupce příslušných skupinových smluvních zdravotnických zařízení zastupovaných svými zájmovými sdruženími¹⁰⁾ podle § 17 odstavce 2 zákona a zástupce pojišťovny. K projednání sporu si každá smluvní strana může přizvat nejvýše dva odborné poradce. Smírčí jednání se ukončí zápisem, obsahujícím smír nebo závěr, že rozpor nebyl odstraněn s uvedením stanovisek obou stran.

Čl. 14

Smluvní strany jsou povinny upravit obsah smluv uzavřených do 31.12.2000 podle této rámcové smlouvy nejpozději do 30.6.2001.

⁹⁾ Zákon č. 216/1994 Sb., o rozhodčím řízení a o výkonu rozhodčích nálezů.

¹⁰⁾ Zákon č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů.

§ 20 f a násl. zákona č. 40/1964 Sb., Občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.



Vydává a tiskne: Tiskárna Ministerstva vnitra, p. o., Bartůňkova 4, pošt. schr. 10, 149 01 Praha 415, telefon (02) 792 70 11, fax (02) 795 26 03 – Redakce: Ministerstvo vnitra, Nad Štolou 3, pošt. schr. 21/SB, 170 34 Praha 7-Holešovice, telefon: (02) 614 32341 a 614 33502, fax (02) 614 33502 – Administrace: písemné objednávky předplatného, změny adres a počtu odebíraných výtisků – MORAVIAPRESS, a. s., U Póny 3061, 690 02 Břeclav, telefon 0627/305 161, fax: 0627/321 417. Objednávky ve Slovenské republice přijímá a titul distribuuje Magnet-Press Slovakia, s. r. o., Teslova 12, 821 02 Bratislava, tel./fax: 00421 7 525 46 28, 525 45 59. 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 2000 činí 2000,- Kč) – Vychází podle potřeby – Distribuce: celoroční předplatné i objednávky jednotlivých částek – MORAVIAPRESS, a. s., U Póny 3061, 690 02 Břeclav, telefon: 0627/305 179, 305 153, fax: 0627/321 417. Internetová prodejna: www.sbirkyzakonu.cz – Drobný prodej – Benešov: HAAGER – Potřeby školní a kancelářské, Masarykovo nám. 101; Bohumín: ŽDB, a. s., technická knihovna, Bezručova 300; Brno: Vyšehrad, s. r. o., Kapucínské nám. 11, Knihkupectví M. Ženíška, Květinářská 1, M.C.DES, Cejl 76, SEVT, a. s., Česká 14; České Budějovice: PROSPEKTRUM, Kněžská 18, SEVT, a. s., Česká 3; Hradec Králové: TECHNOR, Hořická 405; 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, Klatovy 169/I.; Liberec: Podještědské knihkupectví, Moskevská 28; Most: Knihkupectví Šeříková, Ilona Růžičková, Šeříková 529/1057; Napajedla: Ing. Miroslav Kuččík, Svatoplukova 1282; Olomouc: BONUM, Ostružnická 10, Tycho, Ostružnická 3; Ostrava: LIBREX, Nádražní 14, Profesio, Hollarova 14, SEVT, a. s., Nádražní 29; Pardubice: LEJHANEC, s. r. o., Sladkovského 414, PROSPEKTRUM, nám. Republiky 1400 (objekt GRAND); Plzeň: ADMINA, Úslavská 2, EDICUM, Vojanova 45, Technické normy, Lábkova pav. č. 5; Praha 1: Dům učebnic a knih Černá Labuť, Na Poříčí 25, FIŠER-KLEMENTINUM, Karlova 1, KANT CZ, s. r. o., Hybernská 5, LINDE Praha, a. s., Opletalova 35, Moraviapress, a. s., Na Florenci 7-9, tel.: 02/232 07 66, PROSPEKTRUM, Na Poříčí 7; Praha 2: ANAG – sdružení, Ing. Jiří Vítek, nám. Míru 9, Národní dům; NEWSLETTER PRAHA, Šafaříkova 11; Praha 4: PROSPEKTRUM, Nákupní centrum Budějovická, Olbrachtova 64, SEVT, a. s., Jihlavská 405; Praha 5: SEVT, a. s., E. Peškové 14; Praha 6: PPP – Staňková Isabela, Puškinovo nám. 17; Praha 8: JASIPA, Zenklova 60; Praha 10: Abonentní tiskový servis, Hájek 40, Uhřetěves, BMSS START, areál VÚ JAWA, V Korytech 20; Přerov: Knihkupectví EM-ZET, Bartošova 9; Sokolov: KAMA, Kalousek Milan, K. H. Borovského 22; Šumperk: Knihkupectví D-G, Hlavní tř. 23; Tábor: Milada Šimonová – EMU, Budějovická 928; Teplice: L + N knihkupectví, Kapelní 4; Trutnov: Galerie ALFA, Bulharská 58; Ústí nad Labem: Severočeská distribuční, s. r. o., Havířská 327, tel.: 047/560 38 66, fax: 047/560 38 77; Zábřeh: Knihkupectví PATKA, Žižkova 45; Žatec: Prodejna U Pivovaru, Žižkovo nám. 76. 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 vyšlé v době od začvidování předplatného do jeho úhrady jsou doposílány jednorázově. Změny adres a počtu odebíraných výtisků jsou prováděny do 15 dnů. Reklamacce: informace na tel. číslo 0627/305 168. 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.