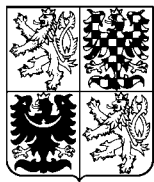


Ročník 2006



SBÍRKA ZÁKONŮ

ČESKÁ REPUBLIKA

Částka 193

Rozeslána dne 30. prosince 2006

Cena Kč 75,50

O B S A H:

618. Vyhláška, kterou se vydávají rámcové smlouvy

618

VYHLÁŠKA

ze dne 20. prosince 2006,
kterou se vydávají rámcové smlouvy

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

§ 1

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

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

6. domácí zdravotní péči, fyzioterapii (odbornost 902 a 918³⁾), ergoterapii, porodní asistenci, ortoptikou a pleoptickou péči,

7. zdravotnickou záchrannou službu a dopravu,

8. lékárenskou péči,

9. lázeňskou péči

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

§ 2

Vyhláška č. 290/2006 Sb., kterou se vydává rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví o rámcových smlouvách podle § 17 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, se zrušuje.

§ 3

Smlouvy uzavřené podle dosavadních právních předpisů se uvedou do souladu s touto vyhláškou do 31. prosince 2007.

§ 4

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2007.

Ministr:

MUDr. Julínek v. r.

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

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

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

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

ČÁST PRVNÍ PŘÍLOHY
Obecná ustanovení

Článek 1
Smluvní vztahy

- (1) Rámcová smlouva stanoví podmínky, za nichž se uzavírají smlouvy mezi zdravotnickými zařízeními poskytujícími zdravotní péči praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost a pojišťovnami, a to za účelem zajištění věcného plnění při poskytování a úhradě zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění (dále jen „hrazená zdravotní péče“)¹⁾.
- (2) Právní vztahy upravené ve smlouvě o poskytování a úhradě hrazené zdravotní péče (dále jen „smlouva“), uzavírané mezi jednotlivými pojišťovnami²⁾ a zdravotnickými zařízeními se nesmí odchýlit od ustanovení rámcové smlouvy podle této vyhlášky, s výjimkou těch ustanovení, u kterých takovou možnost tato rámcová smlouva výslovně uvádí.

ČÁST DRUHÁ PŘÍLOHY
Smlouvy

Článek 2

Uzavírání smluv

- (1) Právní 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, a to i v případě, kdy pojišťovna plní roli výpomocné instituce při realizaci práva Evropské Unie³⁾ nebo na základě mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení uzavíraných Českou republikou⁴⁾. Ve věcech neupravených těmito právními předpisy a smlouvou se řídí obchodním zákoníkem.

¹⁾ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.
Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.
Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů.

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⁾ Nařízení Rady (EHS) 1408/71 a 574/72.

⁴⁾ Např. Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 130/2002 Sb.m.s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Svazovou republikou Jugoslávií o sociálním zabezpečení, Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 83/2000 Sb. m.s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Chorvatskou republikou o sociálním zabezpečení, Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 135/2004 Sb.m.s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Tureckou republikou o sociálním zabezpečení.

- (2) Základní podmínkou pro uzavření smlouvy je oprávnění zdravotnického zařízení k poskytování zdravotní péče v příslušném oboru.
- (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) hodnoty bodu⁵⁾, výši úhrad hrazené zdravotní péče a regulační omezení objemu poskytnuté hrazené zdravotní péče v souladu s vyhláškou vydanou podle § 17 odst. 6 zákona,
 - d) způsob provádění úhrady poskytované zdravotní péče,
 - e) podmínky nezbytné ke kontrole plnění smlouvy, včetně správnosti a oprávněnosti účtovaných částek,
 - f) rozsah a způsob vzájemného sdělování údajů nutných ke kontrole plnění smlouvy,
 - g) ustanovení o řešení rozporů ve smířcím jednání, popřípadě ustanovení o použití rozhodčího řízení,
 - h) dobu účinnosti smlouvy, způsob a důvody jejího ukončení,
 - i) ustanovení o akceptaci a dodržování dohodnutého postupu pro pořizování, předávání a vyhodnocování dokladů v souladu s Metodikou pro pořizování a předávání dokladů (dále jen „metodika“), Pravidly pro vyhodnocování dokladů (dále jen „pravidla“) a jednotným datovým rozhraním, vytvářenými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky v součinnosti se zástupci pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče a vydávanými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky, platnými v době uzavření smlouvy,
 - j) ustanovení o způsobu seznámení zdravotnického zařízení s případnými změnami metodiky a pravidel, včetně způsobu předávání těchto změn.
- (4) Smlouva může obsahovat i další ujednání nezbytná pro její plnění a kontrolu, pokud jsou v souladu s touto rámcovou smlouvou a právními předpisy.

Článek 3

Práva a povinnosti smluvních stran

1) Smluvní strany:

- a) dodržují při vykazování a úhradě hrazené zdravotní péče dohodnutou metodiku, pravidla a datové rozhraní; ve smlouvě se uvede číslo verze platné v době uzavření smlouvy,
- b) zavází své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců, k zachování povinné mlčenlivosti o osobních údajích⁶⁾ a skutečnostech, o nichž se dozvěděli při výkonu své funkce nebo zaměstnání anebo při zpracování údajů z informačního systému na základě smlouvy, popřípadě v souvislosti s nimi²⁾.

⁵⁾ § 10 zákona č. 526/1990 Sb., o cenách, ve znění pozdějších předpisů.

⁶⁾ Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

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, a to svým provozovatelem – fyzickou osobou, nebo zaměstnanci,
- b) poskytuje hrazenou zdravotní péči pojištěncům z členských států EU, EHP a Švýcarska, podle příslušných předpisů Evropské Unie ³⁾ a pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny Smlouvy o sociálním zabezpečení ⁴⁾ (dále jen pojištěncům z EU), za stejných podmínek jako pojištěncům pojišťovny, v rozsahu dle jimi předložených dokladů, tak aby nedocházelo k jejich diskriminaci ani upřednostňování, a to ani v případě, že by pojištěnec z EU hradil zdravotní péči v hotovosti,
- c) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci⁷⁾, kteří budou pojištěncům poskytovat ve smlouvě sjednanou hrazenou zdravotní péči, splňují požadavky stanovené právními předpisy pro výkon této činnosti⁸⁾,
- d) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jim poskytovanou zdravotní péči podle zvláštního právního předpisu⁹⁾,
- 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) odpovídá za účelnost indikace při odesílání pojištěnce ke komplementárním a konziliárním vyšetřením a na základě jejich výsledků upravuje diagnózu nebo léčebný postup,
- g) povede pro posouzení oprávněnosti vyúčtované zdravotní péče v průkazné formě zdravotní 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 souladu se zvláštním právním předpisem¹⁰⁾,
- h) zajistí, v případě kdy není přítomen nositel výkonu oprávněný poskytovat zdravotní péči dle smlouvy a splňující podmínky pro výkon této činnosti (provozovatel – fyzická osoba nebo zaměstnanec zdravotnického zařízení), zástup jiným kvalifikovaným nositelem výkonu a ve smluvně dohodnutých případech tuto skutečnost oznámí pojištěncům a pojišťovně,
- i) poskytne v souladu s právními předpisy zdravotnickým zařízením, kterým pojištěnce předá do péče nebo které si pojištěnec zvolí, informace potřebné pro zajištění návaznosti zdravotní péče a k zamezení duplicitního provádění diagnostických a léčebných výkonů a při převzetí pojištěnce do péče bude takové informace od příslušných zařízení vyžadovat,

⁷⁾ Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

⁸⁾ Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta.

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

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

¹⁰⁾ Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění vyhlášky č. 479/2006 Sb.

- j) neodmítne přijetí pojištěnce do své péče s výjimkou důvodů uvedených v § 11 odstavci 1 písmenu b) zákona,
- k) 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,
- l) nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí hrazené zdravotní péče změnou pojišťovny nebo jiným způsobem,
- m) 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,
- n) oznámí pojišťovně, v souladu s § 55 zákona úrazy nebo jiná poškození zdraví osob, kterým poskytlo hrazenou zdravotní péči, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby,
- o) odpovídá podle zvláštního právního předpisu¹¹⁾ 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 zdravotní dopravě. Pokud při preskripci nebylo respektováno preskripční omezení vyplývající z právních předpisů a pojišťovna tento léčivý přípravek zařízení lékárenské péče uhradila, má pojišťovna právo požadovat od zdravotnického zařízení úhradu zaplacené částky,
- p) doloží při uzavírání smlouvy s pojišťovnou doklad o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou občanům v souvislosti s poskytováním zdravotní péče a bude pojištěno po celou dobu trvání smluvního vztahu s pojišťovnou.

3) Pojišťovna:

- a) uhradí zdravotnickému zařízení provedenou hrazenou zdravotní péči, průkazně zdokumentovanou a odůvodněně poskytnutou jejím pojištěncům i pojištěncům z EU, kteří si pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie³⁾ 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 a personálního zajištění 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.

Článek 4

¹¹⁾ Vyhláška č. 343/1997 Sb., kterou se stanoví způsob předepisování léčivých přípravků, náležitosti lékařských předpisů a pravidla jejich používání, ve znění pozdějších předpisů.

Úhrada poskytované hrazené zdravotní péče

- (1) Hodnoty bodu⁵⁾ pro zdravotní péči hrazenou podle seznamu výkonů, výše úhrad hrazené zdravotní péče a regulační omezení objemu poskytnuté hrazené zdravotní péče podle § 17 odst. 6 zákona se uvedou v dodatku ke smlouvě.
- (2) Za způsoby úhrady se považují:
- a) úhrada za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami,
 - b) kombinovaná úhrada za registrované pojištěnce a za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (kombinovaná kapitačně výkonová platba), nebo
 - c) jiný dohodnutý způsob úhrady.
- (3) Mezi smluvními stranami musí být vždy předem dohodnuta změna struktury, rozsahu a objemu poskytované hrazené zdravotní péče, zejména z důvodu změny kapacity, struktury zdravotnického zařízení, změny či obnovy přístrojového vybavení specifikovaného ve smlouvě.
- (4) Zdravotnické zařízení pro uplatnění nároků na úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče předává pojišťovně jednou měsíčně vyúčtování poskytnuté péče fakturou s přílohami, pokud se smluvní strany nedohodnou na předávání vyúčtování za delší období. Faktura obsahuje náležitosti účetního dokladu¹²⁾. Náležitosti přílohy jsou obsaženy v metodice nebo se v souladu s metodikou upřesní ve smlouvě. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu a příloha neobsahuje náležitosti podle dohodnuté metodiky nebo smlouvy, má pojišťovna právo ji odmítnout a vrátit bez zbytečného odkladu 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. Doklady za hrazenou zdravotní péči poskytnutou pojištěncům pojišťovny a pojištěncům z EU, kteří si pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie³⁾, předává zdravotnické zařízení pojišťovně spolu s vyúčtováním v termínu a způsobem dohodnutým ve smlouvě (na elektronickém nosiči či v elektronické podobě nebo na papírových dokladech).
- (6) Zjistí-li pojišťovna ve vyúčtování před provedením úhrady nesprávně nebo neoprávněně vyúčtovanou péči, úhradu této části vyúčtované péče v termínu splatnosti neprovede. Pojišťovna prokazatelným způsobem oznámí zdravotnickému zařízení bez zbytečného odkladu rozsah a důvod 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 i pojištěnce EU, kteří si pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie³⁾, úhradu hrazené zdravotní péče,

¹²⁾

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

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 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 elektronickém nosiči či v elektronické podobě do 30 kalendářních dnů a při předání vyúčtování pojišťovně na papírových dokladech do 50 kalendářních dnů ode dne doručení faktury pojišťovně, nedohodnou-li se smluvní strany jinak. Lhůta splatnosti je dodržena, je-li platba poslední den lhůty připsána na účet zdravotnického zařízení.
- (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.

Článek 5

Kontrola

- (1) Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona a smlouvou kontrolu využívání a poskytování hrazené zdravotní péče v jejím objemu a kvalitě, včetně dodržování cen, a to prostřednictvím svého informačního systému, revizních lékařů a dalších odborných pracovníků ve zdravotnictví, způsobilých k revizní činnosti (dále jen "odborní pracovníci").
- (2) V rámci své odborné způsobilosti revizní lékaři a odborní pracovníci oprávnění ke kontrole posuzují, zda zvolený způsob hrazené zdravotní péče byl indikován s ohledem na zdravotní stav pojištěnce, je v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a zda nebyl zbytečně ekonomicky náročný.
- (3) V případech stanovených právními předpisy revizní lékař posuzuje i odůvodněnost ošetřujícím lékařem navrženého, popřípadě provedeného léčebného postupu a schvaluje, zda použitý postup pojišťovna uhradí.
- (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 v souladu se zvláštním právním předpisem¹³⁾ a dalších dokladů bezprostředně souvisejících s prováděnou kontrolou vyúčtovaných zdravotních výkonů, léčiv a zdravotnických prostředků, včetně zvlášť účtovaných léčiv a zvlášť účtovaného materiálu. Revizní lékař (revizní odborný pracovník) je povinen postupovat tak, aby kontrola nenarušila prováděný léčebný výkon.

- (5) V případě kontroly (šetření) ve zdravotnickém zařízení bude na místě zpracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a stanoviska zdravotnického zařízení. Tento záznam nenahrazuje zprávu podle odstavce 6).
- (6) Zprávu, obsahující závěry kontroly, pojišťovna zpracuje a předá zdravotnickému zařízení do 15 kalendářních dnů po ukončení kontroly; pokud nebude možno z objektivních důvodů tuto lhůtu dodržet, oznámí pojišťovna tuto skutečnost zdravotnickému zařízení. Kontrola bude ukončena zpravidla do 30 kalendářních dnů od jejího zahájení.
- (7) Zdravotnické zařízení je oprávněno do 15 kalendářních dnů od převzetí závěru kontroly podat pojišťovně písemně zdůvodněné námitky. K námitkám sdělí pojišťovna stanovisko do 30 kalendářních dnů od jejich doručení. Pokud nebude možno z objektivních důvodů tyto lhůty dodržet, lze je na žádost příslušné smluvní strany prodloužit až na dvojnásobek. Ve stanovené lhůtě pojišťovna sdělí zdravotnickému zařízení, zda potvrzuje nebo mění závěry kontroly. Podání námitek nemá z hlediska finančních nároků pojišťovny vůči zdravotnickému zařízení odkladný účinek. Tím není dotčeno právo zdravotnického zařízení uplatnit svůj nesouhlas s rozhodnutím pojišťovny v jiném řízení.
- (8) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazené zdravotní péče nebo její neodůvodněné poskytování, pojišťovna podle § 42 odstavce 3 zákona takovou péči neuhradí a je oprávněna postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě. V případě, že se závěry kontroly prokáží jako neodůvodněné, uhradí pojišťovna zdravotnickému zařízení částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče. Zdravotnické zařízení je oprávněno postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě.

Článek 6

Sankční ujednání

- (1) Smluvní strany si pro neplnění smluvních povinností a porušení smlouvy podle odstavce 2) nebo z dalších důvodů dohodnutých ve smlouvě mohou sjednat 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,

¹³⁾ § 67 b) zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.

2. nedodrží ustanovení smlouvy, s následkem prokazatelně neúčelného vynaložení prostředků veřejného zdravotního pojištění,
3. neposkytne informace sjednané ve smlouvě,

b) zdravotnické zařízení

1. neoprávněně nebo vícenásobně účtuje zdravotní péči,
2. neposkytne povinná hlášení vyplývající z právních předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění,
3. neodůvodněně opožděně vykazuje poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
4. opakovaně porušilo povinnost ohlásit pojišťovně v souladu s § 55 zákona úrazy nebo jiná poškození zdraví pojištěnce způsobená jednáním právnické nebo fyzické osoby,

c) pojišťovna

1. neodůvodněně sníží nebo odmítne úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče,
2. provádí úhradu oprávněně vyúčtované poskytnuté hrazené zdravotní péče s prodlením, kromě případů, kdy není za prodlení odpovědná.

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

Článek 7

Doba účinnosti, způsob a důvody ukončení smlouvy

Smlouva se uzavírá na dobu 8 let, pokud se smluvní strany nedohodnou jinak.

Článek 8

Smlouva nebo její část zaniká:

- a) dnem, kdy nabylo právní moci rozhodnutí o zrušení nebo změně registrace podle zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů, nebo došlo ke zrušení nebo změně zřizovací listiny, vydané zdravotnickému zařízení,
- b) dnem zániku zdravotnického zařízení nebo pojišťovny nebo dnem úmrtí fyzické osoby, která byla provozovatelem zdravotnického zařízení,
- c) dnem uvedeným v písemném oznámení pojišťovně, pokud zdravotnické zařízení ze závažných zdravotních či provozních důvodů nemůže zdravotní péči nadále poskytovat,
- d) dnem, kdy zdravotnické zařízení pozbylo věcné, technické nebo personální předpoklady pro poskytování zdravotní péče ve sjednaném rozsahu, stanovené právním předpisem nebo smlouvou, ve smyslu čl. 3 odst. 2 písm. a), pokud zdravotnické zařízení nedostatky neodstranilo ani po dodatečně stanovené přiměřené lhůtě; smlouva nebo její část zaniká pouze v části vymezující rozsah nasmlouvané

zdravotní péče, ve kterém zdravotnické zařízení nesplňuje právním předpisem nebo smlouvou stanovené předpoklady, ledaže by šlo o tak závažné okolnosti, pro které nelze očekávat další plnění smlouvy v celém rozsahu.

Článek 9

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

a) smluvní strana

1. uvedla při uzavření smlouvy nebo při jejím plnění 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, upravujícím veřejné zdravotní pojištění nebo poskytování zdravotní péče, nebo smlouvou,
3. opakovaně poruší povinnost vyplývající z § 41 zákona,
4. vstoupí do likvidace nebo na její majetek soud prohlásí konkurz,

b) zdravotnické zařízení

1. bez předchozí dohody s pojišťovnou bezdůvodně neposkytuje zdravotní péči ve sjednaném rozsahu a kvalitě,
2. přes písemné upozornění bez předchozí dohody s pojišťovnou opakovaně účtuje zdravotní péči poskytnutou nad rámec sjednaného druhu, odbornosti a rozsahu činnosti,
3. přes písemné upozornění neodůvodněně omezuje pro pojištěnce pojišťovny ordinační dobu sjednanou ve smlouvě,
4. poskytuje zdravotní péči bez odpovídajícího věcného a technického vybavení a personálního zajištění,
5. prokazatelně neposkytuje pojištěncům zdravotní péči kvalitně a "lege artis", popřípadě opakovaně odmítne poskytnutí zdravotní péče z jiných, než právními předpisy stanovených důvodů,
6. požaduje v rozporu s právními předpisy od pojištěnců finanční úhradu za zdravotní péči hrazenou pojišťovnou nebo za přijetí pojištěnce do péče,
7. přes písemné upozornění prokazatelně opakovaně neoprávněně účtuje zdravotní péči,
8. neposkytne nezbytnou součinnost k výkonu kontrolní činnosti prováděné pojišťovnou v souladu se zákonem,

c) pojišťovna

1. přes písemné upozornění opakovaně neoprávněně neuhradí zdravotnickému zařízení poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
2. přes písemné upozornění opakovaně nedodrží lhůty splatnosti dohodnuté ve smlouvě,
3. přes písemné upozornění opakovaně překračuje rozsah kontrolní činnosti stanovený zákonem,

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

Článek 10

Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit:

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

Článek 11

Vzájemné sdělování údajů a předávání dokladů nutných ke kontrole plnění smlouvy

(1) Smluvní strany:

- a) používají pro jednoznačnou identifikaci zdravotnického zařízení, v souladu s metodikou, identifikační číslo organizace (IČ), identifikační číslo zařízení (IČZ), identifikační číslo pracoviště (IČP),
- b) sdělují si údaje nutné ke kontrole plnění smlouvy,
- c) zajistí trvale přístupné a jasné informace o existenci smluvního vztahu a právech vyplývajících z něho pro pojištěnce,
- d) mohou si předávat údaje nezbytné k hodnocení kvality a efektivity 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 předpisy¹⁴⁾,
- b) oznámí neprodleně, nejpozději do 30 kalendářních dnů druhé smluvní straně skutečnosti, které by podstatným způsobem mohly ovlivnit plnění smlouvy, např. 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.

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

(3) Pojišťovna

¹⁴⁾ Například zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

- a) 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,
- b) může zveřejnit na své internetové adrese v rámci seznamu smluvních zdravotnických zařízení obchodní jméno či firmu a adresu zdravotnického zařízení, jeho odbornost a telefonické, případně e-mailové spojení či další údaje vzájemně dohodnuté.

Článek 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 předpisu¹⁵⁾, pokud se smluvní strany na řešení sporů v rozhodčím řízení ve smlouvě dohodnou.
- (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 sdruženími¹⁶⁾ podle § 17 odstavce 3 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.

¹⁵⁾ Zákon č. 216/1994 Sb., o rozhodčím řízení a o výkonu rozhodčích nálezů, ve znění zákona č. 245/2006.

¹⁶⁾ Zákon č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů, ve znění pozdějších předpisů.
§§ 20f a násl. zákona č. 40/1964 Sb., Občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

Rámcová smlouva
pro zdravotnická zařízení poskytující ambulantní specializovanou péči, s výjimkou
zdravotnických zařízení poskytujících fyzioterapii (odbornost 902 a 918)¹⁾ a ergoterapii, a pro
zdravotnická zařízení poskytující péči ženských lékařů (odbornost 603 a 604)¹⁾ a klinickou
logopedii
a zdravotní pojišťovny

ČÁST PRVNÍ PŘÍLOHY

Obecná ustanovení

Článek 1

Smluvní vztahy

- (1) Rámcová smlouva stanoví podmínky, za nichž se uzavírají smlouvy mezi zdravotnickými zařízeními poskytujícími ambulantní specializovanou péči, s výjimkou zdravotnických zařízení poskytujících fyzioterapii (odbornost 902 a 918)¹⁾ a ergoterapii, a pro zdravotnická zařízení poskytující péči ženských lékařů (odbornost 603 a 604)¹⁾ a klinickou logopedii, a pojišťovnami, a to za účelem zajištění věcného plnění při poskytování a úhradě hrazené zdravotní péče.
- (2) Právní vztahy upravené ve smlouvě uzavírané mezi jednotlivými pojišťovnami²⁾ a zdravotnickými zařízeními se nesmí odchýlit od ustanovení rámcové smlouvy podle této vyhlášky, s výjimkou těch ustanovení, u kterých takovou možnost tato rámcová smlouva výslovně uvádí.

ČÁST DRUHÁ PŘÍLOHY

Smlouvy

Článek 2

Uzavírání smluv

- (1) Právní 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, a to i v případě, kdy pojišťovna plní roli výpomocné instituce při realizaci práva Evropské Unie³⁾ nebo na základě mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení uzavíraných Českou republikou⁴⁾. Ve věcech neupravených těmito právními předpisy a smlouvou se řídí obchodním zákoníkem.

¹⁾ Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění.

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⁾ Nařízení Rady (EHS) 1408/71 a 574/72.

⁴⁾ Např. Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 130/2002 Sb.m.s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Svazovou republikou Jugoslávií o sociálním zabezpečení, Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 83/2000 Sb. m.s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Chorvatskou republikou o sociálním zabezpečení, Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 135/2004 Sb.m.s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Tureckou republikou o sociálním zabezpečení.

- (2) Základní podmínkou pro uzavření smlouvy je oprávnění zdravotnického zařízení k poskytování zdravotní péče v příslušném oboru.
- (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) hodnoty bodu⁵⁾, výši úhrad hrazené zdravotní péče a regulační omezení objemu poskytnuté hrazené zdravotní péče v souladu s vyhláškou vydanou podle § 17 odst. 6 zákona,
 - d) způsob provádění úhrady poskytované zdravotní péče,
 - e) podmínky nezbytné ke kontrole plnění smlouvy, včetně správnosti a oprávněnosti účtovaných částek,
 - f) rozsah a způsob vzájemného sdělování údajů nutných ke kontrole plnění smlouvy,
 - g) ustanovení o řešení rozporů ve smířcím jednání, popřípadě ustanovení o použití rozhodčího řízení,
 - h) dobu účinnosti smlouvy, způsob a důvody jejího ukončení.
 - i) ustanovení o akceptaci a dodržování dohodnutého postupu pro pořizování, předávání a vyhodnocování dokladů v souladu s metodikou, pravidly a jednotným datovým rozhraním, vytvářenými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky v součinnosti se zástupci pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče a vydávanými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky, platnými v době uzavření smlouvy,
 - j) ustanovení o způsobu seznámení zdravotnického zařízení s případnými změnami metodiky a pravidel, včetně způsobu předávání těchto změn.
- (4) Smlouva může obsahovat i další ujednání nezbytná pro její plnění a kontrolu, pokud jsou v souladu s touto rámcovou smlouvou a právními předpisy.

Článek 3

Práva a povinnosti smluvních stran

(1) Smluvní strany

- a) dodržují při vykazování a úhradě hrazené zdravotní péče dohodnutou metodiku, pravidla a datové rozhraní; ve smlouvě se uvede číslo verze platné v době uzavření smlouvy,
- b) zaváží své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců, k zachování povinné mlčenlivosti o osobních údajích⁶⁾ a skutečnostech, o nichž se dozvěděli při výkonu své funkce nebo zaměstnání anebo při zpracování údajů z informačního systému na základě smlouvy, popřípadě v souvislosti s nimi²⁾.

⁵⁾ § 10 zákona č. 526/1990 Sb., o cenách, ve znění pozdějších předpisů.

⁶⁾ Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

(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) poskytuje hrazenou zdravotní péči pojištěncům z EU za stejných podmínek jako pojištěncům pojišťovny, v rozsahu dle jimi předložených dokladů, tak aby nedocházelo k jejich diskriminaci ani upřednostňování zejména při přijímání na lékařské zákroky, na které se čeká, a to ani v případě, že by pojištěnec z EU hradil zdravotní péči v hotovosti,
- c) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci⁷⁾, kteří budou pojištěncům poskytovat ve smlouvě sjednanou hrazenou zdravotní péči, splňují požadavky stanovené právními předpisy pro výkon této činnosti⁸⁾,
- d) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jim poskytovanou zdravotní péči podle zvláštního právního předpisu⁹⁾,
- 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) odpovídá za účelnost indikace při odesílání pojištěnce ke komplementárním a konziliárním vyšetřením a na základě jejich výsledků upravuje diagnózu nebo léčebný postup,
- g) povede pro posouzení oprávněnosti vyúčtované zdravotní péče v průkazné formě zdravotní dokumentaci o léčení pojištěnců, ve které budou zaznamenávány provedené zdravotní výkony, vyžádaná zdravotní péče včetně zdravotní dopravy, předepisované léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a uchovány v ní i doručené výsledky vyžádaných a provedených vyšetření a ošetření, v souladu se zvláštním právním předpisem¹⁰⁾,
- h) zajistí, v případě nepřítomnosti ve smlouvě dohodnutého nositele výkonu, zástup jiným kvalifikovaným nositelem výkonu a ve smluvně dohodnutých případech tuto skutečnost oznámí pojištěncům a pojišťovně,
- i) poskytne v souladu s právními předpisy zdravotnickým zařízením, kterým pojištěnce předá do péče nebo které si pojištěnec zvolí, informace potřebné pro zajištění návaznosti zdravotní péče a k zamezení duplicitního provádění diagnostických a léčebných výkonů a při převzetí pojištěnce do péče bude takové informace od příslušných zařízení vyžadovat,
- j) neodmítne přijetí pojištěnce do své péče s výjimkou důvodů uvedených v § 11 odstavci 1 písmenu b) zákona,
- k) nepodmíní právo pojištěnce na svobodnou volbu lékaře, zdravotnického zařízení nebo na poskytnutí hrazené zdravotní péče žádnými registračními poplatky nebo

⁷⁾ Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

⁸⁾ Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta.

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

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

¹⁰⁾ Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.
Vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění vyhlášky č. 479/2006 Sb.

- sponzorskými dary a za poskytnutou zdravotní péči hrazenou pojišťovnou nebude od pojištěnce, pokud to nevyplývá z právních předpisů, vybírat žádnou finanční úhradu,
- l) nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí hrazené zdravotní péče změnou pojišťovny nebo jiným způsobem,
 - m) 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,
 - n) oznámí pojišťovně, v souladu s § 55 zákona úrazy nebo jiná poškození zdraví osob, kterým poskytlo hrazenou zdravotní péči, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby,
 - o) odpovídá podle zvláštního právního předpisu¹¹⁾ 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 zdravotní dopravě. Pokud při preskripci nebylo respektováno preskripční omezení vyplývající z právních předpisů a pojišťovna tento léčivý přípravek zařízení lékárenské péče uhradila, má pojišťovna právo požadovat od zdravotnického zařízení úhradu zaplacené částky,
 - p) doloží při uzavírání smlouvy s pojišťovnou doklad o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou občanům v souvislosti s poskytováním zdravotní péče a bude pojištěno po celou dobu trvání smluvního vztahu s pojišťovnou.

(3) Pojišťovna

- a) uhradí zdravotnickému zařízení provedenou hrazenou zdravotní péči, průkazně zdokumentovanou a odůvodněně poskytnutou jejím pojištěncům i pojištěncům z EU, kteří si pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie³⁾ 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 a personálního zajištění 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.

Článek 4

Úhrada poskytované hrazené zdravotní péče

¹¹⁾ Vyhláška č. 343/1997 Sb., kterou se stanoví způsob předepisování léčivých přípravků, náležitosti lékařských předpisů a pravidla jejich používání, ve znění pozdějších předpisů.

- (1) Hodnoty bodu⁵⁾ pro zdravotní péči hrazenou podle seznamu výkonů, výše úhrad hrazené zdravotní péče a regulační omezení objemu poskytnuté hrazené zdravotní péče podle § 17 odst. 6 zákona se uvedou v dodatku ke smlouvě, podle zvláštního právního předpisu.
- (2) Za způsoby úhrady se považují:
 - a) úhrada za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, nebo
 - b) jiný dohodnutý způsob úhrady.
- (3) Mezi smluvními stranami musí být vždy předem dohodnuto zvýšení nebo snížení objemu poskytované hrazené zdravotní péče z důvodu změny kapacity, struktury zdravotnického zařízení, změny či obnovy přístrojového vybavení specifikovaného ve smlouvě.
- (4) Zdravotnické zařízení pro uplatnění nároků na úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče předává pojišťovně jednou měsíčně vyúčtování poskytnuté péče fakturou s přílohami, pokud se smluvní strany nedohodnou na předávání vyúčtování za delší období. Faktura obsahuje náležitosti účetního dokladu¹²⁾. Náležitosti přílohy jsou obsaženy v metodice nebo se v souladu s metodikou upřesní ve smlouvě. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu a příloha neobsahuje náležitosti podle dohodnuté metodiky nebo smlouvy, má pojišťovna právo ji odmítnout a vrátit bez zbytečného odkladu 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. Doklady za hrazenou zdravotní péči poskytnutou pojištěncům pojišťovny a pojištěncům z EU, kteří si pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie³⁾ předává zdravotnické zařízení pojišťovně spolu s vyúčtováním v termínu a způsobem dohodnutým ve smlouvě (na elektronickém nosiči či v elektronické podobě nebo na papírových dokladech).
- (6) Zjistí-li pojišťovna ve vyúčtování před provedením úhrady nesprávně nebo neoprávněně vyúčtovanou péči, úhradu této části vyúčtované péče v termínu splatnosti neprovede. Pojišťovna prokazatelným způsobem oznámí zdravotnickému zařízení bez zbytečného odkladu rozsah a důvod 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 i pojištěnce EU, kteří si pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie³⁾, 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.

¹²⁾

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

- (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 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 elektronickém nosiči či v elektronické podobě do 30 kalendářních dnů a při předání vyúčtování pojišťovně na papírových dokladech do 50 kalendářních dnů ode dne doručení faktury pojišťovně, nedohodnou-li se smluvní strany jinak. Lhůta splatnosti je dodržena, je-li platba poslední den lhůty připsána na účet zdravotnického zařízení.
- (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.

Článek 5

Kontrola

- (1) Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona a smlouvou kontrolu využívání a poskytování hrazené zdravotní péče v jejím objemu a kvalitě, včetně dodržování cen, a to prostřednictvím svého informačního systému, revizních lékařů a dalších odborných pracovníků ve zdravotnictví, způsobilých k revizní činnosti (dále jen "odborní pracovníci").
- (2) V rámci své odborné způsobilosti revizní lékaři a odborní pracovníci oprávnění ke kontrole posuzují, zda zvolený způsob hrazené zdravotní péče byl indikován s ohledem na zdravotní stav pojištěnce, je v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a zda nebyl zbytečně ekonomicky náročný.
- (3) V případech stanovených právními předpisy revizní lékař (odborný pracovník) posuzuje i odůvodněnost ošetřujícím lékařem (klinickým psychologem, klinickým logopedem) navrženého, popřípadě provedeného léčebného postupu a schvaluje, zda použitý postup pojišťovna uhradí.
- (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 v souladu se zvláštním právním předpisem¹³⁾ a dalších dokladů bezprostředně souvisejících s prováděnou kontrolou vyúčtovaných zdravotních výkonů, léčiv a zdravotnických prostředků, včetně zvláště účtovaných léčiv

¹³⁾ § 67 b) zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.

a zvláště účtovaného materiálu. Revizní lékař (revizní odborný pracovník) je povinen postupovat tak, aby kontrola nenarušila prováděný léčebný výkon.

- (5) V případě kontroly (šetření) ve zdravotnickém zařízení bude na místě zpracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a stanoviska zdravotnického zařízení. Tento záznam nenahrazuje zprávu podle odstavce 6.
- (6) Zprávu, obsahující závěry kontroly, pojišťovna zpracuje a předá zdravotnickému zařízení do 15 kalendářních dnů po ukončení kontroly; pokud nebude možno z objektivních důvodů tuto lhůtu dodržet, oznámí pojišťovna tuto skutečnost zdravotnickému zařízení. Kontrola bude ukončena zpravidla do 30 kalendářních dnů od jejího zahájení.
- (7) Zdravotnické zařízení je oprávněno do 15 kalendářních dnů od převzetí závěru kontroly podat pojišťovně písemně zdůvodněné námitky. K námitkám sdělí pojišťovna stanovisko do 30 kalendářních dnů od jejich doručení. Pokud nebude možno z objektivních důvodů tyto lhůty dodržet, prodlouží se příslušná lhůta až na dvojnásobek. Ve stanovené lhůtě pojišťovna sdělí zdravotnickému zařízení, zda potvrzuje nebo mění závěry kontroly. Podání námitek nemá z hlediska finančních nároků pojišťovny vůči zdravotnickému zařízení odkladný účinek. Tím není dotčeno právo zdravotnického zařízení uplatnit svůj nesouhlas s rozhodnutím pojišťovny v jiném řízení.
- (8) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazené zdravotní péče nebo její neodůvodněné poskytování, pojišťovna podle § 42 odstavce 3 zákona takovou péči neuhradí a je oprávněna postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě. V případě, že se závěry kontroly prokáží jako neodůvodněné, uhradí pojišťovna zdravotnickému zařízení částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče. Zdravotnické zařízení je oprávněno postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě.

Článek 6

Sankční ujednání

- (1) Smluvní strany si pro neplnění smluvních povinností a porušení smlouvy podle odstavce 2 nebo z dalších důvodů dohodnutých ve smlouvě mohou sjednat 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 nedodrží ustanovení smlouvy, s následkem prokazatelně neúčelného vynaložení prostředků veřejného zdravotního pojištění,
 2. neposkytne informace sjednané ve smlouvě,
 - b) zdravotnické zařízení
 1. neoprávněně nebo vícenásobně účtuje zdravotní péči,
 2. neposkytne povinná hlášení vyplývající z právních předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění,
 3. neodůvodněně opožděně vykazuje poskytnutou hrazenou zdravotní péči,

4. opakovaně porušilo povinnost ohlásit pojišťovně v souladu s § 55 zákona úrazy nebo jiná poškození zdraví pojištěnce způsobená jednáním právnické nebo fyzické osoby,

c) pojišťovna

1. neodůvodněně sníží nebo odmítne úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče,
2. provádí úhradu oprávněně vyúčtované poskytnuté hrazené zdravotní péče s prodlením, kromě případů, kdy není za prodlení odpovědná.

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

Článek 7

Doba účinnosti, způsob a důvody ukončení smlouvy

Smlouva se uzavírá na dobu 8 let, pokud se smluvní strany nedohodnou jinak.

Článek 8

Smlouva nebo její část zaniká:

- a) dnem, kdy nabylo právní moci rozhodnutí o zrušení nebo změně registrace podle zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů, nebo došlo ke zrušení nebo změně zřizovací listiny, vydané zdravotnickému zařízení,
- b) dnem zániku zdravotnického zařízení nebo pojišťovny nebo dnem úmrtí fyzické osoby, která byla provozovatelem zdravotnického zařízení,
- c) dnem uvedeným v písemném oznámení pojišťovně, pokud zdravotnické zařízení ze závažných zdravotních či provozních důvodů nemůže zdravotní péči nadále poskytovat,
- d) dnem, kdy zdravotnické zařízení pozbylo věcné, technické nebo personální předpoklady pro poskytování zdravotní péče ve sjednaném rozsahu, stanovené právním předpisem nebo smlouvou, ve smyslu čl. 3 odst. 2 písm. a), pokud zdravotnické zařízení nedostatky neodstranilo ani po dodatečně stanovené přiměřené lhůtě; smlouva nebo její část zaniká pouze v části vymezující rozsah nasmlouvané zdravotní péče, ve kterém zdravotnické zařízení nesplňuje právním předpisem nebo smlouvou stanovené předpoklady, ledaže by šlo o tak závažné okolnosti, pro které nelze očekávat další plnění smlouvy v celém rozsahu.

Článek 9

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

- a) smluvní strana

1. uvedla při uzavření smlouvy nebo při jejím plnění 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, upravujícím veřejné zdravotní pojištění nebo poskytování zdravotní péče, nebo smlouvou,
3. opakovaně poruší povinnost vyplývající z § 41 zákona,
4. vstoupí do likvidace nebo na její majetek soud prohlásí konkurz,

b) zdravotnické zařízení

1. bez předchozí dohody s pojišťovnou bezdůvodně neposkytuje zdravotní péči ve sjednaném rozsahu a kvalitě,
2. přes písemné upozornění bez předchozí dohody s pojišťovnou opakovaně účtuje zdravotní péči poskytnutou nad rámec sjednaného druhu, odbornosti a rozsahu činnosti,
3. přes písemné upozornění neodůvodněně omezuje pro pojištěnce pojišťovny ordinační dobu sjednanou ve smlouvě,
4. poskytuje zdravotní péči bez odpovídajícího věcného a technického vybavení a personálního zajištění,
5. prokazatelně neposkytuje pojištěncům zdravotní péči kvalitně a "lege artis", popřípadě opakovaně odmítne poskytnutí zdravotní péče z jiných, než právními předpisy stanovených důvodů,
6. požaduje v rozporu s právními předpisy od pojištěnců finanční úhradu za zdravotní péči hrazenou pojišťovnou nebo za přijetí pojištěnce do péče,
7. přes písemné upozornění prokazatelně opakovaně neoprávněně účtuje zdravotní péči,
8. neposkytne nezbytnou součinnost k výkonu kontrolní činnosti prováděné pojišťovnou v souladu se zákonem,

c) pojišťovna

1. přes písemné upozornění opakovaně neoprávněně neuhradí zdravotnickému zařízení poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
2. přes písemné upozornění opakovaně nedodrží lhůty splatnosti dohodnuté ve smlouvě,
3. přes písemné upozornění opakovaně překračuje rozsah kontrolní činnosti stanovený zákonem,
4. poskytne třetí straně údaje o zdravotnickém zařízení nad rámec právních předpisů nebo smlouvy.

Článek 10

Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit

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

Článek 11

Vzájemné sdělování údajů a předávání dokladů nutných
ke kontrole plnění smlouvy

(1) Smluvní strany

- a) používají pro jednoznačnou identifikaci zdravotnického zařízení, v souladu s metodikou, identifikační číslo organizace (IČ), identifikační číslo zařízení (IČZ), identifikační číslo pracoviště (IČP),
- b) sdělují si údaje nutné ke kontrole plnění smlouvy,
- c) zajistí trvale přístupné a jasné informace o existenci smluvního vztahu a právech vyplývajících z něho pro pojištěnce,
- d) mohou si předávat údaje nezbytné k hodnocení kvality a efektivity 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 předpisy¹⁴⁾,
- 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.

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

(3) Pojišťovna

- a) může poskytnout 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,
- b) může zveřejnit na své internetové adrese v rámci seznamu smluvních zdravotnických zařízení obchodní jméno či firmu a adresu zdravotnického zařízení, jeho odbornost a telefonické, případně e-mailové spojení či další údaje vzájemně dohodnuté,

Článek 12

¹⁴⁾ Například zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

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 předpisu¹⁵⁾, pokud se smluvní strany na řešení sporů v rozhodčím řízení ve smlouvě dohodnou.
- (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 sdruženími¹⁶⁾ podle § 17 odstavce 3 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.

¹⁵⁾ Zákon č. 216/1994 Sb., o rozhodčím řízení a o výkonu rozhodčích nálezů, ve znění zákona č. 245/2006.

¹⁶⁾ Zákon č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů, ve znění pozdějších předpisů.
§§ 20f a násl. zákona č. 40/1964 Sb., Občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

Rámcová smlouva
pro zdravotnická zařízení poskytující ambulantní péči
zubních lékařů
a zdravotní pojišťovny

ČÁST PRVNÍ PŘÍLOHY
Obecná ustanovení

Článek 1

Smluvní vztahy

- (1) Rámcová smlouva stanoví podmínky, za nichž se uzavírají smlouvy mezi zdravotnickými zařízeními poskytujícími ambulantní péči zubních lékařů a pojišťovnami, a to za účelem zajištění věcného plnění při poskytování a úhradě hrazené zdravotní péče¹⁾.
- (2) Právní vztahy upravené ve smlouvě uzavírané mezi jednotlivými pojišťovnami²⁾ a zdravotnickými zařízeními se nesmí odchýlit od ustanovení rámcové smlouvy podle této vyhlášky, s výjimkou těch ustanovení, u kterých takovou možnost tato rámcová smlouva výslovně uvádí. K zajištění vytváření jednotných podmínek při shodném, či srovnatelném plnění, v souladu se zvláštním právním předpisem, se na vypracování textu smlouvy podílejí zástupci pojišťoven a zástupci poskytovatelů zdravotní péče, zmocnění k zastupování v této věci.

ČÁST DRUHÁ PŘÍLOHY

Smlouvy

Článek 2

Uzavírání smluv

- (1) Právní 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, a to i v případě, kdy pojišťovna plní roli výpomocné instituce při realizaci práva Evropské Unie³⁾ nebo na základě mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení uzavíraných Českou republikou⁴⁾. Ve věcech neupravených těmito právními předpisy a smlouvou se řídí obchodním zákoníkem.

¹⁾ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.
Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.
Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů.

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⁾ Nařízení Rady (EHS) 1408/71 a 574/72.

⁴⁾ Např. Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 130/2002 Sb.m.s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Svazovou republikou Jugoslávií o sociálním zabezpečení, Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 83/2000 Sb. m.s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Chorvatskou

- (2) Základní podmínkou pro uzavření smlouvy je oprávnění zdravotnického zařízení k poskytování zdravotní péče v příslušném oboru.
- (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 a seznamem stomatologických výrobků podle druhů péče, kterou je zdravotnické zařízení oprávněno poskytovat, a povinnost zdravotnického zařízení písemně informovat o věcném a technickém vybavení, personálním zajištění v rozsahu dohodnutém ve smlouvě a o ordinační době,
 - c) hodnoty bodu⁵⁾, výši úhrad hrazené zdravotní péče a regulační omezení objemu poskytnuté hrazené zdravotní péče v souladu s vyhláškou vydanou podle § 17 odst. 6 zákona,
 - d) způsob provádění úhrady poskytované zdravotní péče,
 - e) podmínky nezbytné ke kontrole plnění smlouvy, včetně správnosti a oprávněnosti účtovaných částek,
 - f) rozsah a způsob vzájemného sdělování údajů nutných ke kontrole plnění smlouvy,
 - g) ustanovení o řešení rozporů ve smířcím jednání, popřípadě ustanovení o použití rozhodčího řízení,
 - h) dobu účinnosti smlouvy, způsob a důvody jejího ukončení
 - i) ustanovení o akceptaci a dodržování dohodnutého postupu pro pořizování, předávání a vyhodnocování dokladů v souladu s metodikou, pravidly a jednotným datovým rozhraním, vytvářenými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky v součinnosti se zástupci pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče a vydávanými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky, platnými v době uzavření smlouvy,
 - j) ustanovení o způsobu seznámení zdravotnického zařízení s případnými změnami metodiky a pravidel, včetně způsobu předávání těchto změn.
- (4) Smlouva může obsahovat i další ujednání nezbytná pro její plnění a kontrolu, pokud jsou v souladu s touto rámcovou smlouvou a právními předpisy.

Článek 3

Práva a povinnosti smluvních stran

- (1) Smluvní strany:
- a) dodržují při vykazování a úhradě hrazené zdravotní péče dohodnutou metodiku, pravidla a datové rozhraní; ve smlouvě se uvede číslo verze platné v době uzavření smlouvy,
 - b) zaváží své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců, k zachování povinné mlčenlivosti o osobních údajích⁶⁾ a skutečnostech, o nichž se dozvěděli při výkonu své

republikou o sociálním zabezpečení, Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 135/2004 Sb.m.s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Tureckou republikou o sociálním zabezpečení.

⁵⁾ § 10 zákona č.526/1990 Sb., o cenách, ve znění pozdějších předpisů.

⁶⁾ Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

funkce nebo zaměstnání anebo při zpracování údajů z informačního systému na základě smlouvy, popřípadě v souvislosti s nimi²⁾.

(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) poskytuje hrazenou zdravotní péči pojištěncům EU za stejných podmínek jako pojištěncům pojišťovny, v rozsahu dle jimi předložených dokladů, tak aby nedocházelo k jejich diskriminaci ani upřednostňování, a to ani v případě, že by pojištěnec z EU hradil zdravotní péči v hotovosti,
- c) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci⁷⁾, kteří budou pojištěncům poskytovat ve smlouvě sjednanou hrazenou zdravotní péči, splňují požadavky stanovené právními předpisy pro výkon této činnosti⁸⁾,
- d) je vždy povinno nabídnout pojištěnci ošetření hrazené ze zdravotního pojištění a informovat pojištěnce o dalších možnostech ošetření a jejich úhrady,
- e) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jim poskytovanou zdravotní péči podle zvláštního právního předpisu⁹⁾,
- f) 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,
- g) odpovídá za účelnost indikace při odesílání pojištěnce ke komplementárním a konziliárním vyšetřením a na základě jejich výsledků upravuje diagnózu nebo léčebný postup,
- h) povede pro posouzení oprávněnosti vyúčtované zdravotní péče v průkazné formě zdravotní dokumentaci o léčení pojištěnců, ve které budou zaznamenávány provedené zdravotní výkony, vyžádaná zdravotní péče včetně zdravotní dopravy, předepisované léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a uchovány v ní i doručené výsledky vyžádaných a provedených vyšetření a ošetření, v souladu se zvláštním právním předpisem¹⁰⁾,
- i) zpřístupní v případě nepřítomnosti ve smlouvě dohodnutého nositele výkonu pojištěncům informace o zdravotnickém zařízení, které jim poskytne nutnou a neodkladnou zdravotní péči zubního lékaře, a ve smluvně dohodnutých případech tuto skutečnost oznámí pojišťovně,
- j) 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,

⁷⁾ Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

⁸⁾ Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta.

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

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

¹⁰⁾ Zákon č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění vyhlášky č. 479/2006 Sb.

- k) neodmítne přijetí pojištěnce do své péče s výjimkou důvodů uvedených v § 11 odstavci 1 písmenu b) zákona,
- l) 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,
- m) nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí hrazené zdravotní péče změnou pojišťovny nebo jiným způsobem,
- n) nebude zvyhodňovat pojištěnce jedné nebo více pojišťoven v neprospěch pojištěnců pojišťoven ostatních a zhoršovat dostupnost nutné a neodkladné zdravotní péče hrazené pojišťovnou přednostním poskytováním péče pacientům hradícím péči jinak,
- o) oznámí pojišťovně, v souladu s § 55 zákona č. úrazy nebo jiná poškození zdraví osob, kterým poskytlo hrazenou zdravotní péči, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby,
- p) odpovídá podle zvláštního právního předpisu¹¹⁾ 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 zdravotní dopravě., stanovených metodikou. 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,
- q) doloží při uzavírání smlouvy s pojišťovnou doklad o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou občanům v souvislosti s poskytováním zdravotní péče a bude pojištěno po celou dobu trvání smluvního vztahu s pojišťovnou.

(3) Pojišťovna:

- a) uhradí zdravotnickému zařízení provedenou hrazenou zdravotní péči, průkazně zdokumentovanou a odůvodněně poskytnutou jejím pojištěncům i pojištěncům z EU, kteří si pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie³⁾ 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 zvyhodňování svých pojištěnců na úkor pojištěnců ostatních pojišťoven,
- d) je oprávněna provádět kontrolu plnění smluvně dohodnutých věcných a technických podmínek a sjednaného personálního zajištění 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.

¹¹⁾ Vyhláška č. 343/1997 Sb., kterou se stanoví způsob předepisování léčivých přípravků, náležitosti lékařských předpisů a pravidla jejich používání, ve znění pozdějších předpisů.

Článek 4

Úhrada poskytované hrazené zdravotní péče

- (1) Hodnoty bodu⁵⁾ pro zdravotní péči hrazenou podle seznamu výkonů, výše úhrad hrazené zdravotní péče a regulační omezení objemu poskytnuté hrazené zdravotní péče podle § 17 odst. 6 zákona se uvedou v dodatku ke smlouvě v souladu se zvláštním právním předpisem.
- (2) Za způsoby úhrady se považují:
 - a) úhrada za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, nebo
 - b) jiný dohodnutý způsob úhrady.
- (3) Mezi smluvními stranami musí být vždy předem dohodnuto zvýšení nebo snížení sjednaného objemu poskytované hrazené zdravotní péče z důvodu změny či obnovy přístrojového vybavení specifikovaného ve smlouvě.
- (4) Zdravotnické zařízení pro uplatnění nároků na úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče předává pojišťovně jednou měsíčně vyúčtování poskytnuté péče fakturou s přílohami, pokud se smluvní strany nedohodnou na předávání vyúčtování za delší období. Faktura obsahuje náležitosti účetního dokladu¹²⁾. Náležitosti přílohy jsou obsaženy v metodice nebo se v souladu s metodikou upřesní ve smlouvě. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu a příloha neobsahuje náležitosti podle dohodnuté metodiky nebo smlouvy, má pojišťovna právo ji odmítnout a vrátit bez zbytečného odkladu 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. Doklady doklady za hrazenou zdravotní péči poskytnutou pojištěncům pojišťovny a pojištěncům z EU, kteří si pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie³⁾, předává zdravotnické zařízení pojišťovně spolu s vyúčtováním v termínu a způsobem dohodnutým ve smlouvě (na elektronickém nosiči či v elektronické podobě nebo na papírových dokladech).
- (6) Zjistí-li pojišťovna ve vyúčtování před provedením úhrady nesprávně nebo neoprávněně vyúčtovanou péči, úhradu této části vyúčtované péče v termínu splatnosti neprovede. Pojišťovna prokazatelným způsobem oznámí zdravotnickému zařízení bez zbytečného odkladu rozsah a důvod 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 i pojištěnce EU, kteří si pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie³⁾, úhradu hrazené zdravotní péče,

¹²⁾ Zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů.

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 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 elektronickém nosiči či v elektronické podobě do 30 kalendářních dnů a při předání vyúčtování pojišťovně na papírových dokladech do 50 kalendářních dnů ode dne doručení faktury pojišťovně, nedohodnou-li se smluvní strany jinak. Lhůta splatnosti je dodržena, je-li platba poslední den lhůty připsána na účet zdravotnického zařízení.
- (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.

Článek 5

Kontrola

- (1) Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona a smlouvou kontrolu využívání a poskytování hrazené zdravotní péče v jejím objemu a kvalitě, včetně dodržování cen účtovaných zdravotní 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 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 v souladu se zvláštním právním předpisem¹³⁾ a dalších dokladů bezprostředně souvisejících s prováděnou kontrolou vyúčtovaných zdravotních výkonů, léčiv a zdravotnických prostředků, včetně zvlášť účtovaných léčiv a zvlášť účtovaného materiálu.

- (5) V případě kontroly (šetření) ve zdravotnickém zařízení bude na místě zpracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a stanoviska zdravotnického zařízení. Tento záznam nenahrazuje zprávu podle odstavce 6.
- (6) Zprávu, obsahující závěry kontroly, pojišťovna zpracuje a předá zdravotnickému zařízení do 15 kalendářních dnů po ukončení kontroly; pokud nebude možno z objektivních důvodů tuto lhůtu dodržet, oznámí pojišťovna tuto skutečnost zdravotnickému zařízení. Kontrola bude ukončena zpravidla do 30 kalendářních dnů od jejího zahájení.
- (7) Zdravotnické zařízení je oprávněno do 15 kalendářních dnů od převzetí závěru kontroly podat pojišťovně písemně zdůvodněné námitky. K námitkám sdělí pojišťovna stanovisko do 30 kalendářních dnů od jejich doručení. Pokud nebude možno z objektivních důvodů tyto lhůty dodržet, lze je na žádost příslušné smluvní strany prodloužit až na dvojnásobek. Ve stanovené lhůtě pojišťovna sdělí zdravotnickému zařízení, zda potvrzuje nebo mění závěry kontroly. Podání námitek nemá z hlediska finančních nároků pojišťovny vůči zdravotnickému zařízení odkladný účinek. Tím není dotčeno právo zdravotnického zařízení uplatnit svůj nesouhlas s rozhodnutím pojišťovny v jiném řízení.
- (8) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazené zdravotní péče nebo její neodůvodněné poskytování, pojišťovna podle § 42 odstavce 3 zákona takovou péči neuhradí a je oprávněna postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě. V případě, že se závěry kontroly prokáží jako neodůvodněné, uhradí pojišťovna zdravotnickému zařízení částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče. Zdravotnické zařízení je oprávněno postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě.

Článek 6

Sankční ujednání

- (1) Smluvní strany si pro neplnění smluvních povinností a porušení smlouvy podle odstavce 2 nebo z dalších důvodů dohodnutých ve smlouvě mohou sjednat 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,

¹³⁾ § 67 b) zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.

b) zdravotnické zařízení

1. neoprávněně nebo vícenásobně účtuje zdravotní péči,
2. neposkytne povinná hlášení vyplývající z právních předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění,
3. neodůvodněně opožděně vykazuje poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
4. opakovaně porušilo povinnost ohlásit pojišťovně v souladu s § 55 zákona úrazy nebo jiná poškození zdraví pojištěnce způsobená jednáním právnické nebo fyzické osoby,

c) pojišťovna

1. neodůvodněně sníží nebo odmítne úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče,
2. provádí úhradu oprávněně vyúčtované poskytnuté hrazené zdravotní péče s prodlením, kromě případů, kdy není za prodlení odpovědna.

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

Článek 7

Doba účinnosti, způsob a důvody ukončení smlouvy

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

Článek 8

Smlouva nebo její část zaniká:

- a) dnem, kdy nabylo právní moci rozhodnutí o zrušení registrace podle zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů, nebo došlo ke zrušení nebo změně zřizovací listiny, vydané zdravotnickému zařízení,
- b) dnem zániku zdravotnického zařízení nebo pojišťovny nebo dnem úmrtí fyzické osoby, která byla provozovatelem zdravotnického zařízení,
- c) dnem uvedeným v písemném oznámení pojišťovně, pokud zdravotnické zařízení ze závažných zdravotních či provozních důvodů nemůže zdravotní péči nadále poskytovat,
- d) dnem, kdy zdravotnické zařízení pozbylo věcné, technické nebo personální předpoklady pro poskytování zdravotní péče ve sjednaném rozsahu, stanovené právním předpisem nebo smlouvou, ve smyslu čl. 3 odst. 2 písm. a), pokud zdravotnické zařízení nedostatky neodstranilo ani po dodatečně stanovené přiměřené lhůtě; smlouva nebo její část zaniká pouze v části vymezující rozsah nasmlouvané zdravotní péče, ve kterém zdravotnické zařízení nesplňuje právním předpisem nebo smlouvou stanovené předpoklady, ledaže by šlo o tak závažné okolnosti, pro které nelze očekávat další plnění smlouvy v celém rozsahu.

Článek 9

Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit písemnou výpovědí s výpovědní lhůtou pěti měsíců, která začne běžet prvním dnem měsíce následujícího po doručení výpovědi druhé smluvní straně, v případě, že

a) smluvní strana

1. uvedla při uzavření smlouvy nebo při jejím plnění 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, upravujícím veřejné zdravotní pojištění nebo poskytování zdravotní péče, nebo smlouvou,
3. opakovaně poruší povinnost vyplývající z § 41 zákona,
4. vstoupí do likvidace nebo na její majetek soud prohlásí konkurz,

b) zdravotnické zařízení

1. bez předchozí dohody s pojišťovnou bezdůvodně neposkytuje zdravotní péči ve sjednaném rozsahu a kvalitě,
2. přes písemné upozornění bez předchozí dohody s pojišťovnou opakovaně účtuje zdravotní péči poskytnutou nad rámec sjednaného druhu, odbornosti a rozsahu činnosti,
3. přes písemné upozornění neodůvodněně omezuje pro pojištěnce pojišťovny ordinační dobu, o které zdravotnické zařízení pojišťovnu informovalo,
4. poskytuje zdravotní péči bez odpovídajícího věcného a technického vybavení a personálního zajištění,
5. prokazatelně neposkytuje pojištěncům zdravotní péči kvalitně a "lege artis", popřípadě opakovaně odmítne poskytnutí zdravotní péče z jiných, než právními předpisy stanovených důvodů,
6. požaduje v rozporu s právními předpisy od pojištěnců finanční úhradu za zdravotní péči hrazenou pojišťovnou nebo za přijetí pojištěnce do péče,
7. přes písemné upozornění prokazatelně opakovaně neoprávněně účtuje zdravotní péči,
8. neposkytne nezbytnou součinnost k výkonu kontrolní činnosti prováděné pojišťovnou v souladu se zákonem,

c) pojišťovna

1. přes písemné upozornění opakovaně neoprávněně neuhradí zdravotnickému zařízení poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
2. přes písemné upozornění opakovaně nedodrží lhůty splatnosti dohodnuté ve smlouvě,
3. přes písemné upozornění opakovaně překračuje rozsah kontrolní činnosti stanovený zákonem,
4. poskytne třetí straně údaje o zdravotnickém zařízení nad rámec právních předpisů nebo smlouvy.

Článek 10

Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit :

a) stanoví-li tak zákon,

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

Článek 11

Vzájemné sdělování údajů a předávání dokladů nutných ke kontrole plnění smlouvy

(1) Smluvní strany:

- a) používají pro jednoznačnou identifikaci zdravotnického zařízení, v souladu s metodikou, identifikační číslo organizace (IČ), identifikační číslo zařízení (IČZ), identifikační číslo pracoviště (IČP),
- b) sdělují si údaje nutné ke kontrole plnění smlouvy,
- c) zajistí dostupnost informací o existenci smluvního vztahu,
- 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 předpisy¹⁴⁾,
- 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 – nositele výkonu jmenovitě uvedeného ve smlouvě,
 - 3. k výpadku přístroje nezbytného pro provádění výkonu bez náhrady na dobu delší než 30 kalendářních dnů.

Pozdní splnění povinností vyplývajících z odst. 2 písm. b) tohoto článku či jejich nesplnění se považuje za závažné porušení smluvní povinnosti.

(3) Pojišťovna

- a) 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,
- b) může zveřejnit na své internetové adrese v rámci seznamu smluvních zdravotnických zařízení obchodní jméno či firmu a adresu zdravotnického zařízení, jeho odbornost a telefonické, případně e-mailové spojení či další údaje vzájemně dohodnuté,

Článek 12

Řešení sporů

¹⁴⁾ Například zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

- (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 předpisu¹⁵⁾, pokud se smluvní strany na řešení sporů v rozhodčím řízení ve smlouvě dohodnou.
- (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 sdruženími¹⁶⁾ podle § 17 odstavce 3 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.

¹⁵⁾ Zákon č. 216/1994 Sb., o rozhodčím řízení a o výkonu rozhodčích nálezů, ve znění zákona č. 245/2006.

¹⁶⁾ Zákon č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů, ve znění pozdějších předpisů.
§§ 20f a násl. zákona č. 40/1964 Sb., Občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

Příloha č. 4 k vyhlášce č. 618/2006 Sb.

Rámcová smlouva
pro zdravotnická zařízení poskytující zdravotní péči
v nemocnicích, odborných léčebných ústavech, odborných dětských léčebnách a
ozdravovnách a léčebnách dlouhodobě nemocných
a zdravotní pojišťovny

ČÁST PRVNÍ PŘÍLOHY
Obecná ustanovení

Článek 1

Smluvní vztahy

- (1) Rámcová smlouva stanoví podmínky, za nichž se uzavírají smlouvy mezi zdravotnickými zařízeními poskytujícími zdravotní péči v nemocnicích, odborných léčebných ústavech, odborných dětských léčebnách a ozdravovnách a léčebnách dlouhodobě nemocných a pojišťovnami, a to za účelem zajištění věcného plnění při poskytování a úhradě hrazené zdravotní péče¹⁾.
- (2) Právní vztahy upravené ve smlouvě uzavírané mezi jednotlivými pojišťovnami²⁾ a zdravotnickými zařízeními se nesmí odchýlit od ustanovení rámcové smlouvy podle této vyhlášky, s výjimkou těch ustanovení, u kterých takovou možnost tato rámcová smlouva výslovně uvádí.

ČÁST DRUHÁ PŘÍLOHY
Smlouvy

Článek 2

Uzavírání smluv

- (1) Právní 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, a to i v případě, kdy pojišťovna plní roli výpomocné instituce při realizaci práva Evropské Unie³⁾ nebo na základě mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení uzavíraných Českou republikou⁴⁾. Ve věcech neupravených těmito právními předpisy a smlouvou se řídí obchodním zákoníkem.

¹⁾ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů.

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⁾ Nařízení Rady (EHS) 1408/71 a 574/72.

⁴⁾ Např. Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 130/2002 Sb.m.s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Svazovou republikou Jugoslávií o sociálním zabezpečení, Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 83/2000 Sb. m.s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Chorvatskou republikou o sociálním zabezpečení, Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 135/2004 Sb.m.s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Tureckou republikou o sociálním zabezpečení.

- (2) Základní podmínkou pro uzavření smlouvy je oprávnění zdravotnického zařízení k poskytování zdravotní péče v příslušném oboru.
- (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, pokud není stanoveno právními předpisy jinak,
 - c) spádové území (území, pro které zdravotnické zařízení zajišťuje zdravotní péči); stanovením spádového území není dotčena svobodná volba zdravotnického zařízení podle § 11 písm. b) zákona,
 - d) hodnoty bodu⁵⁾, výši úhrad hrazené zdravotní péče a regulační omezení objemu poskytnuté hrazené zdravotní péče v souladu s vyhláškou vydanou podle § 17 odst. 6 zákona,
 - e) způsob provádění úhrady poskytované zdravotní péče, včetně stanovení náležitostí vyúčtování,
 - f) podmínky nezbytné ke kontrole plnění smlouvy, včetně správnosti a oprávněnosti účtovaných částek,
 - g) rozsah a způsob vzájemného sdělování údajů nutných ke kontrole plnění smlouvy,
 - h) ustanovení o řešení rozporů ve smířčím jednání, popřípadě ustanovení o použití rozhodčího řízení,
 - i) ustanovení o akceptaci a dodržování dohodnutého postupu pro pořizování, předávání a vyhodnocování dokladů v souladu s metodikou, pravidly a jednotným datovým rozhraním, vytvářenými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky v součinnosti se zástupci pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče a vydávanými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky, platnými v době uzavření smlouvy,
 - j) ustanovení o způsobu seznámení zdravotnického zařízení s případnými změnami metodiky a pravidel, včetně způsobu předávání těchto změn.
- (4) Smlouva může obsahovat i další ujednání nezbytná pro její plnění a kontrolu, pokud jsou v souladu s touto rámcovou smlouvou a právními předpisy.

Článek 3

Práva a povinnosti smluvních stran

(1) Smluvní strany

- a) dodržují při vykazování a úhradě hrazené zdravotní péče dohodnutou metodiku, pravidla a datové rozhraní; ve smlouvě se uvede číslo verze platné v době uzavření smlouvy,
- b) zaváží své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců, k zachování povinné mlčenlivosti o osobních údajích⁶⁾ a skutečnostech, o nichž se dozvěděli při výkonu své

⁵⁾ § 10 zákona č. 526/1990 Sb., o cenách, ve znění pozdějších předpisů.

⁶⁾ Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

funkce nebo zaměstnání anebo při zpracování údajů z informačního systému na základě smlouvy, popřípadě v souvislosti s nimi²⁾.

(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) poskytuje hrazenou zdravotní péči pojištěncům z EU za stejných podmínek jako pojištěncům pojišťovny, v rozsahu dle jimi předložených dokladů, tak aby nedocházelo k jejich diskriminaci ani upřednostňování zejména při přijímání na operace a jiné lékařské zákroky, na které se čeká, a to ani v případě, že by pojištěnec z EU hradil zdravotní péči v hotovosti. Tato péče je však vykazována, vyúčtována a hrazena samostatně, odděleně od péče poskytované pojištěncům zdravotní pojišťovny,
- c) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci⁷⁾, kteří budou pojištěncům poskytovat ve smlouvě sjednanou hrazenou zdravotní péči, splňují požadavky stanovené právními předpisy pro výkon této činnosti⁸⁾,
- d) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jim poskytovanou zdravotní péči podle zvláštního právního předpisu⁹⁾,
- 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) přijme pojištěnce k hospitalizaci jen vyžaduje-li to jeho zdravotní stav, zpravidla na doporučení ošetřujícího lékaře,
- g) povede pro posouzení oprávněnosti vyúčtované zdravotní péče v průkazné formě zdravotní dokumentaci o léčení pojištěnců, ve které budou zaznamenávány provedené zdravotní výkony, vyžádaná zdravotní péče včetně zdravotní dopravy, předepisované léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a uchovány v ní i doručené výsledky vyžádaných a provedených vyšetření a ošetření, v souladu se zvláštním právním předpisem¹⁰⁾,
- h) zajistí, v případě nepřítomnosti ve smlouvě dohodnutého nositele výkonu, zástup jiným kvalifikovaným nositelem výkonu a ve smluvně dohodnutých případech tuto skutečnost vhodným způsobem oznámí pojištěncům a pojišťovně,
- i) poskytne v souladu s právními předpisy zdravotnickým zařízením, kterým pojištěnce předá do péče nebo které si pojištěnec zvolí, informace potřebné pro zajištění návaznosti zdravotní péče a k zamezení duplicitního provádění diagnostických a léčebných výkonů a při převzetí pojištěnce do péče bude takové informace od příslušných zařízení vyžadovat,
- j) neodmítne přijetí pojištěnce do své péče,

⁷⁾ Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

⁸⁾ Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta.

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

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

¹⁰⁾ Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění vyhlášky č. 479/2006 Sb.

- k) 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,
- l) nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí hrazené zdravotní péče změnou pojišťovny nebo jiným způsobem,
- m) 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,
- n) oznámí pojišťovně, v souladu s § 55 zákona úrazy nebo jiná poškození zdraví osob, kterým poskytlo hrazenou zdravotní péči, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby,
- o) odpovídá podle zvláštního právního předpisu¹¹⁾ 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 zdravotní dopravě. Pokud při preskripci nebylo respektováno preskripční omezení vyplývající z právních předpisů a pojišťovna tento léčivý přípravek zařízení lékárenské péče uhradila, má pojišťovna právo požadovat od zdravotnického zařízení úhradu zaplacené částky,
- p) doloží při uzavírání smlouvy s pojišťovnou doklad o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou občanům v souvislosti s poskytováním zdravotní péče a bude pojištěno po celou dobu trvání smluvního vztahu s pojišťovnou.

(3) Pojišťovna

- a) uhradí zdravotnickému zařízení provedenou hrazenou zdravotní péči, průkazně zdokumentovanou a odůvodněně poskytnutou jejím pojištěncům i pojištěncům z EU, kteří si pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie³⁾ 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 a smluvně dohodnutého personálního zajištění 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.

Článek 4

Úhrada poskytované hrazené zdravotní péče

¹¹⁾ Vyhláška č. 343/1997 Sb., kterou se stanoví způsob předepisování léčivých přípravků, náležitosti lékařských předpisů a pravidla jejich používání, ve znění pozdějších předpisů.

- (1) Hodnoty bodu⁵⁾ pro zdravotní péči hrazenou podle seznamu výkonů, výše úhrad hrazené zdravotní péče a regulační omezení objemu poskytnuté hrazené zdravotní péče podle § 17 odst. 6 zákona se uvedou v dodatku ke smlouvě podle zvláštního právního předpisu. V dětských ozdravovnách se úhrada poskytované hrazené péče sjednává dodatkem ke smlouvě v souladu s platným cenovým Výměrem Ministerstva financí pro příslušné období.
- (2) Za způsoby úhrady se považují:
- 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, nebo
 - f) jiný dohodnutý způsob úhrady.
- (3) Mezi smluvními stranami musí být vždy předem dohodnuto zvýšení nebo snížení objemu poskytované hrazené zdravotní péče z důvodu změny kapacity, struktury zdravotnického zařízení nebo změny či obnovy přístrojového vybavení specifikovaného ve smlouvě.
- (4) Zdravotnické zařízení pro uplatnění nároků na úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče předává pojišťovně jednou měsíčně vyúčtování poskytnuté péče fakturou s přílohami, pokud se smluvní strany nedohodnou na předávání vyúčtování za delší období. Faktura obsahuje náležitosti účetního dokladu¹²⁾. Náležitosti přílohy jsou obsaženy v metodice nebo se v souladu s metodikou upřesní ve smlouvě. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu a příloha neobsahuje náležitosti podle dohodnuté metodiky nebo smlouvy, má pojišťovna právo ji odmítnout a vrátit bez zbytečného odkladu 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. Doklady za hrazenou zdravotní péči poskytnutou pojištěncům pojišťovny a pojištěncům z EU, kteří si pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie³⁾, předává zdravotnické zařízení pojišťovně spolu s vyúčtováním v termínu a způsobem dohodnutým ve smlouvě (na elektronickém nosiči či v elektronické podobě nebo na papírových dokladech).
- (6) Zjistí-li pojišťovna ve vyúčtování před provedením úhrady nesprávně nebo neoprávněně vyúčtovanou péči, úhradu této části vyúčtované péče v termínu splatnosti neprovede. Pojišťovna prokazatelným způsobem 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.

¹²⁾ Zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů.

- (7) Pojišťovna provede za své pojištěnce i pojištěnce EU, kteří si pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie³⁾, 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 ve smyslu zvláštního právního předpisu (§ 580 a § 581 Občanského zákoníku) sníží zdravotnickému zařízení o příslušnou částku úhradu za vyúčtování hrazené zdravotní péče předložené v následujícím zúčtovacím období; pokud jde o započtení proti pohledávce státu je přípustné pouze na základě dohody (§42 odst.2 z č. 219/2000 Sb.),
- (9) Úhrada vyúčtované poskytnuté hrazené zdravotní péče, při dodržení podmínek dohodnutých ve smlouvě, bude provedena při předání vyúčtování pojišťovně na elektronickém nosiči či v elektronické podobě do 30 kalendářních dnů a při předání vyúčtování pojišťovně na papírových dokladech do 50 kalendářních dnů ode dne doručení faktury pojišťovně, nedohodnou-li se smluvní strany jinak. Lhůta splatnosti je dodržena, je-li platba poslední den lhůty připsána na účet zdravotnického zařízení.
- (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.

Článek 5

Kontrola

- (1) Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona a smlouvou kontrolu využívání a poskytování hrazené zdravotní péče v jejím objemu a kvalitě, včetně dodržování cen, a to prostřednictvím svého informačního systému, revizních lékařů a dalších odborných pracovníků ve zdravotnictví, způsobilých k revizní činnosti (dále jen "odborní pracovníci").
- (2) V rámci své odborné způsobilosti revizní lékaři a odborní pracovníci oprávnění ke kontrole posuzují, zda zvolený způsob hrazené zdravotní péče byl indikován s ohledem na zdravotní stav pojištěnce, je v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a zda nebyl zbytečně ekonomicky náročný.
- (3) V případech stanovených právními předpisy revizní lékař posuzuje i odůvodněnost ošetřujícím lékařem navrženého, popřípadě provedeného léčebného postupu a schvaluje,

zda použitý postup pojišťovna uhradí. Rozhodnutí o použití léčebného postupu včetně farmakoterapie, je v kompetenci ošetřujícího lékaře.

- (4) Zdravotnické zařízení poskytne pojišťovně při výkonu kontroly nezbytnou součinnost, zejména předkládá požadované doklady, sděluje údaje a poskytuje vysvětlení. Umožní revizním lékařům a odborným pracovníkům pojišťovny vstup do svého objektu, nahlížení do zdravotnické dokumentace pojištěnců v souladu se zvláštním právním předpisem¹³⁾ a dalších dokladů bezprostředně souvisejících s prováděnou kontrolou vyúčtovaných zdravotních výkonů, léčiv a zdravotnických prostředků, včetně zvlášť účtovaných léčiv a zvlášť účtovaného materiálu.
- (5) V případě kontroly (šetření) ve zdravotnickém zařízení bude na místě zpracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a stanoviska pracovníka zdravotnického zařízení přítomného kontrole. Tento záznam nenahrazuje zprávu podle odstavce 6.
- (6) Zprávu, obsahující závěry kontroly, pojišťovna zpracuje a předá zdravotnickému zařízení do 15 kalendářních dnů po ukončení kontroly; pokud nebude možno z objektivních důvodů tuto lhůtu dodržet, oznámí pojišťovna tuto skutečnost zdravotnickému zařízení. Kontrola bude ukončena zpravidla do 30 kalendářních dnů od jejího zahájení.
- (7) Zdravotnické zařízení je oprávněno do 15 kalendářních dnů od převzetí závěru kontroly podat pojišťovně písemně zdůvodněné námitky. K námitkám sdělí pojišťovna stanovisko do 30 kalendářních dnů od jejich doručení. Pokud nebude možno z objektivních důvodů tyto lhůty dodržet, prodlouží se příslušná lhůta až na dvojnásobek. Ve stanovené lhůtě pojišťovna sdělí zdravotnickému zařízení, zda potvrzuje nebo mění závěry kontroly. Podání námitek nemá z hlediska finančních nároků pojišťovny vůči zdravotnickému zařízení odkladný účinek. Tím není dotčeno právo zdravotnického zařízení uplatnit svůj nesouhlas s rozhodnutím pojišťovny v jiném řízení.
- (8) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazené zdravotní péče nebo její neodůvodněné poskytování, pojišťovna podle § 42 odstavce 3 zákona takovou péči neuhradí a je oprávněna postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě. V případě, že se závěry kontroly prokáží jako neodůvodněné, uhradí pojišťovna zdravotnickému zařízení částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče. Zdravotnické zařízení je oprávněno postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě.

Článek 6

Sankční ujednání

- (1) Smluvní strany si pro neplnění smluvních povinností a porušení smlouvy podle odstavce 2 nebo z dalších důvodů dohodnutých ve smlouvě mohou sjednat smluvní pokutu a její výši.
- (2) Za porušení smlouvy se považují případy, kdy
 - a) smluvní strana

¹³⁾ § 67 b) zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.

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. neoprávněně nebo vícenásobně účtuje zdravotní péči,
2. neposkytne povinná hlášení vyplývající z právních předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění,
3. neodůvodněně opožděně vykazuje poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
4. opakovaně porušilo povinnost ohlásit pojišťovně v souladu s § 55 zákona úrazy nebo jiná poškození zdraví pojištěnce způsobená jednáním právnické nebo fyzické osoby,

c) pojišťovna

1. neodůvodněně sníží nebo odmítne úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče,
2. provádí úhradu oprávněně vyúčtované poskytnuté hrazené zdravotní péče s prodlením, kromě případů, kdy není za prodlení odpovědná.

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

Článek 7

Doba účinnosti, způsob a důvody ukončení smlouvy

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

Článek 8

Smlouva nebo její část zaniká:

- a) dnem, kdy nabylo právní moci rozhodnutí o zrušení nebo změně registrace nebo její části podle zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů, nebo došlo ke zrušení nebo změně činnosti uvedené ve zřizovací listině, vydané zdravotnickému zařízení,
- b) dnem zániku zdravotnického zařízení nebo pojišťovny nebo dnem úmrtí fyzické osoby, která byla provozovatelem zdravotnického zařízení,
- c) dnem uvedeným v písemném oznámení pojišťovně, pokud zdravotnické zařízení z provozních důvodů nemůže zdravotní péči nadále poskytovat,
- d) dnem, kdy zdravotnické zařízení pozbylo věcné, technické nebo personální předpoklady pro poskytování zdravotní péče ve sjednaném rozsahu, stanovené právním předpisem nebo smlouvou, ve smyslu čl. 3 odst. 2 písm. a), pokud zdravotnické zařízení nedostatky neodstranilo ani po dodatečně stanovené přiměřené lhůtě; smlouva nebo její část zaniká

pouze v části vymezující rozsah nasmlouvané zdravotní péče, ve kterém zdravotnické zařízení nesplňuje právním předpisem nebo smlouvou stanovené předpoklady, ledaže by šlo o tak závažné okolnosti, pro které nelze očekávat další plnění smlouvy v celém rozsahu.

Článek 9

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

a) smluvní strana

1. uvedla při uzavření smlouvy nebo při jejím plnění 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, upravujícím veřejné zdravotní pojištění nebo poskytování zdravotní péče, nebo smlouvou,
3. opakovaně poruší povinnost vyplývající z § 41 zákona,
4. vstoupí do likvidace nebo na její majetek soud prohlásí konkurz,

b) zdravotnické zařízení

1. bez předchozí dohody s pojišťovnou bezdůvodně neposkytuje zdravotní péči ve sjednaném rozsahu a kvalitě,
2. přes písemné upozornění bez předchozí dohody s pojišťovnou opakovaně účtuje zdravotní péči poskytnutou nad rámec sjednaného druhu, odbornosti a rozsahu činnosti,
3. přes písemné upozornění neodůvodněně omezuje pro pojištěnce pojišťovny ordinační dobu sjednanou ve smlouvě,
4. poskytuje zdravotní péči bez odpovídajícího věcného a technického vybavení a personálního zajištění,
5. prokazatelně neposkytuje pojištěncům zdravotní péči kvalitně a "lege artis", popřípadě opakovaně odmítne poskytnutí zdravotní péče z jiných, než právními předpisy stanovených důvodů,
6. požaduje v rozporu s právními předpisy od pojištěnců finanční úhradu za zdravotní péči hrazenou pojišťovnou nebo za přijetí pojištěnce do péče,
7. přes písemné upozornění prokazatelně opakovaně neoprávněně účtuje zdravotní péči,
8. neposkytne nezbytnou součinnost k výkonu kontrolní činnosti prováděné pojišťovnou v souladu se zákonem,

c) pojišťovna

1. přes písemné upozornění opakovaně neoprávněně neuhradí zdravotnickému zařízení poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
2. přes písemné upozornění opakovaně nedodrží lhůty splatnosti dohodnuté ve smlouvě,
3. přes písemné upozornění opakovaně překračuje rozsah kontrolní činnosti stanovený zákonem,

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

Článek 10

Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit

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

Článek 11

Vzájemné sdělování údajů a předávání dokladů nutných ke kontrole plnění smlouvy

(1) Smluvní strany

- a) používají pro jednoznačnou identifikaci zdravotnického zařízení, v souladu s metodikou, identifikační číslo organizace (IČ), identifikační číslo zařízení (IČZ), identifikační číslo pracoviště (IČP),
- b) sdělují si údaje nutné ke kontrole plnění smlouvy,
- c) zajistí trvale přístupné a jasné informace o existenci smluvního vztahu a právech vyplývajících z něho pro pojištěnce,
- d) mohou si předávat údaje nezbytné k hodnocení kvality a efektivity 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 předpisy¹⁴⁾,
- 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.

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

(3) Pojišťovna

¹⁴⁾ Například zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

- a) 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,
- b) může zveřejnit na své internetové adrese v rámci seznamu smluvních zdravotnických zařízení obchodní jméno či firmu a adresu zdravotnického zařízení, jeho odbornost a telefonické, případně e-mailové spojení či další údaje vzájemně dohodnuté.

Článek 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 předpisu¹⁵⁾, pokud se smluvní strany na řešení sporů v rozhodčím řízení ve smlouvě dohodnou.
- (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 sdruženími¹⁶⁾ podle § 17 odstavce 3 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.

¹⁵⁾ Zákon č. 216/1994 Sb., o rozhodčím řízení a o výkonu rozhodčích nálezů, ve znění zákona č. 245/2006.

¹⁶⁾ Zákon č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů, ve znění pozdějších předpisů.
§§ 20f 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, 802, 804, 805, 807, 809, 812 až 819, 822 a 823)¹⁾
a zdravotní pojišťovny

ČÁST PRVNÍ PŘÍLOHY
Obecná ustanovení

Článek 1

Smluvní vztahy

- (1) Rámcová smlouva stanoví podmínky, za nichž se uzavírají smlouvy mezi ambulantními zdravotnickými zařízeními poskytujícími diagnostickou péči (odbornosti 222, 801, 802, 804, 805, 807, 809, 812 až 819, 822 a 823)¹⁾ a pojišťovnami, a to za účelem zajištění věcného plnění při poskytování a úhradě hrazené zdravotní péče.
- (2) Právní vztahy upravené ve smlouvě uzavírané mezi jednotlivými pojišťovnami²⁾ a zdravotnickými zařízeními se nesmí odchýlit od ustanovení rámcové smlouvy podle této vyhlášky, s výjimkou těch ustanovení, u kterých takovou možnost tato rámcová smlouva výslovně uvádí.

ČÁST DRUHÁ PŘÍLOHY
Smlouvy

Článek 2

Uzavírání smluv

- (1) Právní 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, a to i v případě, kdy pojišťovna plní roli výpomocné instituce při realizaci práva Evropské Unie³⁾ nebo na základě mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení uzavíraných Českou republikou⁴⁾. Ve věcech neupravených těmito právními předpisy a smlouvou se řídí obchodním zákoníkem.

¹⁾ Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění.

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⁾ Nařízení Rady (EHS) 1408/71 a 574/72.

⁴⁾ Např. Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 130/2002 Sb.m.s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Svazovou republikou Jugoslávií o sociálním zabezpečení, Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 83/2000 Sb. m.s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Chorvatskou republikou o sociálním zabezpečení, Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 135/2004 Sb.m.s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Tureckou republikou o sociálním zabezpečení.

- (2) Základní podmínkou pro uzavření smlouvy je oprávnění zdravotnického zařízení k poskytování zdravotní péče v příslušném oboru.
- (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) hodnoty bodu⁵⁾, výši úhrad hrazené zdravotní péče a regulační omezení objemu poskytnuté hrazené zdravotní péče v souladu s vyhláškou vydanou podle § 17 odst. 6 zákona,
 - d) způsob provádění úhrady poskytované zdravotní péče,
 - e) podmínky nezbytné ke kontrole plnění smlouvy, včetně správnosti a oprávněnosti účtovaných částek,
 - f) rozsah a způsob vzájemného sdělování údajů nutných ke kontrole plnění smlouvy,
 - g) ustanovení o řešení rozporů ve smírčím jednání, popřípadě ustanovení o použití rozhodčího řízení,
 - h) dobu účinnosti smlouvy, způsob a důvody jejího ukončení,
 - i) ustanovení o akceptaci a dodržování dohodnutého postupu pro pořizování, předávání a vyhodnocování dokladů v souladu s metodikou, pravidly a jednotným datovým rozhraním, vytvářenými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky v součinnosti se zástupci pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče a vydávanými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky, platnými v době uzavření smlouvy,
 - j) ustanovení o způsobu seznámení zdravotnického zařízení s případnými změnami metodiky a pravidel, včetně způsobu předávání těchto změn.
- (4) Smlouva může obsahovat i další ujednání nezbytná pro její plnění a kontrolu, pokud jsou v souladu s touto rámcovou smlouvou a právními předpisy.

Článek 3

Práva a povinnosti smluvních stran

1) Smluvní strany:

- a) dodržují při vykazování a úhradě hrazené zdravotní péče dohodnutou metodiku, pravidla a datové rozhraní; ve smlouvě se uvede číslo verze platné v době uzavření smlouvy,
- b) zaváží své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců, k zachování povinné mlčenlivosti o osobních údajích⁶⁾ a skutečnostech, o nichž se dozvěděli při výkonu své funkce nebo zaměstnání anebo při zpracování údajů z informačního systému na základě smlouvy, popřípadě v souvislosti s nimi²⁾.

⁵⁾ § 10 zákona č. 526/1990 Sb., o cenách, ve znění pozdějších předpisů.

⁶⁾ Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

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) poskytuje hrazenou zdravotní péči pojištěncům z EU za stejných podmínek jako pojištěncům pojišťovny, v rozsahu dle jimi předložených dokladů, tak aby nedocházelo k jejich diskriminaci ani upřednostňování, a to ani v případě, že by pojištěnec z EU hradil zdravotní péči v hotovosti,
- c) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci⁷⁾, kteří budou pojištěncům poskytovat ve smlouvě sjednanou hrazenou zdravotní péči, splňují požadavky stanovené právními předpisy pro výkon této činnosti⁸⁾,
- d) odpovídá za to, že zdravotničtí pracovníci poskytují hrazenou zdravotní péči na základě ordinace ošetřujícího lékaře,
- e) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jim poskytovanou zdravotní péči podle zvláštního právního předpisu⁹⁾,
- f) 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,
- g) odpovídá za účelnost indikace při odesílání pojištěnce ke komplementárním a konziliárním vyšetřením a na základě jejich výsledků upravuje diagnózu nebo léčebný postup,
- h) povede pro posouzení oprávněnosti vyúčtované zdravotní péče v průkazné formě zdravotní dokumentaci o léčení pojištěnců, ve které budou zaznamenávány provedené zdravotní výkony, vyžádaná zdravotní péče včetně zdravotní dopravy, a uchovány v ní i doručené výsledky vyžádaných a provedených vyšetření a ošetření, v souladu se zvláštním právním předpisem¹⁰⁾,
- i) zajistí, v případě nepřítomnosti ve smlouvě dohodnutého nositele výkonu, zástup jiným kvalifikovaným nositelem výkonu a ve smluvně dohodnutých případech tuto skutečnost oznámí pojištěncům a pojišťovně,
- j) 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,
- k) neodmítne přijetí pojištěnce do své péče s výjimkou důvodů uvedených v § 11 odstavci 1 písmenu b) zákona,
- l) 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,

⁷⁾ Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

⁸⁾ Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta.

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

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

¹⁰⁾ Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění vyhlášky č. 479/2006 Sb.

- m) nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí hrazené zdravotní péče změnou pojišťovny nebo jiným způsobem,
- n) pojišťoven ostatních a zhoršovat dostupnost zdravotní péče hrazené pojišťovnou přednostním poskytováním péče hrazené jiným způsobem,
- o) oznámí pojišťovně, v souladu s § 55 zákona úrazy nebo jiná poškození zdraví osob, kterým poskytlo hrazenou zdravotní péči, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby,
- p) doloží při uzavírání smlouvy s pojišťovnou doklad o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou občanům v souvislosti s poskytováním zdravotní péče a bude pojištěno po celou dobu trvání smluvního vztahu s pojišťovnou.

3) Pojišťovna:

- a) uhradí zdravotnickému zařízení provedenou hrazenou zdravotní péči, průkazně zdokumentovanou a odůvodněně poskytnutou jejím pojištěncům i pojištěncům z EU, kteří si pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie³⁾ 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 a personálního zajištění 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.

Článek 4

Úhrada poskytované hrazené zdravotní péče

- (1) Hodnoty bodu⁵⁾ pro zdravotní péči hrazenou podle seznamu výkonů, výše úhrad hrazené zdravotní péče a regulační omezení objemu poskytnuté hrazené zdravotní péče podle § 17 odst. 6 zákona se uvedou v dodatku ke smlouvě podle zvláštního právního předpisu.
- (2) Za způsoby úhrady se považují:
 - a) úhrada za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami,
 - b) paušální úhrada za poskytnutou zdravotní péči, nebo
 - c) jiný dohodnutý způsob úhrady.

- (3) Mezi smluvními stranami musí být vždy předem dohodnuto zvýšení nebo snížení objemu poskytované hrazené zdravotní péče z důvodu změny kapacity, struktury zdravotnického zařízení, změny či obnovy přístrojového vybavení specifikovaného ve smlouvě.
- (4) Zdravotnické zařízení pro uplatnění nároků na úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče předává pojišťovně jednou měsíčně vyúčtování poskytnuté péče fakturou s přílohami, pokud se smluvní strany nedohodnou na předávání vyúčtování za delší období. Faktura obsahuje náležitosti účetního dokladu¹¹⁾ Náležitosti přílohy jsou obsaženy v metodice nebo se v souladu s metodikou upřesní ve smlouvě. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu 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. Doklady za hrazenou zdravotní péči poskytnutou pojištěncům pojišťovny a pojištěncům z EU, kteří si pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie³⁾, předává zdravotnické zařízení pojišťovně spolu s vyúčtováním v termínu a způsobem dohodnutým ve smlouvě (na elektronickém nosiči či v elektronické podobě nebo na papírových dokladech).
- (6) Zjistí-li pojišťovna ve vyúčtování před provedením úhrady nesprávně nebo neoprávněně vyúčtovanou péči, úhradu této části vyúčtované péče v termínu splatnosti neprovede. Pojišťovna prokazatelným způsobem oznámí zdravotnickému zařízení bez zbytečného odkladu rozsah a důvod 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 i pojištěnce EU, kteří si pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie³⁾, 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 úhradu za vyúčtování hrazené zdravotní péče předložené v následujícím zúčtovacím období.

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

- (9) Úhrada vyúčtované poskytnuté hrazené zdravotní péče, při dodržení podmínek dohodnutých ve smlouvě, bude provedena při předání vyúčtování pojišťovně na elektronickém nosiči či v elektronické podobě do 30 kalendářních dnů a při předání vyúčtování pojišťovně na papírových dokladech do 50 kalendářních dnů ode dne doručení faktury pojišťovně, nedohodnou-li se smluvní strany jinak. Lhůta splatnosti je dodržena, je-li platba poslední den lhůty připsána na účet zdravotnického zařízení.
- (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.

Článek 5

Kontrola

- (1) Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona a smlouvou kontrolu využívání a poskytování hrazené zdravotní péče v jejím objemu a kvalitě, včetně dodržování cen, a to prostřednictvím svého informačního systému, revizních lékařů a dalších odborných pracovníků ve zdravotnictví, způsobilých k revizní činnosti (dále jen "odborní pracovníci").
- (2) V rámci své odborné způsobilosti revizní lékaři a odborní pracovníci oprávnění ke kontrole posuzují, zda zvolený způsob hrazené zdravotní péče byl indikován s ohledem na zdravotní stav pojištěnce, je v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a zda nebyl zbytečně ekonomicky náročný.
- (3) V případech stanovených právními předpisy revizní lékař posuzuje i odůvodněnost ošetřujícím lékařem navrženého, popřípadě provedeného léčebného postupu a schvaluje, zda použitý postup pojišťovna uhradí.
- (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 v souladu se zvláštním právním předpisem¹²⁾ a dalších dokladů bezprostředně souvisejících s prováděnou kontrolou vyúčtovaných zdravotních výkonů, léčiv a zdravotnických prostředků, včetně zvlášť účtovaných léčiv a zvlášť účtovaného materiálu.
- (5) V případě kontroly (šetření) ve zdravotnickém zařízení bude na místě zpracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a stanoviska zdravotnického zařízení. Tento záznam nenahrazuje zprávu podle odstavce 6. 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.

¹²⁾ § 67 b) zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.

- (6) Zprávu, obsahující závěry kontroly, pojišťovna zpracuje a předá zdravotnickému zařízení do 15 kalendářních dnů po ukončení kontroly; pokud nebude možno z objektivních důvodů tuto lhůtu dodržet, oznámí pojišťovna tuto skutečnost zdravotnickému zařízení. Kontrola bude ukončena zpravidla do 30 kalendářních dnů od jejího zahájení.
- (7) Zdravotnické zařízení je oprávněno do 15 kalendářních dnů od převzetí závěru kontroly podat pojišťovně písemně zdůvodněné námitky. K námitkám sdělí pojišťovna stanovisko do 30 kalendářních dnů od jejich doručení. Pokud nebude možno z objektivních důvodů tyto lhůty dodržet, prodlouží se příslušná lhůta až na dvojnásobek. Ve stanovené lhůtě pojišťovna sdělí zdravotnickému zařízení, zda potvrzuje nebo mění závěry kontroly. Podání námitek nemá z hlediska finančních nároků pojišťovny vůči zdravotnickému zařízení odkladný účinek. Tím není dotčeno právo zdravotnického zařízení uplatnit svůj nesouhlas s rozhodnutím pojišťovny v jiném řízení.
- (8) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazené zdravotní péče nebo její neodůvodněné poskytování, pojišťovna podle § 42 odstavce 3 zákona takovou péči neuhradí a je oprávněna postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě. V případě, že se závěry kontroly prokáží jako neodůvodněné, uhradí pojišťovna zdravotnickému zařízení částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče. Zdravotnické zařízení je oprávněno postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě.

Článek 6

Sankční ujednání

- (1) Smluvní strany si pro neplnění smluvních povinností a porušení smlouvy podle odstavce 2 nebo z dalších důvodů dohodnutých ve smlouvě mohou sjednat 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. neoprávněně nebo vícenásobně účtuje zdravotní péči,
 - 2. neposkytne povinná hlášení vyplývající z právních předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění,
 - 3. neodůvodněně opožděně vykazuje poskytnutou hrazenou zdravotní péči,

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

Článek 7

Doba účinnosti, způsob a důvody ukončení smlouvy

Smlouva se uzavírá na dobu 8 let, pokud se smluvní strany nedohodnou jinak.

Článek 8

Smlouva nebo její část zaniká:

- a) dnem, kdy nabylo právní moci rozhodnutí o zrušení nebo změně registrace podle zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů, nebo došlo ke zrušení nebo změně zřizovací listiny, vydané zdravotnickému zařízení,
- b) dnem zániku zdravotnického zařízení nebo pojišťovny nebo dnem úmrtí fyzické osoby, která byla provozovatelem zdravotnického zařízení,
- c) dnem uvedeným v písemném oznámení pojišťovně, pokud zdravotnické zařízení ze závažných zdravotních či provozních důvodů nemůže zdravotní péči nadále poskytovat,
- d) dnem, kdy zdravotnické zařízení pozbylo věcné, technické nebo personální předpoklady pro poskytování zdravotní péče ve sjednaném rozsahu, stanovené právním předpisem nebo smlouvou, ve smyslu čl. 3 odst. 2 písm. a), pokud zdravotnické zařízení nedostatky neodstranilo ani po dodatečně stanovené přiměřené lhůtě; smlouva nebo její část zaniká pouze v části vymezující rozsah nasmlouvané zdravotní péče, ve kterém zdravotnické zařízení nesplňuje právním předpisem nebo smlouvou stanovené předpoklady, ledaže by šlo o tak závažné okolnosti, pro které nelze očekávat další plnění smlouvy v celém rozsahu.

Článek 9

Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit písemnou výpovědí s výpovědní lhůtou pěti měsíců, která začne běžet prvním dnem měsíce následujícího po doručení

výpovědi druhé smluvní straně, jestliže v důsledku závažných okolností nelze rozumně očekávat další plnění smlouvy, a to v případě, že

a) smluvní strana

1. uvedla při uzavření smlouvy nebo při jejím plnění 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, upravujícím veřejné zdravotní pojištění nebo poskytování zdravotní péče, nebo smlouvou,
3. opakovaně poruší povinnost vyplývající z § 41 zákona,
4. vstoupí do likvidace nebo na její majetek soud prohlásí konkurz,

b) zdravotnické zařízení

1. bez předchozí dohody s pojišťovnou bezdůvodně neposkytuje zdravotní péči ve sjednaném rozsahu a kvalitě,
2. přes písemné upozornění bez předchozí dohody s pojišťovnou opakovaně účtuje zdravotní péči poskytnutou nad rámec sjednaného druhu, odbornosti a rozsahu činnosti,
3. přes písemné upozornění neodůvodněně omezuje pro pojištěnce pojišťovny ordinační dobu sjednanou ve smlouvě,
4. poskytuje zdravotní péči bez odpovídajícího věcného a technického vybavení a personálního zajištění,
5. prokazatelně neposkytuje pojištěncům zdravotní péči kvalitně a "lege artis", popřípadě opakovaně odmítne poskytnutí zdravotní péče z jiných, než právními předpisy stanovených důvodů,
6. požaduje v rozporu s právními předpisy od pojištěnců finanční úhradu za zdravotní péči hrazenou pojišťovnou nebo za přijetí pojištěnce do péče,
7. přes písemné upozornění prokazatelně opakovaně neoprávněně účtuje zdravotní péči,
8. neposkytne nezbytnou součinnost k výkonu kontrolní činnosti prováděné pojišťovnou v souladu se zákonem,

c) pojišťovna

1. přes písemné upozornění opakovaně neoprávněně neuhradí zdravotnickému zařízení poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
2. nedodrží lhůty splatnosti dohodnuté ve smlouvě,
3. přes písemné upozornění opakovaně překračuje rozsah kontrolní činnosti stanovený zákonem,
4. poskytne třetí straně údaje o zdravotnickém zařízení nad rámec právních předpisů nebo smlouvy.

Článek 10

Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit :

a) stanoví-li tak zákon,

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

Článek 11

Vzájemné sdělování údajů a předávání dokladů nutných ke kontrole plnění smlouvy

(1) Smluvní strany:

- a) používají pro jednoznačnou identifikaci zdravotnického zařízení, v souladu s metodikou, identifikační číslo organizace (IČ), identifikační číslo zařízení (IČZ), identifikační číslo pracoviště (IČP),
- b) sdělují si údaje nutné ke kontrole plnění smlouvy,
- c) zajistí trvale přístupné a jasné informace o existenci smluvního vztahu a právech vyplývajících z něho pro pojištěnce,
- d) mohou si předávat údaje nezbytné k hodnocení kvality a efektivity 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 předpisy¹³⁾,
- 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.

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

(3) Pojišťovna

- a) může poskytnout 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,
- b) může zveřejnit na své internetové adrese v rámci seznamu smluvních zdravotnických zařízení obchodní jméno či firmu a adresu zdravotnického zařízení, jeho odbornost a telefonické, případně e-mailové spojení či další údaje vzájemně dohodnuté.

¹³⁾ Například zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Článek 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 předpisu¹⁴⁾, pokud se smluvní strany na řešení sporů v rozhodčím řízení ve smlouvě dohodnou.
- (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 sdruženími¹⁵⁾ podle § 17 odstavce 3 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.

¹⁴⁾ Zákon č. 216/1994 Sb., o rozhodčím řízení a o výkonu rozhodčích nálezů, ve znění zákona č. 245/2006.

¹⁵⁾ Zákon č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů, ve znění pozdějších předpisů.
§§ 20f 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 918)¹⁾, ergoterapii, porodní asistenci,
ortoptickou a pleoptickou péči
a zdravotní pojišťovny

ČÁST PRVNÍ PŘÍLOHY
Obecná ustanovení

Článek 1

Smluvní vztahy

- (1) Rámcová smlouva stanoví podmínky, za nichž se uzavírají smlouvy mezi zdravotnickými zařízeními poskytující domácí zdravotní péči, fyzioterapii (odbornost 902 a 918)¹⁾, ergoterapii, porodní asistenci, ortoptickou a pleoptickou péči a pojišťovnami (dále jen „pojišťovna“), a to za účelem zajištění věcného plnění při poskytování a úhradě hrazené zdravotní péče.
- (2) Právní vztahy upravené ve smlouvě uzavírané mezi jednotlivými pojišťovnami²⁾ a zdravotnickými zařízeními se nesmí odchýlit od ustanovení rámcové smlouvy podle této vyhlášky, s výjimkou těch ustanovení, u kterých takovou možnost tato rámcová smlouva výslovně uvádí.

ČÁST DRUHÁ PŘÍLOHY
Smlouvy

Článek 2

Uzavírání smluv

- (1) Právní vztahy mezi pojišťovnou a zdravotnickým zařízením se řídí písemnou smlouvou uzavřenou podle této rámcové smlouvy a právních předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotní péče, a to i v případě, kdy pojišťovna plní roli výpomocné instituce při realizaci práva Evropské Unie³⁾ nebo na základě mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení uzavíraných Českou republikou⁴⁾. Ve věcech neupravených těmito právními předpisy a smlouvou se řídí obchodním zákoníkem.

¹⁾ Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění.

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⁾ Nařízení Rady (EHS) 1408/71 a 574/72.

⁴⁾ Např. Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 130/2002 Sb.m.s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Svazovou republikou Jugoslávií o sociálním zabezpečení, Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 83/2000 Sb. m.s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Chorvatskou republikou o sociálním zabezpečení, Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 135/2004 Sb.m.s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Tureckou republikou o sociálním zabezpečení.

- (2) Základní podmínkou pro uzavření smlouvy je oprávnění zdravotnického zařízení k poskytování zdravotní péče v příslušném oboru.
- (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) hodnoty bodu⁵⁾, výši úhrad hrazené zdravotní péče a regulační omezení objemu poskytnuté hrazené zdravotní péče v souladu s vyhláškou vydanou podle § 17 odst. 6 zákona,
 - d) způsob provádění úhrady poskytované zdravotní péče,
 - e) podmínky nezbytné ke kontrole plnění smlouvy, včetně správnosti a oprávněnosti účtovaných částek,
 - f) rozsah a způsob vzájemného sdělování údajů nutných ke kontrole plnění smlouvy,
 - g) ustanovení o řešení rozporů ve smířcím jednání, popřípadě ustanovení o použití rozhodčího řízení,
 - h) dobu účinnosti smlouvy, způsob a důvody jejího ukončení,
 - i) ustanovení o akceptaci a dodržování dohodnutého postupu pro pořizování, předávání a vyhodnocování dokladů v souladu s metodikou, pravidly a jednotným datovým rozhraním, vytvářenými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky v součinnosti se zástupci pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče a vydávanými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky, platnými v době uzavření smlouvy,
 - j) ustanovení o způsobu seznámení zdravotnického zařízení s případnými změnami metodiky a pravidel, včetně způsobu předávání těchto změn.
- (4) Smlouva může obsahovat i další ujednání nezbytná pro její plnění a kontrolu, pokud jsou v souladu s touto rámcovou smlouvou a právními předpisy.

Článek 3

Práva a povinnosti smluvních stran

- (1) Smluvní strany:
- a) dodržují při vykazování a úhradě hrazené zdravotní péče dohodnutou metodiku, pravidla a datové rozhraní; ve smlouvě se uvede číslo verze platné v době uzavření smlouvy,
 - b) zaváží své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců, k zachování povinné mlčenlivosti o osobních údajích⁶⁾ a skutečnostech, o nichž se dozvěděli při výkonu své funkce nebo zaměstnání anebo při zpracování údajů z informačního systému na základě smlouvy, popřípadě v souvislosti s nimi²⁾.
- (2) Zdravotnické zařízení:

⁵⁾ § 10 zákona č. 526/1990 Sb., o cenách, ve znění pozdějších předpisů.

⁶⁾ Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

- 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) poskytuje hrazenou zdravotní péči pojištěncům z EU za stejných podmínek jako pojištěncům pojišťovny, v rozsahu dle jimi předložených dokladů, tak aby nedocházelo k jejich diskriminaci ani upřednostňování, a to ani v případě, že by pojištěnec z EU hradil zdravotní péči v hotovosti,
- c) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci⁷⁾, kteří budou pojištěncům poskytovat ve smlouvě sjednanou hrazenou zdravotní péči, splňují požadavky stanovené právními předpisy pro výkon této činnosti⁸⁾,
- d) odpovídá za to, že zdravotničtí pracovníci poskytují hrazenou zdravotní péči na základě indikace ošetřujícího lékaře,
- e) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytovanou zdravotní péči podle zvláštního právního předpisu⁹⁾,
- f) 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,
- g) povede pro posouzení oprávněnosti vyúčtované zdravotní péče v průkazné formě zdravotní dokumentaci o léčení pojištěnců, ve které budou zaznamenávány provedené zdravotní výkony, vyžádaná zdravotní péče včetně zdravotní dopravy, předepisované léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a uchovány v ní i doručené výsledky vyžádaných a provedených vyšetření a ošetření, v souladu se zvláštním právním předpisem¹⁰⁾,
- h) zajistí, v případě kdy není přítomen nositel výkonu oprávněný poskytovat zdravotní péči dle smlouvy a splňující podmínky pro výkon této činnosti (buď provozovatel – fyzická osoba nebo zaměstnanec zdravotnického zařízení), zástup jiným kvalifikovaným nositelem výkonu a ve smluvně dohodnutých případech tuto skutečnost oznámí pojištěncům a pojišťovně,
- i) poskytne v souladu s právními předpisy zdravotnickým zařízením, kterým pojištěnce předá do péče nebo které si pojištěnec zvolí, informace potřebné pro zajištění návaznosti zdravotní péče a k zamezení duplicitního provádění diagnostických a léčebných výkonů a při převzetí pojištěnce do péče bude takové informace od příslušných zařízení vyžadovat,
- j) neodmítne přijetí pojištěnce do své péče s výjimkou důvodů uvedených v § 11 odstavci 1 písmenu b) zákona,
- k) 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,

⁷⁾ Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

⁸⁾ Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta.

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

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

¹⁰⁾ Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění vyhlášky č. 479/2006 Sb.

- l) nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí hrazené zdravotní péče změnou pojišťovny nebo jiným způsobem,
- m) 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,
- n) oznámí pojišťovně, v souladu s § 55 zákona úrazy nebo jiná poškození zdraví osob, kterým poskytlo hrazenou zdravotní péči, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby,
- o) doloží při uzavírání smlouvy s pojišťovnou doklad o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou občanům v souvislosti s poskytováním zdravotní péče a bude pojištěno po celou dobu trvání smluvního vztahu s pojišťovnou.

(3) Pojišťovna:

- a) uhradí zdravotnickému zařízení provedenou hrazenou zdravotní péči, průkazně zdokumentovanou a odůvodněně poskytnutou jejím pojištěncům i pojištěncům z EU, kteří si pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie³⁾ 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 a personálního zajištění 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.

Článek 4

Úhrada poskytované hrazené zdravotní péče

- (1) Hodnoty bodu⁵⁾ pro zdravotní péči hrazenou podle seznamu výkonů, výše úhrad hrazené zdravotní péče a regulační omezení objemu poskytnuté hrazené zdravotní péče podle § 17 odst. 6 zákona se uvedou v dodatku ke smlouvě podle zvláštního právního předpisu.
- (2) Za způsoby úhrady se považují:
 - a) úhrada za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, nebo
 - b) jiný dohodnutý způsob úhrady.

- (3) Mezi smluvními stranami musí být vždy předem dohodnuto zvýšení nebo snížení objemu poskytované hrazené zdravotní péče z důvodu změny kapacity, struktury zdravotnického zařízení, změny či obnovy přístrojového vybavení specifikovaného ve smlouvě.
- (4) Zdravotnické zařízení pro uplatnění nároků na úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče předává pojišťovně jednou měsíčně vyúčtování poskytnuté péče fakturou s přílohami, pokud se smluvní strany nedohodnou na předávání vyúčtování za delší období. Faktura obsahuje náležitosti účetního dokladu¹¹⁾. Náležitosti přílohy jsou obsaženy v metodice nebo se v souladu s metodikou upřesní ve smlouvě. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu 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. Doklady za hrazenou zdravotní péči poskytnutou pojištěncům pojišťovny a pojištěncům z EU, kteří si pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie³⁾, předává zdravotnické zařízení pojišťovně spolu s vyúčtováním v termínu a způsobem dohodnutým ve smlouvě (na elektronickém nosiči či v elektronické podobě nebo na papírových dokladech).
- (6) Zjistí-li pojišťovna ve vyúčtování před provedením úhrady nesprávně nebo neoprávněně vyúčtovanou péči, úhradu této části vyúčtované péče v termínu splatnosti neprovede. Pojišťovna prokazatelným způsobem oznámí zdravotnickému zařízení bez zbytečného odkladu rozsah a důvod 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 i pojištěnce EU, kteří si pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie³⁾, 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 úhradu za vyúčtování hrazené zdravotní péče předložené v následujícím zúčtovacím období.

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

- (9) Úhrada vyúčtované poskytnuté hrazené zdravotní péče, při dodržení podmínek dohodnutých ve smlouvě, bude provedena při předání vyúčtování pojišťovně na elektronickém nosiči či v elektronické podobě do 30 kalendářních dnů a při předání vyúčtování pojišťovně na papírových dokladech do 50 kalendářních dnů ode dne doručení faktury pojišťovně, nedohodnou-li se smluvní strany jinak. Lhůta splatnosti je dodržena, je-li platba poslední den lhůty připsána na účet zdravotnického zařízení.
- (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.

Článek 5

Kontrola

- (1) Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona a smlouvou kontrolu využívání a poskytování hrazené zdravotní péče v jejím objemu a kvalitě, včetně dodržování cen, a to prostřednictvím svého informačního systému, revizních lékařů a dalších odborných pracovníků ve zdravotnictví, způsobilých k revizní činnosti (dále jen "odborní pracovníci").
- (2) V rámci své odborné způsobilosti revizní lékaři a odborní pracovníci oprávnění ke kontrole posuzují, zda zvolený způsob hrazené zdravotní péče byl indikován s ohledem na zdravotní stav pojištěnce, je v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a zda nebyl zbytečně ekonomicky náročný.
- (3) V případech stanovených právními předpisy revizní lékař posuzuje i odůvodněnost ošetřujícím lékařem navrženého, popřípadě provedeného léčebného postupu a schvaluje, zda použitý postup pojišťovna uhradí.
- (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 v souladu se zvláštním právním předpisem¹²⁾ a dalších dokladů bezprostředně souvisejících s prováděnou kontrolou vyúčtovaných zdravotních výkonů, léčiv a zdravotnických prostředků, včetně zvlášť účtovaných léčiv a zvlášť účtovaného materiálu. Revizní lékař (revizní odborný pracovník) je povinen postupovat tak, aby kontrola nenarušila prováděný zdravotní výkon.
- (5) V případě kontroly (šetření) ve zdravotnickém zařízení bude na místě zpracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a stanoviska zdravotnického zařízení. Tento záznam nenahrazuje zprávu podle odstavce 6.
- (6) Zprávu, obsahující závěry kontroly, pojišťovna zpracuje a předá zdravotnickému zařízení do 15 kalendářních dnů po ukončení kontroly; pokud nebude možno z objektivních

¹²⁾ § 67 b) zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.

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

- (7) Zdravotnické zařízení je oprávněno do 15 kalendářních dnů od převzetí závěru kontroly podat pojišťovně písemně zdůvodněné námitky. K námitkám sdělí pojišťovna stanovisko do 30 kalendářních dnů od jejich doručení. Pokud nebude možno z objektivních důvodů tyto lhůty dodržet, lze je na žádost příslušné smluvní strany prodloužit až na dvojnásobek. Ve stanovené lhůtě pojišťovna sdělí zdravotnickému zařízení, zda potvrzuje nebo mění závěry kontroly. Podání námitek nemá z hlediska finančních nároků pojišťovny vůči zdravotnickému zařízení odkladný účinek. Tím není dotčeno právo zdravotnického zařízení uplatnit svůj nesouhlas s rozhodnutím pojišťovny v jiném řízení.
- (8) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazené zdravotní péče nebo její neodůvodněné poskytování, pojišťovna podle § 42 odstavce 3 zákona takovou péči neuhradí a je oprávněna postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě. V případě, že se závěry kontroly prokáží jako neodůvodněné, uhradí pojišťovna zdravotnickému zařízení částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče. Zdravotnické zařízení je oprávněno postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě.

Článek 6

Sankční ujednání

- (1) Smluvní strany si pro neplnění smluvních povinností a porušení smlouvy podle odstavce 2 nebo z dalších důvodů dohodnutých ve smlouvě mohou sjednat 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. neoprávněně nebo vícenásobně účtuje zdravotní péči,
 2. neposkytne povinná hlášení vyplývající z právních předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění,
 3. neodůvodněně opožděně vykazuje poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
 4. opakovaně porušilo povinnost ohlásit pojišťovně v souladu s § 55 zákona úrazy nebo jiná poškození zdraví pojištěnce způsobená jednáním právnické nebo fyzické osoby,
 - c) pojišťovna
 1. neodůvodněně sníží nebo odmítne úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče,

2. provádí úhradu oprávněně vyúčtované poskytnuté hrazené zdravotní péče s prodlením, kromě případů, kdy není za prodlení odpovědna.
- (3) Uplatněním sankce není dotčeno právo smluvních stran na vrácení úhrady za neoprávněně nebo nesprávně vyúčtovanou a uhrazenou hrazenou zdravotní péči.

Článek 7

Doba účinnosti, způsob a důvody ukončení smlouvy

Smlouva se uzavírá na dobu 8 let, pokud se smluvní strany nedohodnou jinak.

Článek 8

Smlouva nebo její část zaniká:

- a) dnem, kdy nabylo právní moci rozhodnutí o zrušení nebo změně registrace podle zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů, nebo došlo ke zrušení nebo změně zřizovací listiny, vydané zdravotnickému zařízení,
- b) dnem zániku zdravotnického zařízení nebo pojišťovny nebo dnem úmrtí fyzické osoby, která byla provozovatelem zdravotnického zařízení,
- c) dnem uvedeným v písemném oznámení pojišťovně, pokud zdravotnické zařízení ze závažných zdravotních či provozních důvodů nemůže zdravotní péči nadále poskytovat,
- d) dnem, kdy zdravotnické zařízení pozbylo věcné, technické nebo personální předpoklady pro poskytování zdravotní péče ve sjednaném rozsahu, stanovené právním předpisem nebo smlouvou, ve smyslu čl. 3 odst. 2 písm. a), pokud zdravotnické zařízení nedostatky neodstranilo ani po dodatečně stanovené přiměřené lhůtě; smlouva nebo její část zaniká pouze v části vymezující rozsah nasmlouvané zdravotní péče, ve kterém zdravotnické zařízení nesplňuje právním předpisem nebo smlouvou stanovené předpoklady, ledaže by šlo o tak závažné okolnosti, pro které nelze očekávat další plnění smlouvy v celém rozsahu.

Článek 9

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

- a) smluvní strana
 1. uvedla při uzavření smlouvy nebo při jejím plnění 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, upravujícím veřejné zdravotní pojištění nebo poskytování zdravotní péče, nebo smlouvou,

3. opakovaně poruší povinnost vyplývající z § 41 zákona,
4. vstoupí do likvidace nebo na její majetek soud prohlásí konkurz,

b) zdravotnické zařízení

1. bez předchozí dohody s pojišťovnou bezdůvodně neposkytuje zdravotní péči ve sjednaném rozsahu a kvalitě,
2. přes písemné upozornění bez předchozí dohody s pojišťovnou opakovaně účtuje zdravotní péči poskytnutou nad rámec sjednaného druhu, odbornosti a rozsahu činnosti,
3. přes písemné upozornění neodůvodněně omezuje pro pojištěnce pojišťovny ordinační dobu sjednanou ve smlouvě,
4. poskytuje zdravotní péči bez odpovídajícího věcného a technického vybavení a personálního zajištění,
5. prokazatelně neposkytuje pojištěncům zdravotní péči kvalitně a "lege artis", popřípadě opakovaně odmítne poskytnutí zdravotní péče z jiných, než právními předpisy stanovených důvodů,
6. požaduje v rozporu s právními předpisy od pojištěnců finanční úhradu za zdravotní péči hrazenou pojišťovnou nebo za přijetí pojištěnce do péče,
7. přes písemné upozornění prokazatelně opakovaně neoprávněně účtuje zdravotní péči,
8. neposkytne nezbytnou součinnost k výkonu kontrolní činnosti prováděné pojišťovnou v souladu se zákonem,

c) pojišťovna

1. přes písemné upozornění opakovaně neoprávněně neuhradí zdravotnickému zařízení poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
2. přes písemné upozornění opakovaně nedodrží lhůty splatnosti dohodnuté ve smlouvě,
3. přes písemné upozornění opakovaně překračuje rozsah kontrolní činnosti stanovený zákonem,
4. poskytne třetí straně údaje o zdravotnickém zařízení nad rámec právních předpisů nebo smlouvy.

Článek 10

Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit :

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

Článek 11

Vzájemné sdělování údajů a předávání dokladů nutných
ke kontrole plnění smlouvy

(1) Smluvní strany:

- a) používají pro jednoznačnou identifikaci zdravotnického zařízení, v souladu s metodikou, identifikační číslo organizace (IČ), identifikační číslo zařízení (IČZ), identifikační číslo pracoviště (IČP),
- b) sdělují si údaje nutné ke kontrole plnění smlouvy,
- c) zajistí trvale přístupné a jasné informace o existenci smluvního vztahu a právech vyplývajících z něho pro pojištěnce,
- d) mohou si předávat údaje nezbytné k hodnocení kvality a efektivity 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 předpisy¹³⁾,
- 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.

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

(3) Pojišťovna

- a) může poskytnout 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,
- b) může zveřejnit na své internetové adrese v rámci seznamu smluvních zdravotnických zařízení obchodní jméno či firmu a adresu zdravotnického zařízení, jeho odbornost a telefonické, případně e-mailové spojení či další údaje vzájemně dohodnuté.

Článek 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 smířčím jednání. Tím není dotčeno právo smluvních stran uplatnit svůj nárok na řešení sporu u soudu nebo v rozhodčím řízení podle zvláštního právního

¹³⁾ Například zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

předpisu¹⁴⁾, pokud se smluvní strany na řešení sporů v rozhodčím řízení ve smlouvě dohodnou.

- (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 sdruženími¹⁵⁾ podle § 17 odstavce 3 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.

¹⁴⁾ Zákon č. 216/1994 Sb., o rozhodčím řízení a o výkonu rozhodčích nálezů, ve znění zákona č. 245/2006.

¹⁵⁾ Zákon č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů, ve znění pozdějších předpisů.
§§ 20f 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 PŘÍLOHY
Obecná ustanovení

Článek 1

Smluvní vztahy

- (1) Rámcová smlouva stanoví podmínky, za nichž se uzavírají smlouvy mezi zdravotnickými zařízeními poskytujícími zdravotnickou záchrannou službu a dopravu a pojišťovnami, a to za účelem zajištění věcného plnění při poskytování a úhradě hrazené zdravotní péče¹⁾.
- (2) Právní vztahy upravené ve smlouvě uzavírané mezi jednotlivými pojišťovnami²⁾ a zdravotnickými zařízeními se nesmí odchýlit od ustanovení rámcové smlouvy podle této vyhlášky, s výjimkou těch ustanovení, u kterých takovou možnost tato rámcová smlouva výslovně uvádí.

ČÁST DRUHÁ PŘÍLOHY
Smlouvy

Článek 2

Uzavírání smluv

- (1) Právní 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, a to i v případě, kdy pojišťovna plní roli výpomocné instituce při realizaci práva Evropské Unie³⁾ nebo na základě mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení uzavíraných Českou republikou⁴⁾. Ve věcech neupravených těmito právními předpisy a smlouvou se řídí obchodním zákoníkem.
- (2) Základní podmínkou pro uzavření smlouvy je oprávnění zdravotnického zařízení k poskytování zdravotní péče v příslušném oboru.

¹⁾ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů.

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⁾ Nařízení Rady (EHS) 1408/71 a 574/72.

⁴⁾ Např. Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 130/2002 Sb.m.s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Svazovou republikou Jugoslávií o sociálním zabezpečení, Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 83/2000 Sb. m.s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Chorvatskou republikou o sociálním zabezpečení, Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 135/2004 Sb.m.s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Tureckou republikou o sociálním zabezpečení.

(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,
 - 1. včetně věcného a technického vybavení a personálního zajištění,
- c) hodnoty bodu⁵⁾, výši úhrad hrazené zdravotní péče a regulační omezení objemu poskytnuté hrazené zdravotní péče v souladu s vyhláškou vydanou podle § 17 odst. 6 zákona,
- d) způsob provádění úhrady poskytované zdravotní péče,
- e) podmínky nezbytné ke kontrole plnění smlouvy, včetně správnosti a oprávněnosti účtovaných částek,
- f) rozsah a způsob vzájemného sdělování údajů nutných ke kontrole plnění smlouvy,
- g) ustanovení o řešení rozporů ve smířčím jednání, popřípadě ustanovení o použití rozhodčího řízení,
- h) dobu účinnosti smlouvy, způsob a důvody jejího ukončení,
- i) ustanovení o akceptaci a dodržování dohodnutého postupu pro pořizování, předávání a vyhodnocování dokladů v souladu s metodikou, pravidly a jednotným datovým rozhraním, vytvářenými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky v součinnosti se zástupci pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče a vydávanými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky, platnými v době uzavření smlouvy,
- j) ustanovení o způsobu seznámení zdravotnického zařízení s případnými změnami metodiky a pravidel, včetně způsobu předávání těchto změn.

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

Článek 3

Práva a povinnosti smluvních stran

(1) Smluvní strany:

- a) dodržují při vykazování a úhradě hrazené zdravotní péče dohodnutou metodiku, pravidla a datové rozhraní; ve smlouvě se uvede číslo verze platné v době uzavření smlouvy,
- b) zavází své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců, k zachování povinné mlčenlivosti o osobních údajích⁶⁾ a skutečnostech, o nichž se dozvěděli při výkonu své funkce nebo zaměstnání anebo při zpracování údajů z informačního systému na základě smlouvy, popřípadě v souvislosti s nimi²⁾.

(2) Zdravotnické zařízení záchranné služby a dopravy :

⁵⁾ § 10 zákona č. 526/1990 Sb., o cenách, ve znění pozdějších předpisů.

⁶⁾ Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

- 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) poskytuje hrazenou zdravotní péči pojištěncům z EU za stejných podmínek jako pojištěncům pojišťovny, v rozsahu dle jimi předložených dokladů, tak aby nedocházelo k jejich diskriminaci ani upřednostňování,
- c) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci⁷⁾, kteří budou pojištěncům poskytovat ve smlouvě sjednanou hrazenou zdravotní péči, splňují požadavky stanovené právními předpisy pro výkon této činnosti⁸⁾,
- d) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytovanou zdravotní péči podle zvláštního právního předpisu⁹⁾,
- e) neodmítne přijetí pojištěnce do své péče s výjimkou důvodů,
- f) 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,
- g) nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí hrazené zdravotní péče změnou pojišťovny nebo jiným způsobem,
- h) 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,
- i) doloží při uzavírání smlouvy s pojišťovnou doklad o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou občanům v souvislosti s poskytováním zdravotní péče a bude pojištěno po celou dobu trvání smluvního vztahu s pojišťovnou.

(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) 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,
- c) povede pro posouzení oprávněnosti vyúčtování zdravotní péče v průkazné formě zdravotní dokumentaci o léčení pojištěnců, ve které budou zaznamenávány provedené zdravotní výkony, použitý zvláště účtovaný materiál a podané léčivé přípravky v souladu se zvláštním právním předpisem¹⁰⁾. Uchová zvukový záznam telefonních výzev na lince 155 po dobu jednoho roku od jeho pořízení. O provedených dopravních

⁷⁾ Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

⁸⁾ Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta.

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

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

¹⁰⁾ Zákon č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění vyhlášky č. 479/2006 Sb.

výkonech vede dokumentaci v souladu se zvláštním právním předpisem¹¹⁾ a metodikou,

- d) poskytne v souladu s právními předpisy zdravotnickým zařízením, kterým pojištěnce předá do péče nebo které si pojištěnec zvolí, informace potřebné pro zajištění návaznosti zdravotní péče,
- e) oznámí pojišťovně, v souladu s § 55 zákona pro účely náhrady škody úrazy nebo jiná poškození zdraví osob, kterým poskytlo hrazenou zdravotní péči, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby.

(4) Zdravotnické zařízení dopravy:

- a) bude poskytovat sjednané výkony dopravy indikované smluvními zdravotnickými zařízeními pojišťovny v nepřetržitém provozu, pokud se smluvní strany nedohodnou jinak,
- 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 předpisu¹¹⁾.

(5) Pojišťovna:

- a) uhradí zdravotnickému zařízení provedenou hrazenou zdravotní péči, průkazně zdokumentovanou a odůvodněně poskytnutou jejím pojištěncům i pojištěncům z EU, kteří si pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie³⁾ 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 a personálního zajištění 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.

Článek 4

¹¹⁾

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

Vyhláška č. 478/2000 Sb., kterou se provádí zákon o silniční dopravě, ve znění pozdějších předpisů.
Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

Úhrada poskytované hrazené zdravotní péče

- (1) Hodnoty bodu⁵⁾ pro zdravotní péči hrazenou podle seznamu výkonů, výše úhrad hrazené zdravotní péče a regulační omezení objemu poskytnuté hrazené zdravotní péče podle § 17 odst. 6 zákona se uvedou v dodatku ke smlouvě podle zvláštního právního předpisu.
- (2) Za způsoby úhrady se považují:
 - a) úhrada za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami,
 - b) paušální úhrada za poskytnutou zdravotní péči, nebo
 - c) jiný dohodnutý způsob úhrady.
- (3) Mezi smluvními stranami musí být vždy předem dohodnuto zvýšení nebo snížení objemu poskytované hrazené zdravotní péče z důvodu změny kapacity, struktury zdravotnického zařízení, změny či obnovy přístrojového vybavení specifikovaného ve smlouvě.
- (4) Zdravotnické zařízení pro uplatnění nároků na úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče předává pojišťovně jednou měsíčně vyúčtování poskytnuté péče fakturou s přílohami, pokud se smluvní strany nedohodnou na předávání vyúčtování za delší období. Faktura obsahuje náležitosti účetního dokladu¹²⁾. Náležitosti přílohy jsou obsaženy v metodice nebo se v souladu s metodikou upřesní ve smlouvě. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu a příloha neobsahuje náležitosti podle dohodnuté metodiky nebo smlouvy, má pojišťovna právo ji odmítnout a vrátit bez zbytečného odkladu 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. Doklady za hrazenou zdravotní péči poskytnutou pojištěncům pojišťovny a pojištěncům z EU, kteří si pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie³⁾, předává zdravotnické zařízení pojišťovně spolu s vyúčtováním v termínu a způsobem dohodnutým ve smlouvě (na elektronickém nosiči či v elektronické podobě nebo na papírových dokladech).
- (6) Zjistí-li pojišťovna ve vyúčtování před provedením úhrady nesprávně nebo neoprávněně vyúčtovanou péči, úhradu této části vyúčtované péče v termínu splatnosti neprovede. Pojišťovna prokazatelným způsobem oznámí zdravotnickému zařízení bez zbytečného odkladu rozsah a důvod 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 i za pojištěnce EU, kteří si pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie³⁾, 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

¹²⁾ Zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů.

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 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 elektronickém nosiči či v elektronické podobě do 30 kalendářních dnů a při předání vyúčtování pojišťovně na papírových dokladech do 50 kalendářních dnů ode dne doručení faktury pojišťovně, nedohodnou-li se smluvní strany jinak. Lhůta splatnosti je dodržena, je-li platba poslední den lhůty připsána na účet zdravotnického zařízení.
- (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.

Článek 5

Kontrola

- (1) Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona a smlouvou kontrolu využívání a poskytování hrazené zdravotní péče v jejím objemu a kvalitě, včetně dodržování cen, a to prostřednictvím svého informačního systému, revizních lékařů a dalších odborných pracovníků ve zdravotnictví, způsobilých k revizní činnosti (dále jen "odborní pracovníci").
- (2) V rámci své odborné způsobilosti revizní lékaři a odborní pracovníci oprávnění ke kontrole posuzují, zda zvolený způsob hrazené zdravotní péče byl indikován s ohledem na zdravotní stav pojištěnce, je v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a zda nebyl zbytečně ekonomicky náročný.
- (3) V případech stanovených právními předpisy revizní lékař posuzuje i odůvodněnost ošetřujícím lékařem navrženého, popřípadě provedeného léčebného postupu a schvaluje, zda použitý postup pojišťovna uhradí.
- (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 v souladu se zvláštním právním předpisem¹³⁾ a dalších dokladů bezprostředně souvisejících s prováděnou kontrolou vyúčtovaných

¹³⁾ § 67 b) zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.

zdravotních výkonů, léčiv a zdravotnických prostředků, včetně zvlášť účtovaných léčiv a zvlášť účtovaného materiálu.

- (5) V případě kontroly (šetření) ve zdravotnickém zařízení bude na místě zpracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a stanoviska zdravotnického zařízení. Tento záznam nenahrazuje zprávu podle odstavce 6.
- (6) Zprávu, obsahující závěry kontroly, pojišťovna zpracuje a předá zdravotnickému zařízení do 15 kalendářních dnů po ukončení kontroly; pokud nebude možno z objektivních důvodů tuto lhůtu dodržet, oznámí pojišťovna tuto skutečnost zdravotnickému zařízení. Kontrola bude ukončena zpravidla do 30 kalendářních dnů od jejího zahájení.
- (7) Zdravotnické zařízení je oprávněno do 15 kalendářních dnů od převzetí závěru kontroly podat pojišťovně písemně zdůvodněné námitky. K námitkám sdělí pojišťovna stanovisko do 30 kalendářních dnů od jejich doručení. Pokud nebude možno z objektivních důvodů tyto lhůty dodržet, prodlouží se příslušná lhůta až na dvojnásobek. Ve stanovené lhůtě pojišťovna sdělí zdravotnickému zařízení, zda potvrzuje nebo mění závěry kontroly. Podání námitek nemá z hlediska finančních nároků pojišťovny vůči zdravotnickému zařízení odkladný účinek. Tím není dotčeno právo zdravotnického zařízení uplatnit svůj nesouhlas s rozhodnutím pojišťovny v jiném řízení.
- (8) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazené zdravotní péče nebo její neodůvodněné poskytování, pojišťovna podle § 42 odstavce 3 zákona takovou péči neuhradí a je oprávněna postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě. V případě, že se závěry kontroly prokáží jako neodůvodněné, uhradí pojišťovna zdravotnickému zařízení částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče. Zdravotnické zařízení je oprávněno postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě.

Článek 6

Sankční ujednání

- (1) Smluvní strany si pro neplnění smluvních povinností a porušení smlouvy podle odstavce 2 nebo z dalších důvodů dohodnutých ve smlouvě mohou sjednat 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. neoprávněně nebo vícenásobně účtuje zdravotní péči,

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

c) pojišťovna

1. neodůvodněně sníží nebo odmítne úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče,
2. provádí úhradu oprávněně vyúčtované poskytnuté hrazené zdravotní péče s prodlením, kromě případů, kdy není za prodlení odpovědná.

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

Článek 7

Doba účinnosti, způsob a důvody ukončení smlouvy

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

Článek 8

Smlouva nebo její část zaniká:

- a) dnem, kdy nabylo právní moci rozhodnutí o zrušení nebo změně registrace podle zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů, nebo došlo ke zrušení nebo změně zřizovací listiny, vydané zdravotnickému zařízení,
- b) dnem zániku zdravotnického zařízení nebo pojišťovny nebo dnem úmrtí fyzické osoby, která byla provozovatelem zdravotnického zařízení,
- c) dnem uvedeným v písemném oznámení pojišťovně, pokud zdravotnické zařízení ze závažných zdravotních či provozních důvodů nemůže zdravotní péči nadále poskytovat,
- d) dnem, kdy zdravotnické zařízení pozbylo věcné, technické nebo personální předpoklady pro poskytování zdravotní péče ve sjednaném rozsahu, stanovené právním předpisem nebo smlouvou, ve smyslu čl. 3 odst. 2 písm. a), pokud zdravotnické zařízení nedostatky neodstranilo ani po dodatečně stanovené přiměřené lhůtě; smlouva nebo její část zaniká pouze v části vymezující rozsah nasmlouvané zdravotní péče, ve kterém zdravotnické zařízení nesplňuje právním předpisem nebo smlouvou stanovené předpoklady, ledaže by šlo o tak závažné okolnosti, pro které nelze očekávat další plnění smlouvy v celém rozsahu.

Článek 9

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

a) smluvní strana

1. uvedla při uzavření smlouvy nebo při jejím plnění 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, upravujícím veřejné zdravotní pojištění nebo poskytování zdravotní péče, nebo smlouvou,
3. opakovaně poruší povinnost vyplývající z § 41 zákona,
4. vstoupí do likvidace nebo na její majetek soud prohlásí konkurz,

b) zdravotnické zařízení

1. bez předchozí dohody s pojišťovnou bezdůvodně neposkytuje zdravotní péči ve sjednaném rozsahu a kvalitě,
2. přes písemné upozornění bez předchozí dohody s pojišťovnou opakovaně účtuje zdravotní péči poskytnutou nad rámec sjednaného druhu, odbornosti a rozsahu činnosti,
3. přes písemné upozornění neodůvodněně omezuje pro pojištěnce pojišťovny ordinační dobu sjednanou ve smlouvě,
4. poskytuje zdravotní péči bez odpovídajícího věcného a technického vybavení a personálního zajištění,
5. prokazatelně neposkytuje pojištěncům zdravotní péči kvalitně a "lege artis", popřípadě opakovaně odmítne poskytnutí zdravotní péče z jiných, než právními předpisy stanovených důvodů,
6. požaduje v rozporu s právními předpisy od pojištěnců finanční úhradu za zdravotní péči hrazenou pojišťovnou nebo za přijetí pojištěnce do péče,
7. přes písemné upozornění prokazatelně opakovaně neoprávněně účtuje zdravotní péči,
8. neposkytne nezbytnou součinnost k výkonu kontrolní činnosti prováděné pojišťovnou v souladu se zákonem,

c) pojišťovna

1. přes písemné upozornění opakovaně neoprávněně neuhradí zdravotnickému zařízení poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
2. nedodrží lhůty splatnosti dohodnuté ve smlouvě,
3. přes písemné upozornění opakovaně překračuje rozsah kontrolní činnosti stanovený zákonem,
4. poskytne třetí straně údaje o zdravotnickém zařízení nad rámec právních předpisů nebo smlouvy.

Článek 10

Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit :

a) stanoví-li tak zákon,

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

Článek 11

Vzájemné sdělování údajů a předávání dokladů nutných ke kontrole plnění smlouvy

(1) Smluvní strany:

- a) používají pro jednoznačnou identifikaci zdravotnického zařízení, v souladu s metodikou, identifikační číslo organizace (IČ), identifikační číslo zařízení (IČZ), identifikační číslo pracoviště (IČP),
- b) sdělují si údaje nutné ke kontrole plnění smlouvy,
- c) zajistí trvale přístupné a jasné informace o existenci smluvního vztahu a právech vyplývajících z něho pro pojištěnce,
- d) mohou si předávat údaje nezbytné k hodnocení kvality a efektivity 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 předpisy¹⁴⁾,
- 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.

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

(3) Pojišťovna

- a) 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,
- b) může zveřejnit na své internetové adrese v rámci seznamu smluvních zdravotnických zařízeních obchodní jméno či firmu a adresu zdravotnického zařízení, jeho odbornost a telefonické, příp. e-mailové spojení či další údaje vzájemně dohodnuté.

¹⁴⁾ Například zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Článek 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 předpisu¹⁵⁾, pokud se smluvní strany na řešení sporů v rozhodčím řízení ve smlouvě dohodnou.
- (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 sdruženími¹⁶⁾ podle § 17 odstavce 3 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.

¹⁵⁾ Zákon č. 216/1994 Sb., o rozhodčím řízení a o výkonu rozhodčích nálezů, ve znění zákona č. 245/2006.

¹⁶⁾ Zákon č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů, ve znění pozdějších předpisů.
§§ 20f 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 PŘÍLOHY
Obecná ustanovení

Článek 1

Smluvní vztahy

- (1) Rámcová smlouva stanoví podmínky, za nichž se uzavírají smlouvy mezi zdravotnickými zařízeními lékárenské péče (dále jen „zařízení lékárenské péče“) a pojišťovnami, a to za účelem zajištění věcného plnění při poskytování a úhradě léčiv, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků hrazených z veřejného zdravotního pojištění¹⁾ (dále jen "hrazená léčiva, potraviny pro zvláštní lékařské účely a zdravotnické prostředky")
- (2) Právní vztahy upravené ve smlouvě uzavírané mezi jednotlivými pojišťovnami²⁾ a zařízeními lékárenské péče se nesmí odchýlit od ustanovení rámcové smlouvy podle této vyhlášky, s výjimkou těch ustanovení, u kterých takovou možnost tato rámcová smlouva výslovně uvádí.

ČÁST DRUHÁ PŘÍLOHY
Smlouvy

Článek 2

Uzavírání smluv

- (1) Právní vztahy mezi pojišťovnou a zařízením lékárenské péče se řídí písemnou smlouvou uzavřenou podle této rámcové smlouvy, právních předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotní péče, a to i v případě, kdy pojišťovna plní roli výpomocné instituce při realizaci práva Evropské Unie³⁾ nebo na základě mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení uzavíraných Českou republikou⁴⁾. Ve věcech neupravených těmito právními předpisy a smlouvou se řídí obchodním zákoníkem.

¹⁾ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů.

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⁾ Nařízení Rady (EHS) 1408/71 a 574/72.

⁴⁾ Např. Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 130/2002 Sb.m.s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Svazovou republikou Jugoslávií o sociálním zabezpečení, Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 83/2000 Sb. m.s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Chorvatskou republikou o sociálním zabezpečení, Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 135/2004 Sb.m.s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Tureckou republikou o sociálním zabezpečení.

- (2) Základní podmínkou pro uzavření smlouvy je oprávnění zdravotnického zařízení k poskytování zdravotní péče v příslušném oboru.
- (3) Smlouva obsahuje
- a) práva a povinnosti smluvních stran,
 - b) způsob provádění úhrady poskytovaných léčiv, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků,
 - c) způsob kontroly podmínek zachování kvality poskytování lékařské péče, správnosti a oprávněnosti účtovaných částek,
 - d) rozsah a způsob vzájemného sdělování údajů nutných ke kontrole plnění smlouvy,
 - e) ustanovení o řešení rozporů ve smířčím jednání, popřípadě ustanovení o použití rozhodčího řízení,
 - f) dobu účinnosti smlouvy, způsob a důvody jejího ukončení,
 - g) ustanovení o akceptaci a dodržování dohodnutého postupu pro pořizování, předávání a vyhodnocování dokladů v souladu s metodikou, pravidly a jednotným datovým rozhraním, vytvářenými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky v součinnosti se zástupci pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče a vydávanými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky, platnými v době uzavření smlouvy,
 - h) ustanovení o způsobu seznámení zdravotnického zařízení s případnými změnami metodiky a pravidel, včetně způsobu předávání těchto změn.
- (4) Smlouva může obsahovat i další ujednání nezbytná pro její plnění a kontrolu, pokud jsou v souladu s touto rámcovou smlouvou a právními předpisy.

Článek 3

Práva a povinnosti smluvních stran

(1) Smluvní strany

- a) dodržují při vykazování a úhradě hrazených léčiv, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků dohodnutou metodiku, pravidla a datové rozhraní; ve smlouvě se uvede číslo verze platné v době uzavření smlouvy,
- b) zaváží své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců a zájmů zařízení lékařské péče i pojišťovny, k zachování povinné mlčenlivosti o osobních údajích⁵⁾ a skutečnostech, o nichž se dozvěděli při výkonu své funkce nebo zaměstnání anebo při zpracování údajů z informačního systému na základě smlouvy, popřípadě v souvislosti s nimi²⁾.

(2) Zařízení lékařské péče

- a) poskytuje hrazená léčiva, potraviny pro zvláštní lékařské účely a zdravotnické prostředky v souladu s právními předpisy v odbornostech a rozsahu dohodnutých a vymezených ve smlouvě, pro které je věcně a technicky vybaveno a personálně zajištěno,

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

- b) poskytuje hrazená léčiva, potraviny pro zvláštní lékařské účely a zdravotnické prostředky pojištěncům z EU za stejných podmínek jako pojištěncům pojišťovny, v rozsahu dle jimi předložených dokladů, tak aby nedocházelo k jejich diskriminaci ani upřednostňování, a to ani v případě, že by pojištěnec z EU hradil zdravotní péči v hotovosti,
- c) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci⁶⁾, kteří budou pojištěncům poskytovat ve smlouvě sjednanou hrazenou zdravotní péči, splňují požadavky stanovené právními předpisy pro výkon této činnosti⁷⁾,
- d) zabezpečí 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 předpisem⁸⁾,
- e) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytovanou hrazenou zdravotní péči podle zvláštního právního předpisu⁹⁾,
- f) odpovídá při přípravě léčivých přípravků za jejich jakost a bezpečnost přípravy pro pojištěnce,
- g) disponuje sortimentem hrazených léčiv, potravin pro zvláštní lékařské účely 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, potraviny pro zvláštní lékařské účely a zdravotnické prostředky tak, aby mělo k dispozici plně hrazené i cenově nejméně náročné výrobky,
- h) plní povinnost nahrazení léčivého přípravku v případech stanovených v § 32 zákona; v případě náhrady léčivého přípravku postupuje podle zvláštního právního předpisu¹⁰⁾, při dodržení co nejvyšší hospodárnosti této náhrady,
- i) nebude od pojištěnce vybírat, pokud to nevyplývá z právních předpisů, žádnou finanční úhradu za poskytnutá léčiva, potraviny pro zvláštní lékařské účely a zdravotnické prostředky hrazené pojišťovnou,
- j) oznámí, v případě nemožnosti poskytovat lékárenskou péči, pojištěncům nejbližší dostupné zařízení lékárenské péče,
- k) nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí hrazených léčiv, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků změnou pojišťovny nebo jiným způsobem,
- l) doloží při uzavírání smlouvy s pojišťovnou doklad o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou občanům v souvislosti s poskytováním hrazených léčiv, potravin pro

⁶⁾ Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

⁷⁾ Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta.

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

⁸⁾ Zákon č. 79/1997 Sb., o léčivech a o změnách a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

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

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

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

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

¹⁰⁾ § 49 zákona č. 79/1997 Sb.

zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků a bude pojištěno po celou dobu trvání smluvního vztahu s pojišťovnou.

(3) Pojišťovna

- a) uhradí zařízení lékařské péče hrazená léčiva, potraviny pro zvláštní lékařské účely a zdravotnické prostředky poskytnutá jejím pojištěncům i pojištěncům z EU, kteří si pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie³⁾ v souladu s právními předpisy a smlouvou,
- b) dohlédá na žádost zařízení lékařské péče 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, ani směřovat své pojištěnce do vybraných smluvních zařízení lékařské péče,
- d) poskytuje zařízení lékařské péče k zajištění jednotných podmínek dohodnutou metodiku, pravidla, datové rozhraní a příslušné číselníky vydávané Všeobecnou zdravotní pojišťovnou k vykazování a výpočtu úhrady hrazené zdravotní péče,
- e) seznámí zařízení lékařské péče s dohodnutými změnami metodiky, pravidel a se změnami číselníků alespoň jeden měsíc a se změnou datového rozhraní alespoň dva měsíce před stanoveným termínem jejich platnosti. V případě změny právních předpisů, která neumožní tuto lhůtu dodržet, může být uvedená lhůta přiměřeně zkrácena.

Článek 4

Úhrada poskytnutých léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků

- (1) Léčivé přípravky ve smyslu zvláštního právního předpisu¹¹⁾, potraviny pro zvláštní lékařské účely a zdravotnické prostředky ve smyslu zvláštního právního předpisu¹²⁾ pojišťovna hradí podle zvláštních právních předpisů¹³⁾ nebo podle platných cenových předpisů vydaných Ministerstvem financí¹⁴⁾.
- (2) Zařízení lékařské péče pro uplatnění nároků na úhradu vydaných hrazených léčiv, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků předává pojišťovně podle dohody mezi smluvními stranami jednou nebo dvakrát měsíčně recepty a poukazy na zdravotnické prostředky v dávkách spolu s vyúčtováním fakturou s přílohami. Faktura obsahuje náležitosti účetního dokladu¹⁵⁾. Náležitosti přílohy jsou obsaženy v metodice nebo se v souladu s metodikou upřesní ve smlouvě. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu a příloha neobsahuje náležitosti podle dohodnuté metodiky nebo smlouvy, má pojišťovna právo ji odmítnout a vrátit bez zbytečného odkladu zařízení lékařské péče k doplnění, případně k opravě; v takovém případě běží lhůta splatnosti až od termínu jejího opětovného převzetí pojišťovnou.

¹¹⁾ § 2 odst. 3 zákona č. 79/1997 Sb.

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

¹³⁾ Vyhláška č. 532/2005 Sb., o úhradách léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely, ve znění pozdějších předpisů.

¹⁴⁾ § 10 zákona č. 526/1990 Sb., o cenách, ve znění pozdějších předpisů.

¹⁵⁾ Zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů.

- (3) Doklady (recepty obsahující náležitosti stanovené zvláštním právním předpisem⁸⁾) za hrazená léčiva, potraviny pro zvláštní lékařské účely a zdravotnické prostředky poskytnuté pojištěncům pojišťovny a pojištěncům z EU, kteří si pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie³⁾, předává zařízení lékařské péče pojišťovně spolu s vyúčtováním v termínu a způsobem uvedeným v metodice a datovém rozhraní a dohodnutým ve smlouvě (na elektronickém nosiči či v elektronické podobě nebo na papírových dokladech).
- (4) Pojišťovna provede za své pojištěnce i pojištěnce z EU, kteří si pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie³⁾, úhradu léčiv, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků. Poskytnutím úhrady není dotčeno právo pojišťovny k provádění následné kontroly proplacených vyúčtování v rozsahu a za podmínek stanovených příslušnými právními předpisy a smlouvou.
- (5) Zjistí-li pojišťovna pochybení ve vyúčtování předaném zařízením lékařské péče dodatečně, tj. po úhradě a zařízením lékařské péče do 10 pracovních dnů od doručení písemné výzvy pojišťovny příslušnou částku samo neuhradí, nebo nedoloží oprávněnost vyúčtované sporné částky nebo nebude mezi smluvními stranami dohodnut jiný termín úhrady, pojišťovna jednostranným započtením pohledávky sníží zařízení lékařské péče o příslušnou částku úhradu za vyúčtování hrazených léčiv, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků předložené v následujícím zúčtovacím období.
- (6) Pokud pojišťovna při kontrole zjistí chyby v připojených dokladech způsobené zařízením lékařské péče nebo zanedbáním povinností zařízení lékařské péče, chybný doklad vyřadí. V záznamu o vyřazených dokladech označí důvod vyřazení dokladu a výši částky, o kterou sníží úhradu částky vyúčtované zařízením lékařské péče. Opravené doklady může zařízení lékařské péče vyúčtovat v následujícím termínu spolu s dalším předávaným vyúčtováním. Neodůvodněně vyřazené doklady pojišťovna uhradí, popřípadě zaplatí zařízení lékařské péče uplatněnou sankci.
- (7) Úhrada vyúčtovaných poskytnutých hrazených léčiv, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků, při dodržení podmínek dohodnutých ve smlouvě, bude provedena při předání vyúčtování pojišťovně na elektronickém nosiči či v elektronické podobě a jeho následné revizi pojišťovnou prostřednictvím informačního systému do 30 kalendářních dnů a při předání vyúčtování pojišťovně na papírových dokladech a jeho následné revizi pojišťovnou prostřednictvím informačního systému do 50 kalendářních dnů ode dne doručení faktury pojišťovně, nedohodnou-li se smluvní strany jinak. Lhůta splatnosti je dodržena, je-li platba poslední den lhůty připsána na účet zdravotnického zařízení.

Článek 5

Kontrola

- (1) Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona a smlouvou kontrolu výdeje a účtování hrazených léčiv, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků v jejich objemu a zachování podmínek kvality, včetně dodržování cen, a to prostřednictvím svého informačního systému, revizních lékařů a dalších odborných pracovníků 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, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků.
- (3) V případě kontroly (šetření) v zařízení lékárenské péče bude na místě zpracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a stanoviska zařízení lékárenské péče. Tento záznam nenahrazuje zprávu podle odstavce 4.
- (4) Zprávu, obsahující závěry kontroly, pojišťovna zpracuje a předá zařízení lékárenské péče do 15 kalendářních dnů po ukončení kontroly; pokud nebude možno z objektivních důvodů tuto lhůtu dodržet, oznámí pojišťovna tuto skutečnost zařízení lékárenské péče. Kontrola bude ukončena zpravidla do 30 kalendářních dnů od jejího zahájení.
- (5) Zařízení lékárenské péče je oprávněno do 15 kalendářních dnů od převzetí závěru kontroly podat pojišťovně písemně zdůvodněné námitky. K námitkám sdělí pojišťovna stanovisko do 30 kalendářních dnů od jejich doručení. Pokud nebude možno z objektivních důvodů tyto lhůty dodržet, prodlouží se příslušná lhůta na žádost smluvní strany až na dvojnásobek. Ve stanovené lhůtě pojišťovna sdělí zařízení lékárenské péče, zda potvrzuje nebo mění závěry kontroly. Podání námitek nemá z hlediska finančních nároků pojišťovny vůči zařízení lékárenské péče odkladný účinek. Tím není dotčeno právo zařízení lékárenské péče uplatnit svůj nesouhlas s rozhodnutím pojišťovny v jiném řízení.
- (6) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazených léčiv, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků, pojišťovna podle § 42 odstavce 3 zákona takovou péči neuhradí a je oprávněna postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě. V případě, že se závěry kontroly prokáží jako neodůvodněné, uhradí pojišťovna zařízení lékárenské péče částku, o kterou na základě kontroly neoprávněně snížila úhradu poskytnutých hrazených léčiv, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků. Zařízení lékárenské péče je oprávněno postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě.

Článek 6

Sankční ujednání

- (1) Smluvní strany si pro neplnění smluvních povinností a porušení smlouvy podle odstavce 2 nebo z dalších důvodů dohodnutých ve smlouvě mohou sjednat 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 lékařské péče

1. neoprávněně (např. vydání nepředepsaného, případně nesprávně nahrazeného léčiva, potraviny pro zvláštní lékařské účely nebo zdravotnického prostředku nebo vyúčtování veřejným zdravotním pojištěním nehrazeného léčiva, potraviny pro zvláštní lékařské účely nebo zdravotnického prostředku) nebo vícenásobně účtuje léčiva, potraviny pro zvláštní lékařské účely a zdravotnické prostředky,

c) pojišťovna

1. neodůvodněně sníží nebo odmítne úhradu oprávněně vyúčtovaných hrazených léčiv, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků,
2. provádí úhradu oprávněně vyúčtovaných hrazených léčiv, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků s prodlením, kromě případů, kdy není za prodlení odpovědná.

- (3) Uplatněním sankce není dotčeno právo smluvních stran na vrácení úhrady za neoprávněně nebo nesprávně vyúčtovaných a uhrazených léčiv, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků.

Článek 7

Doba účinnosti, způsob a důvody ukončení smlouvy

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

Článek 8

Smlouva nebo její část zaniká:

- a) dnem, kdy nabylo právní moci rozhodnutí o zrušení nebo změně registrace podle zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů, nebo došlo ke zrušení nebo změně zřizovací listiny, vydané zařízení lékařské péče,
- b) dnem zániku zdravotnického zařízení nebo pojišťovny nebo dnem úmrtí fyzické osoby, která byla provozovatelem zdravotnického zařízení,
- c) dnem uvedeným v písemném oznámení pojišťovně, pokud zařízení lékařské péče ze závažných zdravotních či provozních důvodů nemůže hrazenou zdravotní péči nadále poskytovat.

Článek 9

Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit písemnou výpovědí s výpovědní lhůtou pěti měsíců, která začne běžet prvním dnem měsíce následujícího po doručení výpovědi druhé

smluvní straně, jestliže v důsledku závažných okolností nelze rozumně očekávat další plnění smlouvy, a to v případě, že

a) smluvní strana

1. uvedla při uzavření smlouvy nebo při jejím plnění 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, upravujícím veřejné zdravotní pojištění nebo poskytování zdravotní péče, nebo smlouvou,
3. vstoupí do likvidace nebo na její majetek soud prohlásí konkurz,

b) zařízení lékárenské péče přes písemné upozornění

1. prokazatelně opakovaně neoprávněně účtuje léčiva a zdravotnické prostředky,
2. požaduje v rozporu s právními předpisy od pojišťenců finanční úhradu za léčiva a zdravotnické prostředky hrazené pojišťovnou,
3. neposkytne nezbytnou součinnost k výkonu kontrolní činnosti prováděné pojišťovnou v souladu se zákonem,
4. poskytuje zdravotní péči bez odpovídajícího věcného a technického vybavení a personálního zajištění,

c) pojišťovna

1. přes písemné upozornění opakovaně neoprávněně neuhradí zařízení lékárenské péče poskytnutá hrazená léčiva a zdravotnické prostředky,
2. nedodrží lhůty splatnosti dohodnuté ve smlouvě,
3. přes písemné upozornění opakovaně překračuje rozsah kontrolní činnosti stanovený zákonem.

Článek 10

Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit

a) stanoví-li tak zákon,

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

Článek 11

Vzájemné sdělování údajů a předávání dokladů nutných ke kontrole plnění smlouvy

(1) Smluvní strany

- a) používají pro jednoznačnou identifikaci zařízení lékárenské péče, v souladu s metodikou, identifikační číslo organizace (IČ), identifikační číslo zařízení (IČZ), identifikační číslo pracoviště (IČP),
- b) sdělují si údaje nutné ke kontrole plnění smlouvy.

(2) Zařízení lékárenské péče

- a) 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.

Článek 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 předpisu¹⁶⁾, pokud se smluvní strany na řešení sporů v rozhodčím řízení ve smlouvě dohodnou.
- (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 zařízení lékárenské péče zastupovaných svými zájmovými sdruženími¹⁷⁾ podle § 17 odstavce 3 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.

¹⁶⁾ Zákon č. 216/1994 Sb., o rozhodčím řízení a o výkonu rozhodčích nálezů, ve znění zákona č. 245/2006.

¹⁷⁾ Zákon č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů, ve znění pozdějších předpisů.
§§ 20f a násl. zákona č. 40/1964 Sb., Občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

Rámcová smlouva
pro zdravotnická zařízení poskytující lázeňskou péči
a zdravotní pojišťovny

ČÁST PRVNÍ PŘÍLOHY
Obecná ustanovení

Článek 1

Smluvní vztahy

- (1) Rámcová smlouva stanoví podmínky, za nichž se uzavírají smlouvy mezi zdravotnickými zařízeními poskytující lázeňskou péči a pojišťovnami, a to za účelem zajištění věcného plnění při poskytování a úhradě hrazené zdravotní péče¹⁾.
- (2) Právní vztahy upravené ve smlouvě uzavírané mezi jednotlivými pojišťovnami²⁾ a zdravotnickými zařízeními se nesmí odchýlit od ustanovení rámcové smlouvy podle této vyhlášky, s výjimkou těch ustanovení, u kterých takovou možnost tato rámcová smlouva výslovně uvádí.

ČÁST DRUHÁ PŘÍLOHY I
Smlouvy

Článek 2

Uzavírání smluv

- (1) Právní vztahy mezi pojišťovnou a zdravotnickým zařízením se řídí písemnou smlouvou uzavřenou podle této rámcové smlouvy a právních předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotní péče, a to i v případech, kdy pojišťovna plní roli výpomocné instituce při realizaci práva Evropské Unie³⁾ nebo na základě mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení uzavíraných Českou republikou⁴⁾. Ve věcech neupravených těmito právními předpisy a smlouvou se řídí obchodním zákoníkem.
- (2) Základní podmínkou pro uzavření smlouvy je oprávnění zdravotnického zařízení k poskytování zdravotní péče v příslušném oboru.

¹⁾ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů.

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⁾ Nařízení Rady (EHS) 1408/71 a 574/72.

⁴⁾ Např. Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 130/2002 Sb.m.s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Svazovou republikou Jugoslávií o sociálním zabezpečení, Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 83/2000 Sb. m.s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Chorvatskou republikou o sociálním zabezpečení, Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 135/2004 Sb.m.s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Tureckou republikou o sociálním zabezpečení.

(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 podle druhů péče, kterou je zdravotnické zařízení oprávněno poskytovat, včetně věcného a technického vybavení a personálního zajištění,
- c) hodnoty bodu⁵⁾, výši úhrad hrazené zdravotní péče a regulační omezení objemu poskytnuté hrazené zdravotní péče v souladu s vyhláškou vydanou podle § 17 odst. 6 zákona,
- d) způsob provádění úhrady poskytované zdravotní péče,
- e) podmínky nezbytné ke kontrole plnění smlouvy, včetně správnosti a oprávněnosti účtovaných částek,
- f) rozsah a způsob vzájemného sdělování údajů nutných ke kontrole plnění smlouvy,
- g) ustanovení o řešení rozporů ve smířím jednání, popřípadě ustanovení o použití rozhodčího řízení,
- h) dobu účinnosti smlouvy, způsob a důvody jejího ukončení,
- i) ustanovení o akceptaci a dodržování dohodnutého postupu pro pořizování, předávání a vyhodnocování dokladů v souladu s metodikou, pravidly a jednotným datovým rozhraním, vytvářenými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky v součinnosti se zástupci pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče a vydávanými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky, platnými v době uzavření smlouvy,
- j) ustanovení o způsobu seznámení zdravotnického zařízení s případnými změnami metodiky a pravidel, včetně způsobu předávání těchto změn.

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

Článek 3

Práva a povinnosti smluvních stran

(1) Smluvní strany:

- a) dodržují při vykazování a úhradě hrazené zdravotní péče dohodnutou metodiku, pravidla a datové rozhraní; ve smlouvě se uvede číslo verze platné v době uzavření smlouvy,
- b) zaváží své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců, k zachování povinné mlčenlivosti o osobních údajích⁶⁾ a skutečnostech, o nichž se dozvěděli při výkonu své funkce nebo zaměstnání anebo při zpracování údajů z informačního systému na základě smlouvy, popřípadě v souvislosti s nimi²⁾.

(2) Zdravotnické zařízení:

⁵⁾ § 10 zákona č. 526/1990 Sb., o cenách, ve znění pozdějších předpisů.

⁶⁾ Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

- 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) poskytuje hrazenou zdravotní péči pojištěncům z EU za stejných podmínek jako pojištěncům pojišťovny, v rozsahu dle jimi předložených dokladů, tak aby nedocházelo k jejich diskriminaci ani upřednostňování, a to ani v případě, že by pojištěnec z EU hradil zdravotní péči v hotovosti,
- c) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci⁷⁾, kteří budou pojištěncům poskytovat ve smlouvě sjednanou hrazenou zdravotní péči, splňují podmínky stanovené právními předpisy pro výkon této činnosti⁸⁾,
- d) odpovídá za to, že zdravotničtí pracovníci poskytují hrazenou zdravotní péči na základě indikace ošetřujícího lékaře,
- e) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytovanou zdravotní péči podle zvláštního právního předpisu⁹⁾,
- f) 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,
- g) poskytne pojištěnci zdravotní péči v souladu s § 33 zákona a zvláštního právního předpisu¹⁰⁾,
- h) povede pro posouzení oprávněnosti vyúčtované zdravotní péče v průkazné formě zdravotní dokumentaci o léčení pojištěnců, ve které budou zaznamenávány provedené zdravotní výkony, vyžádaná zdravotní péče včetně zdravotní dopravy, předepisované léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a uchovány v ní i doručené výsledky vyžádaných a provedených vyšetření a ošetření, v souladu se zvláštním právním předpisem¹¹⁾,
- i) zajistí, v případě nepřítomnosti ve smlouvě dohodnutého nositele výkonu, zástup jiným kvalifikovaným nositelem výkonu a ve smluvně dohodnutých případech tuto skutečnost oznámí pojištěncům a pojišťovně,
- j) předá po ukončení lázeňské léčby pojištěnci závěrečnou zprávu pro ošetřujícího lékaře k zajištění návaznosti zdravotní péče a k zamezení duplicitního provádění diagnostických a léčebných výkonů,
- k) neodmítne přijetí pojištěnce do své péče,
- l) 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,
- m) nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí hrazené zdravotní péče změnou pojišťovny nebo jiným způsobem,

⁷⁾ Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

⁸⁾ Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta.
Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů.

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

¹⁰⁾ Vyhláška č. 58/1997 Sb., kterou se stanoví indikační seznam pro lázeňskou péči o dospělé, děti a dorost.

¹¹⁾ Zákon č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.
Vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění vyhlášky č. 479/2006 Sb.

- n) 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,
- o) oznámí pojišťovně, v souladu s § 55 zákona úrazy nebo jiná poškození zdraví osob, kterým poskytlo hrazenou zdravotní péči, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby,
- p) odpovídá podle zvláštního právního předpisu¹²⁾ 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 zdravotní dopravě. 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,
- q) doloží při uzavírání smlouvy s pojišťovnou doklad o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou občanům v souvislosti s poskytováním zdravotní péče a bude pojištěno po celou dobu trvání smluvního vztahu s pojišťovnou.

(3) Pojišťovna:

- a) uhradí zdravotnickému zařízení provedenou hrazenou zdravotní péči, průkazně zdokumentovanou a odůvodněně poskytnutou jejím pojištěncům i pojištěncům z EU, kteří si pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie³⁾ 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 a personálního zajištění 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.

Článek 4

Úhrada poskytované hrazené zdravotní péče

- (1) Úhrada poskytované hrazené péče se sjednává dodatkem ke smlouvě podle zvláštního právního předpisu, v souladu s platným cenovým Výměrem Ministerstva financí pro příslušné období.

¹²⁾

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

- (2) Mezi smluvními stranami musí být vždy předem dohodnuto zvýšení nebo snížení objemu poskytované hrazené zdravotní péče z důvodu změny kapacity, struktury zdravotnického zařízení, změny či obnovy přístrojového vybavení specifikovaného ve smlouvě.
- (3) Zdravotnické zařízení pro uplatnění nároků na úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče předává pojišťovně jednou měsíčně vyúčtování poskytnuté péče fakturou s přílohami, pokud se smluvní strany nedohodnou na předávání vyúčtování za delší období. Faktura obsahuje náležitosti účetního dokladu¹³⁾. Náležitosti přílohy jsou obsaženy v metodice nebo se v souladu s metodikou upřesní ve smlouvě. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu a příloha neobsahuje náležitosti podle dohodnuté metodiky nebo smlouvy, má pojišťovna právo ji odmítnout a vrátit bez zbytečného odkladu zdravotnickému zařízení k doplnění, popřípadě 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. Doklady za hrazenou zdravotní péči poskytnutou pojištěncům pojišťovny a pojištěncům z EU, kteří si pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie³⁾, předává zdravotnické zařízení pojišťovně spolu s vyúčtováním v termínu a způsobem dohodnutým ve smlouvě (na elektronickém nosiči či v elektronické podobě nebo na papírových dokladech).
- (5) Zjistí-li pojišťovna ve vyúčtování před provedením úhrady nesprávně nebo neoprávněně vyúčtovanou péči, úhradu této části vyúčtované péče v termínu splatnosti neprovede. Pojišťovna prokazatelným způsobem oznámí zdravotnickému zařízení bez zbytečného odkladu rozsah a důvod 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 i za pojištěnce EU, kteří si pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie³⁾, 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) 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 úhradu za vyúčtování hrazené zdravotní péče předložené v následujícím zúčtovacím období.

¹³⁾ Zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů.

- (8) Úhrada vyúčtované poskytnuté hrazené zdravotní péče, při dodržení podmínek dohodnutých ve smlouvě, bude provedena při předání vyúčtování pojišťovně na elektronickém nosiči či v elektronické podobě do 30 kalendářních dnů a při předání vyúčtování pojišťovně na papírových dokladech do 50 kalendářních dnů ode dne doručení faktury pojišťovně, nedohodnou-li se smluvní strany jinak. Lhůta splatnosti je dodržena, je-li platba poslední den lhůty připsána na účet zdravotnického zařízení.
- (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.

Článek 5

Kontrola

- (1) Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona a smlouvou kontrolu využívání a poskytování hrazené zdravotní péče v jejím objemu a kvalitě, včetně dodržování cen, a to prostřednictvím svého informačního systému, revizních lékařů a dalších odborných pracovníků ve zdravotnictví, způsobilých k revizní činnosti (dále jen "odborní pracovníci").
- (2) V rámci své odborné způsobilosti revizní lékaři a odborní pracovníci oprávnění ke kontrole posuzují, zda zvolený způsob hrazené zdravotní péče byl indikován s ohledem na zdravotní stav pojištěnce, je v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a zda nebyl zbytečně ekonomicky náročný.
- (3) V případech stanovených právními předpisy revizní lékař posuzuje i odůvodněnost ošetřujícím lékařem navrženého, popřípadě provedeného léčebného postupu a schvaluje, zda použitý postup pojišťovna uhradí. Rozhodnutí o použití léčebného postupu včetně farmakoterapie je v kompetenci ošetřujícího lékaře.
- (4) Zdravotnické zařízení poskytne pojišťovně při výkonu kontroly nezbytnou součinnost, zejména předkládá požadované doklady, sděluje údaje a poskytuje vysvětlení. Umožní revizním lékařům a odborným pracovníkům pojišťovny vstup do svého objektu, nahlížení do zdravotnické dokumentace pojištěnců v souladu se zvláštním právním předpisem¹⁴⁾ a dalších dokladů bezprostředně souvisejících s prováděnou kontrolou vyúčtovaných zdravotních výkonů, léčiv a zdravotnických prostředků, včetně zvlášť účtovaných léčiv a zvlášť účtovaného materiálu.
- (5) V případě kontroly (šetření) ve zdravotnickém zařízení bude na místě zpracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a stanoviska zdravotnického zařízení. Tento záznam nenahrazuje zprávu podle odstavce 6.
- (6) Zprávu, obsahující závěry kontroly, pojišťovna zpracuje a předá zdravotnickému zařízení do 15 kalendářních dnů po ukončení kontroly; pokud nebude možno z objektivních

¹⁴⁾ § 67 b) zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.

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

- (7) Zdravotnické zařízení je oprávněno do 15 kalendářních dnů od převzetí závěru kontroly podat pojišťovně písemně zdůvodněné námitky. K námitkám sdělí pojišťovna stanovisko do 30 kalendářních dnů od jejich doručení. Pokud nebude možno z objektivních důvodů tyto lhůty dodržet, lze je na žádost příslušné smluvní strany prodloužit až na dvojnásobek. Ve stanovené lhůtě pojišťovna sdělí zdravotnickému zařízení, zda potvrzuje nebo mění závěry kontroly. Podání námitek nemá z hlediska finančních nároků pojišťovny vůči zdravotnickému zařízení odkladný účinek. Tím není dotčeno právo zdravotnického zařízení uplatnit svůj nesouhlas s rozhodnutím pojišťovny v jiném řízení.
- (8) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazené zdravotní péče nebo její neodůvodněné poskytování, pojišťovna podle § 42 odstavce 3 zákona takovou péči neuhradí a je oprávněna postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě. V případě, že se závěry kontroly prokáží jako neodůvodněné, uhradí pojišťovna zdravotnickému zařízení částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče. Zdravotnické zařízení je oprávněno postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě.

Článek 6

Sankční ujednání

- (1) Smluvní strany si pro neplnění smluvních povinností a porušení smlouvy podle odstavce 2 nebo z dalších důvodů dohodnutých ve smlouvě mohou sjednat 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. neoprávněně nebo vícenásobně účtuje zdravotní péči,
 - 2. neposkytne povinná hlášení vyplývající z právních předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění,
 - 3. neodůvodněně opožděně vykazuje poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
 - 4. opakovaně porušilo povinnost ohlásit pojišťovně v souladu s § 55 zákona úrazy nebo jiná poškození zdraví pojištěnce způsobená jednáním právnické nebo fyzické osoby,
 - c) pojišťovna
 - 1. neodůvodněně sníží nebo odmítne úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče,

2. provádí úhradu oprávněně vyúčtované poskytnuté hrazené zdravotní péče s prodlením, kromě případů, kdy není za prodlení odpovědna.
- (3) Uplatněním sankce není dotčeno právo smluvních stran na vrácení úhrady za neoprávněně nebo nesprávně vyúčtovanou a uhrazenou hrazenou zdravotní péči.

Článek 7

Doba účinnosti, způsob a důvody ukončení smlouvy

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

Článek 8

Smlouva nebo její část zaniká:

- a) dnem, kdy nabylo právní moci rozhodnutí o zrušení nebo změně registrace podle zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů, nebo došlo ke zrušení nebo změně zřizovací nebo zakládací listiny, vydané zdravotnickému zařízení, pokud v důsledku tohoto zrušení, resp. těchto změn, ztratilo zdravotnické zařízení oprávnění k poskytování hrazené zdravotní péče v odbornostech a rozsahu dohodnutých a vymezených ve smlouvě,
- b) dnem zániku zdravotnického zařízení nebo pojišťovny nebo dnem úmrtí fyzické osoby, která byla provozovatelem zdravotnického zařízení,
- c) dnem uvedeným v písemném oznámení pojišťovně, pokud zdravotnické zařízení ze závažných zdravotních či provozních důvodů nemůže zdravotní péči nadále poskytovat,
- d) dnem, kdy zdravotnické zařízení pozbylo věcné, technické nebo personální předpoklady pro poskytování zdravotní péče ve sjednaném rozsahu, stanovené právním předpisem nebo smlouvou, ve smyslu čl. 3 odst. 2 písm. a), pokud zdravotnické zařízení nedostatky neodstranilo ani po dodatečně stanovené přiměřené lhůtě; smlouva nebo její část zaniká pouze v části vymezující rozsah nasmlouvané zdravotní péče, ve kterém zdravotnické zařízení nesplňuje právním předpisem nebo smlouvou stanovené předpoklady, ledaže by šlo o tak závažné okolnosti, pro které nelze očekávat další plnění smlouvy v celém rozsahu.

Článek 9

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

a) smluvní strana

1. uvedla při uzavření smlouvy nebo při jejím plnění 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, upravujícím veřejné zdravotní pojištění nebo poskytování zdravotní péče, nebo smlouvou,
3. opakovaně poruší povinnost vyplývající z § 41 zákona,
4. vstoupí do likvidace nebo na její majetek soud prohlásí konkurz,

b) zdravotnické zařízení

1. bez předchozí dohody s pojišťovnou bezdůvodně neposkytuje zdravotní péči ve sjednaném rozsahu a kvalitě,
2. přes písemné upozornění bez předchozí dohody s pojišťovnou opakovaně účtuje zdravotní péči poskytnutou nad rámec sjednaného druhu, odbornosti a rozsahu činnosti,
3. přes písemné upozornění neodůvodněně omezuje pro pojištěnce pojišťovny ordinační dobu sjednanou ve smlouvě,
4. poskytuje zdravotní péči bez odpovídajícího věcného a technického vybavení a personálního zajištění,
5. prokazatelně neposkytuje pojištěncům zdravotní péči kvalitně a "lege artis", popřípadě opakovaně odmítne poskytnutí zdravotní péče z jiných, než právními předpisy stanovených důvodů,
6. požaduje v rozporu s právními předpisy od pojištěnců finanční úhradu za zdravotní péči hrazenou pojišťovnou nebo za přijetí pojištěnce do péče,
7. přes písemné upozornění prokazatelně opakovaně neoprávněně účtuje zdravotní péči,
8. neposkytne nezbytnou součinnost k výkonu kontrolní činnosti prováděné pojišťovnou v souladu se zákonem,

c) pojišťovna

1. přes písemné upozornění opakovaně neoprávněně neuhradí zdravotnickému zařízení poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
2. nedodrží lhůty splatnosti dohodnuté ve smlouvě,
3. přes písemné upozornění opakovaně překračuje rozsah kontrolní činnosti stanovený zákonem,
4. poskytne třetí straně údaje o zdravotnickém zařízení nad rámec právních předpisů nebo smlouvy.

Článek 10

Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit :

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

Článek 11

Vzájemné sdělování údajů a předávání dokladů nutných
ke kontrole plnění smlouvy

(1) Smluvní strany:

- a) používají pro jednoznačnou identifikaci zdravotnického zařízení, v souladu s metodikou, identifikační číslo organizace (IČ), identifikační číslo zařízení (IČZ), identifikační číslo pracoviště (IČP),
- b) sdělují si údaje nutné ke kontrole plnění smlouvy,
- c) zajistí trvale přístupné a jasné informace o existenci smluvního vztahu a právech vyplývajících z něho pro pojištěnce,
- d) mohou si předávat údaje nezbytné k hodnocení kvality a efektivity 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 předpisy¹⁵⁾,
- 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.

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

(3) Pojišťovna

- a) 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,
- b) je oprávněna zveřejnit údaje o výši úhrady zdravotní péče poskytnuté zdravotnickým zařízením
- c) může zveřejnit na své internetové adrese v rámci seznamu smluvních zdravotnických zařízení obchodní jméno či firmu a adresu zdravotnického zařízení, jeho odbornost a telefonické, případně e-mailové spojení či další údaje vzájemně dohodnuté,

Článek 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

¹⁵⁾ Například zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

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 předpisu¹⁶⁾, pokud se smluvní strany na řešení sporů v rozhodčím řízení ve smlouvě dohodnou.

- (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 sdruženími¹⁷⁾ podle § 17 odstavce 3 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.

¹⁶⁾ Zákon č. 216/1994 Sb., o rozhodčím řízení a o výkonu rozhodčích nálezů, ve znění zákona č. 245/2006.

¹⁷⁾ Zákon č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů, ve znění pozdějších předpisů.
§§ 20f 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: 272 927 011, fax: 974 887 395 – **Redakce:** Ministerstvo vnitra, Nám. Hrdinů 1634/3, pošt. schr. 155/SB, 140 21 Praha 4, telefon: 974 817 287, fax: 974 816 871 – **Administrace:** písemné objednávky předplatného, změny adres a počtu odebíraných výtisků – MORAVIAPRESS, a. s., U Póny 3061, 690 02 Břeclav, fax: 519 321 417, e-mail: sbirky@moraviapress.cz. Objednávky ve Slovenské republice přijímá a titul distribuuje Magnet-Press Slovakia, s. r. o., Teslova 12, 821 02 Bratislava, tel.: 00421 2 44 45 46 28, fax: 00421 2 44 45 46 27. **Roční předplatné** se stanovuje za dodávku kompletního ročníku včetně rejstříku a je od předplatitelů vybíráno formou záloh ve výši oznámené ve Sbírce zákonů. **Závěrečné vyúčtování** se provádí po dodání kompletního ročníku na základě počtu skutečně vydaných částek (první záloha na rok 2007 činí 6 000,- Kč) – **Vychází** podle potřeby – **Distribuce:** MORAVIAPRESS, a. s., U Póny 3061, 690 02 Břeclav, celoroční předplatné – 516 205 176, 519 305 176, 516 205 174, 519 205 174, objednávky jednotlivých částek (dobírky) – 516 205 207, 519 305 207, objednávky-knihkupci – 516 205 161, 519 305 161, faxové objednávky – 519 321 417, e-mail – sbirky@moraviapress.cz, zelená linka – 800 100 314. **Internetová prodejna:** www.sbirkyzakonu.cz – **Drobný prodej** – **Benešov:** Oldřich HAAGER, Masarykovo nám. 231; **Brno:** Ing. Jiří Hrazdil, Vranovská 16, SEVT, a. s., Česká 14; **České Budějovice:** SEVT, a. s., Česká 3, tel.: 387 432 244; **Hradec Králové:** TECHNOR, Wonkova 432; **Cheb:** EFREX, s. r. o., Karlova 31; **Chomutov:** DDD Knihkupectví – Antikvariát, Ruská 85; **Kadaň:** Knihařství – Příbíkova, J. Švermy 14; **Klatovy:** Krameriovo knihkupectví, nám. Míru 169; **Liberec:** Podještědské knihkupectví, Moskevská 28; **Litoměřice:** Jaroslav Tvrdík, Lidická 69, tel.: 416 732 135, fax: 416 734 875; **Most:** Knihkupectví „U Knihomila“, Ing. Romana Kopková, Moskevská 1999; **Olomouc:** ANAG, spol. s r. o., Denisova č. 2, Zdeněk Chumchal – Knihkupectví Tycho, Ostružnická 3, Knihkupectví SEVT, a. s., Ostružnická 10; **Ostrava:** LIBREX, Nádražní 14, Profesio, Hollarova 14, SEVT, a. s., Denisova 1; **Otrokovice:** Ing. Kučeřík, Jungmannova 1165; **Pardubice:** LEJHANEK, s. r. o., třída Míru 65; **Plzeň:** TYPOS, a. s., Úslavská 2, EDICUM, Vojanova 45, Technické normy, Lábkova pav. č. 5, Vydavatelství a naklad. Aleš Čeněk, nám. Českých bratří 8; **Praha 1:** NEOLUXOR, Na Poříčí 25, LINDE Praha, a. s., Opletalova 35, NEOLUXOR s. r. o., Václavské nám. 41; **Praha 2:** ANAG, spol. s r. o., nám. Míru 9 (Národní dům); **Praha 4:** SEVT, a. s., Jihlavská 405; **Praha 5:** SEVT, a. s., E. Peškové 14; **Praha 6:** PPP – Staňková Isabela, Puškinovo nám. 17; **Praha 7:** MONITOR CZ, s. r. o., V háji 6, tel.: 272 735 797; **Praha 8:** JASIPA, Zenklova 60, Specializovaná prodejna Sbírky zákonů, Sokolovská 35, tel.: 224 813 548; **Praha 9:** Abonentní tiskový servis-Ing. Urban, Jablonecká 362, po-pá 7-12 hod., tel.: 286 888 382, e-mail: tiskovy.servis@abonent.cz; **Praha 10:** BMSS START, s. r. o., Vinohradská 190; **Prerov:** Odborné knihkupectví, Bartošova 9, Jana Honková – YAHÖ – i – centrum, Komenského 38; **Sokolov:** KAMA, Kalousek Milan, K. H. Borovského 22, tel.: 352 303 402; **Šumperk:** Knihkupectví D & G, Hlavní tř. 23; **Tábor:** Milada Šimonová – EMU, Budějovická 928; **Teplice:** Knihkupectví L & N, Masarykova 15; **Ústí nad Labem:** PNS Grosso s. r. o., Havířská 327, tel.: 475 259 032, fax: 475 259 029, Kartoon, s. r. o., Solvayova 1597/3, Vazby a doplňování Sbírek zákonů včetně dopravy zdarma, tel.+fax: 475 501 773, www.kartoon.cz, e-mail: kartoon@kartoon.cz; **Zábřeh:** Mgr. Ivana Patková, Žižkova 45; **Žatec:** Prodejna U Pivovaru, Žižkovo nám. 76, Jindřich Procházka, Bezděkov 89 – Vazby Sbírek, tel.: 415 712 904. **Distribuční podmínky předplatného:** jednotlivé částky jsou expedovány neprodleně po dodání z tiskárny. Objednávky nového předplatného jsou vyřizovány do 15 dnů a pravidelné dodávky jsou zahajovány od nejbližší částky po ověření úhrady předplatného nebo jeho zálohy. Částky vyšle v době od za evidování předplatného do jeho úhrady jsou doposílány jednorázově. Změny adres a počtu odebíraných výtisků jsou prováděny do 15 dnů. **Reklamacce:** informace na tel. číslech 516 205 207, 519 305 207. V písemném styku vždy uvádějte IČO (právnícká osoba), rodné číslo (fyzická osoba). **Podávání novinových zásilek** povoleno Českou poštou, s. p., Odstěpný závod Jižní Morava Ředitelství v Brně č. j. P/2-4463/95 ze dne 8. 11. 1995.