

**Ročník 2006**

---

# **Věstník**

**MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ  
ČESKÉ REPUBLIKY**

---

**Částka 5**

**Vydáno: ČERVEN 2006**

**Cena: 80 Kč**

---

## **OBSAH**

### **ZÁVAZNÁ OPATŘENÍ**

1. Rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví o rámcových smlouvách ..... str. 2

### **ZPRÁVY A SDĚLENÍ**

1. Oznámení o vydání Českého lékopisu 2005 – Doplnku 2006..... str. 66
2. Termíny konání zkoušek odborné způsobilosti pro oblast posuzování vlivů  
na veřejné zdraví v rámci posuzování vlivů na životní prostředí (EIA) ..... str. 66
3. Průběžná informace o platných právních předpisech a směrnicích (instrukcích)  
vydaných na úseku Ministerstva zdravotnictví publikovaných  
ve Sbírce zákonů – doplnění ..... str. 67

---

## ZÁVAZNÁ OPATŘENÍ

---

<p style="text-align: center;"><b>ROZHODNUTÍ</b> <b>MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ O RÁMCOVÝCH SMLOUVÁCH</b></p>
--

Ministerstvo zdravotnictví na základě § 17, odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, vydává toto rozhodnutí o rámcových smlouvách pro zdravotní pojišťovny a zdravotnická zařízení poskytující

1. zdravotní péči praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost,
2. ambulantní specializovanou péči a péči ženských lékařů (odbornost 603 a 604) s výjimkou zdravotnických zařízení poskytujících fyzioterapii (odbornost 902 a 918), ergoterapii a klinickou logopedii,
3. ambulantní péči zubních lékařů,
4. zdravotní péči v nemocnicích, odborných léčebných ústavech, odborných dětských léčebnách a ozdravovnách a léčebnách dlouhodobě nemocných,
5. ambulantní diagnostickou péči (odbornosti 222, 801, 802, 804, 805, 807, 809, 812 až 819, 822 a 823),
6. domácí zdravotní péči, fyzioterapii (odbornost 902 a 918, ergoterapii a klinickou logopedii),
7. zdravotnickou záchrannou službu a dopravu,
8. lázeňskou péči.

Znění rámcových smluv jsou uvedena v přílohách č. 1 až 8 tohoto rozhodnutí.

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

Zdravotní pojišťovny jsou povinny uzavřít smlouvu podle tohoto rozhodnutí s každým zdravotnickým zařízením, se kterým mají ke dni vydání tohoto rozhodnutí uzavřenou platnou smlouvu podle vyhlášky č. 457/2000Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy.

V Praze dne 7. 6. 2006

MUDr. David R a t h , v.r.  
ministr zdravotnictví

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

**Část první**  
**Obecná ustanovení**

**Čl. 1**

**Smluvní vztahy**

- (1) Rámcová smlouva stanoví podmínky, za nichž se uzavírají smlouvy mezi zdravotnickými zařízeními<sup>2)</sup> a pojišťovnami<sup>1)</sup> za účelem zajištění věcného plnění při poskytování a úhradě zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění (dále jen „hrazená zdravotní péče“).
- (2) Právní vztahy upravené ve smlouvě o poskytování a úhradě hrazené zdravotní péče (dále jen „smlouva“) uzavírané mezi jednotlivými pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost se nesmí odchýlit od ustanovení rámcové smlouvy podle této vyhlášky, pokud to rámcová smlouva sama neumožňuje. K zajištění vytváření jednotných podmínek při shodném, či srovnatelném plnění, v souladu se zvláštním právním předpisem<sup>4)</sup>, se na vypracování textu smlouvy podílejí zástupci pojišťoven a zástupci poskytovatelů zdravotní péče, zmocnění k zastupování v této věci.

**Část druhá**  
**Smlouvy**

**Čl. 2**

**Uzavírání smluv**

- (1) Závazkové vztahy mezi pojišťovnou a zdravotnickým zařízením se řídí písemnou smlouvou uzavřenou podle této rámcové smlouvy, právních předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotní péče, obchodního nebo občanského zákoníku a dalších právních předpisů.
- (2) Základními podmínkami pro uzavření smlouvy jsou
  - a) oprávnění zdravotnického zařízení k poskytování zdravotní péče v příslušném oboru,
  - b) akceptace dohodnutého postupu pro pořizování, předávání a vyhodnocování dokladů v souladu s metodikou pro pořizování a předávání dokladů (dále jen „metodika“) a pravidly pro vyhodnocování dokladů (dále jen „pravidla“) a jednotného datového rozhraní vytvářenými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky (dále jen „Všeobecná zdravotní pojišťovna“) v součinnosti se zástupci pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče, schválenými Ministerstvem zdravotnictví a zveřejněnými ve Věstníku Ministerstva zdravotnic-

<sup>2)</sup> 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.

<sup>1)</sup> 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.

<sup>4)</sup> Zákon č. 143/20012 Sb., o ochraně hospodářské soutěže a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

tví. Metodika a pravidla účinná ke dni nabytí účinnosti této vyhlášky, pozbývají platnosti dnem 31. 12. 2006.

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

### Čl. 3

#### Práva a povinnosti smluvních stran

- (1) Smluvní strany
- a) dodržují při vykazování a úhradě hrazené zdravotní péče dohodnutou metodiku, pravidla a datové rozhraní,
  - b) zaváží své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců a zájmů zdravotnického zařízení i pojišťovny, k zachování povinné mlčenlivosti o osobních údajích<sup>5)</sup> a skutečnostech, o nichž se dozvěděli při výkonu své funkce nebo zaměstnání anebo při zpracování údajů z informačního systému na základě smlouvy, popřípadě v souvislosti s nimi,
  - c) dodržují přímo použitelné předpisy Evropských společenství.
- (2) Zdravotnické zařízení
- a) poskytuje hrazenou zdravotní péči v souladu s právními předpisy v odbornostech dohodnutých a vymezených ve smlouvě, pro které je věcně a technicky vybaveno a personálně zajištěno, v rozsahu alespoň 35 ordinačních hodin rozdělených do 5 pracovních dnů týdně se započítáním doby uvedené v písmenu o). Rozsah 35 hodin týdně odpovídá poměrnému kapacitnímu číslu 1, přičemž souhrnné poměrné kapacitní číslo jednoho smluvního nositele výkonu<sup>6)</sup> může činit nejvýše 1,4. Souhrnné poměrné kapacitní číslo na jedno zdravotnické zřízení může činit nejméně 0,25,
  - b) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci<sup>7)</sup>, kteří budou pojištěncům poskytovat ve smlouvě sjednanou hrazenou zdravotní péči, splňují požadavky odborné způsobilosti stanovené právními předpisy pro poskytování této zdravotní péče<sup>8)</sup>,

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

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

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

<sup>8)</sup> 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.

- c) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytovanou zdravotní péči podle zvláštního právního předpisu<sup>9)</sup>,
- d) poskytuje hrazenou zdravotní péči „lege artis“ bez nadbytečných nákladů, vždy však se zřetelem k tomu, aby potřebného diagnostického nebo léčebného efektu bylo dosaženo s ohledem na individuální zdravotní stav pojištěnce,
- e) odpovídá za účelnost indikace při odesílání pojištěnce ke komplementárním a konziliárním vyšetřením a na základě jejich výsledků upravuje diagnózu nebo léčebný postup,
- f) povede pro posouzení oprávněnosti vyúčtované zdravotní péče v průkazné formě dokumentaci o léčení pojištěnců, ve které budou zaznamenávány provedené zdravotní výkony, vyžádaná zdravotní péče, předepisované léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a uchovány v ní i doručené výsledky vyžádaných a provedených vyšetření a ošetření,
- g) poskytne v souladu s právními předpisy zdravotnickým zařízením, kterým pojištěnce předá do péče nebo které si pojištěnec zvolí, informace potřebné pro zajištění návaznosti zdravotní péče a k zamezení duplicitního provádění diagnostických a léčebných výkonů a při převzetí pojištěnce do péče bude takové informace od příslušných zařízení vyžadovat,
- h) neodmítne přijetí pojištěnce do své péče s výjimkou důvodů uvedených v § 11 odst. 1 písm. b) zákona,
- i) nepodmíní právo pojištěnce na svobodnou volbu lékaře, zdravotnického zařízení nebo na poskytnutí hrazené zdravotní péče žádnými registračními poplatky nebo sponzorskými dary a za poskytnutou zdravotní péči hrazenou pojišťovnou nebude od pojištěnce, pokud to nevyplývá z právních předpisů, vybírat žádnou finanční úhradu,
- j) nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí hrazené zdravotní péče změnou pojišťovny nebo jiným způsobem,
- k) nebude zvýhodňovat pojištěnce jedné nebo více pojišťoven v neprospěch pojištěnců pojišťoven ostatních a zhoršovat dostupnost zdravotní péče hrazené pojišťovnou přednostním poskytováním péče hrazené jiným způsobem,
- l) oznámí pojišťovně, v souladu s § 55 zákona úrazy nebo jiná poškození zdraví osob, kterým poskytlo hrazenou zdravotní péči, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby,
- m) zajistí, že lékaři, kteří nejsou oprávněni k samostatnému výkonu povolání lékaře, budou toto povolání vykonávat pouze pod odborným dohledem lékaře, který je k samostatnému výkonu povolání lékaře oprávněn, a to jen v rozsahu stanoveném tímto lékařem podle § 2 písm. f) zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta,
- n) odpovídá podle zvláštního právního předpisu<sup>10)</sup> za správné a úplné vyplnění tiskopisu receptu; dále odpovídá za správné a úplné vyplnění poukazu na zdravotnické prostředky nebo poukazu na vyšetření/ošetření nebo příkazu ke zdravotnímu transportu. Pokud při preskripci nebylo respektováno preskripční omezení vyplývající z právních předpisů a pojišťovna tento léčivý přípravek nebo zdravotnický prostředek zařízení lékárenské péče uhradila, má pojišťovna právo požadovat od zdravotnického zařízení úhradu zaplacené částky. Pojišťovna není oprávněna požadovat tuto úhradu, pokud byl léčivý přípravek nebo zdravotnický prostředek předepsán pro jejího pojištěnce a zdravotnické zařízení odstranilo nedostatky ve lhůtě do jednoho měsíce od předání příslušného receptu nebo poukazu pojišťovnou. Stejný postup bude vůči zdravotnickému zařízení uplatněn i v případě chybného vyplnění poukazu na vyšetření/ošetření,

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

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

- o) je oprávněno na jeden den v měsíci přerušit poskytování zdravotní péče za účelem zajištění odborného vzdělávání svých pracovníků, přičemž takové přerušování nemá vliv na výši úhrady zdravotní péče ze strany zdravotní pojišťovny,
  - p) předem oznámí zdravotní pojišťovně přerušování poskytování zdravotní péče na dobu delší než tři dny a jméno zastupujícího lékaře, splňujícího podmínky zákona č. 95/2004 Sb.; zastupujícím lékařem se pro účely tohoto ustanovení rozumí i lékař poskytující zdravotní péči v jiném zdravotnickém zařízení mimo prostory zdravotnického zařízení, které zastupuje,
  - q) zajistí, v případě nepřítomnosti některého z nositelů výkonů na dobu delší tři dny, zástup jiným nositelem výkonu, splňujícím podmínky zákona č. 95/2004 Sb., a dohodnutým způsobem tuto skutečnost oznámí zdravotní pojišťovně a pojištěncům,
  - r) může poskytovat lékařskou službu první pomoci pojištěncům pojišťovny tehdy, dohodne-li se na tom se zdravotní pojišťovnou a uzavře-li dodatek ke smlouvě na poskytování této péče,
  - s) může poskytovat ústavní pohotovostní službu ve smluvním zařízení zdravotní pojišťovny tehdy, dohodne-li se na tom se zdravotní pojišťovnou a uzavře-li dodatek ke smlouvě na poskytování této péče.
- (3) Pojišťovna
- a) uhradí zdravotnickému zařízení provedenou hrazenou zdravotní péči, průkazně zdokumentovanou a odůvodněně poskytnutou jejím pojištěncům v souladu s právními předpisy a smlouvou,
  - b) dohledá na žádost zdravotnického zařízení bez zbytečného prodlení příslušnost pojištěnce k pojišťovně v případech, kdy není dostupný průkaz pojištěnce a jsou dostupné jeho osobní údaje,
  - c) nebude vyžadovat zvýhodňování svých pojištěnců na úkor pojištěnců ostatních pojišťoven,
  - d) je oprávněna provádět kontrolu plnění smluvně dohodnutých věcných a technických podmínek hrazené zdravotní péče poskytované zdravotnickým zařízením podle smlouvy,
  - e) poskytuje zdravotnickému zařízení k zajištění jednotných podmínek dohodnutou metodiku, pravidla, datové rozhraní a příslušné číselníky vydávané Všeobecnou zdravotní pojišťovnou k vykazování a výpočtu úhrady hrazené zdravotní péče,
  - f) seznámí zdravotnické zařízení s dohodnutými změnami metodiky, pravidel a se změnami číselníků alespoň jeden měsíc a se změnou datového rozhraní alespoň dva měsíce před stanoveným termínem jejich platnosti, včetně metodiky vedení dokumentace. V případě změny právních předpisů, která neumožní tuto lhůtu dodržet, může být uvedená lhůta přiměřeně zkrácena,
  - g) je oprávněna zveřejnit rozsah nasmlouvané zdravotní péče, výši celkové úhrady poskytnuté pojišťovnou zdravotnickému zařízení z veřejného zdravotního pojištění za kalendářní rok a výši úhrady za zdravotnickým zařízením předepsaná léčiva a zdravotnické prostředky za kalendářní rok,
  - h) uhradí zdravotnickému zařízení poskytnuté zdravotní výkony v rámci lékařské služby první pomoci, popřípadě ústavní pohotovostní služby podle písmen r) a s) podle výsledků dohodovacího řízení, popřípadě v souladu se zvláštním právním předpisem.

#### Čl. 4

##### Úhrada poskytované hrazené zdravotní péče

- (1) Hodnoty bodu, výše úhrad a regulační omezení objemu poskytnuté hrazené zdravotní péče se sjednávají ve smlouvě podle výsledků dohodovacího řízení, popřípadě v souladu se zvláštním právním předpisem.
- (2) Za způsoby úhrady se považují zejména:
  - a) úhrada za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami,
  - b) kombinovaná úhrada za registrované pojištěnce a za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (kombinovaná kapitálně výkonová platba),

- c) jiné způsoby úhrady dohodnuté v dohodovacím řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, nebo v souladu se zvláštním právním předpisem.
- (3) Mezi smluvními stranami musí být vždy předem dohodnuto zvýšení nebo snížení objemu poskytované hrazené zdravotní péče z důvodu změny kapacity popřípadě struktury zdravotnického zařízení.
- (4) Zdravotnické zařízení pro uplatnění nároků na úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče předává pojišťovně jednou měsíčně vyúčtování poskytnuté péče fakturou s přílohami. Faktura je účetním dokladem a splňuje náležitosti účetního dokladu<sup>11)</sup>. Náležitosti přílohy jsou obsaženy v metodice nebo se v souladu s metodikou upřesní ve smlouvě. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu<sup>11)</sup> a příloha neobsahuje náležitosti podle dohodnuté metodiky nebo smlouvy, má pojišťovna právo ji odmítnout a vrátit bez zbytečného odkladu zdravotnickému zařízení k doplnění, popřípadě k opravě; v takovém případě běží lhůta splatnosti až od termínu jejího opětovného převzetí pojišťovnou.
- (5) Zdravotnické zařízení odpovídá za úplnost, formální i věcnou správnost dokladů a za jejich předávání způsobem dohodnutým v metodice a datovém rozhraní. Individuální doklady za hrazenou zdravotní péči poskytnutou pojištěncům předává zdravotnické zařízení pojišťovně spolu s vyúčtováním v termínu a způsobem dohodnutým ve smlouvě (na magnetických nosičích dat nebo papírových dokladech nebo jiným sjednaným způsobem).
- (6) Zjistí-li pojišťovna ve vyúčtování před provedením úhrady nesprávně nebo neoprávněně vyúčtovanou péči, úhradu této části vyúčtované péče v termínu splatnosti neprovede. Pojišťovna oznámí zdravotnickému zařízení bez zbytečného odkladu rozsah, důvod a částku vyúčtované, ale neuhrazené péče. Tím pojišťovna vyzve zdravotnické zařízení k opravě nesprávně vyúčtované péče nebo k doložení poskytnutí hrazené zdravotní péče. Řádně poskytnutou a vyúčtovanou péči pojišťovna uhradí v nejbližším termínu úhrady.
- (7) Pojišťovna provede za své pojištěnce úhradu hrazené zdravotní péče, vyúčtované v souladu s právními předpisy a smlouvou. Pokud při kontrole zjistí chyby v dokladech, postupuje podle metodiky a pravidel. Odmítnutí úhrady nebo části úhrady pojišťovna bez zbytečného odkladu zdravotnickému zařízení písemně zdůvodní. Poskytnutím úhrady není dotčeno právo pojišťovny k provádění následné kontroly proplacených vyúčtování v rozsahu a za podmínek stanovených právními předpisy a smlouvou.
- (8) Zjistí-li pojišťovna pochybení ve vyúčtování předaném zdravotnickým zařízením dodatečně po úhradě a zdravotnické zařízení do 10 pracovních dnů od doručení písemné výzvy pojišťovny příslušnou částku samo neuhradí, nebo nedoloží oprávněnost vyúčtované sporné částky nebo nebude mezi smluvními stranami dohodnut jiný termín úhrady, pojišťovna jednostranným započtením pohledávky sníží zdravotnickému zařízení o příslušnou částku, případně o smluvní pokutu dohodnutou ve smlouvě, úhradu za vyúčtování hrazené zdravotní péče předložené v následujícím zúčtovacím období.
- (9) Úhrada vyúčtované poskytnuté hrazené zdravotní péče, při dodržení podmínek dohodnutých ve smlouvě, bude provedena při předání vyúčtování pojišťovně na magnetickém mediu do 30 kalendářních dnů a při předání vyúčtování pojišťovně na papírových dokladech do 40 kalendářních dnů ode dne doručení faktury pojišťovně. Závazek k úhradě je splněn dnem odepsání z účtu zdravotní pojišťovny.
- (10) V případě poruchy výpočetního systému, znemožňující včasné provedení vyúčtování nebo úhrady hrazené zdravotní péče, poskytne pojišťovna zdravotnickému zařízení v dohodnutém termínu úhrady zálohu ve výši průměrného měsíčního objemu vykázané zdravotní péče, vypočteného z posledních dvou uzavřených kalendářních čtvrtletí, pokud se smluvní strany v daném případě nedohodnou jinak.

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



**Čl. 5****Kontrola**

- (1) Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona a smlouvou kontrolu využívání a poskytování hrazené zdravotní péče v jejím objemu a kvalitě, včetně dodržování cen, a to prostřednictvím svého informačního systému, revizních lékařů a dalších odborných pracovníků ve zdravotnictví, způsobilých k revizní činnosti (dále jen „odborní pracovníci“).
- (2) V rámci své odborné způsobilosti revizní lékaři a odborní pracovníci oprávnění ke kontrole posuzují, zda zvolený způsob hrazené zdravotní péče byl indikován s ohledem na zdravotní stav pojištěnce, je v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a zda nebyl zbytečně ekonomicky náročný.
- (3) V případech stanovených právními předpisy revizní lékař posuzuje i odůvodněnost ošetřujícím lékařem navrženého, popřípadě provedeného léčebného postupu a schvaluje, zda použitý postup pojišťovna uhradí. Rozhodnutí o použití léčebného postupu, včetně farmakoterapie, je v kompetenci ošetřujícího lékaře.
- (4) Zdravotnické zařízení poskytne pojišťovně při výkonu kontroly nezbytnou součinnost, zejména předkládá doklady potřebné k účelu kontroly, sděluje údaje a poskytuje vysvětlení. Umožní revizním lékařům a odborným pracovníkům pojišťovny vstup do svého objektu, nahlížení do zdravotnické dokumentace pojištěnců.
- (5) Revizní lékař je v rámci kontroly povinen postupovat tak, aby nenarušil provoz zdravotnického zařízení. V případě kontroly ve zdravotnickém zařízení bude na místě vypracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a se stanoviskem oprávněného zástupce zdravotnického zařízení. Tento záznam nenahrazuje zprávu podle odstavce 6.
- (6) Revizní zprávu, obsahující závěry kontroly, pojišťovna zpracuje a předá zdravotnickému zařízení do 15 kalendářních dnů po ukončení kontroly; pokud nebude možno z objektivních důvodů tuto lhůtu dodržet, oznámí pojišťovna tuto skutečnost zdravotnickému zařízení. Kontrola bude ukončena zpravidla do 30 kalendářních dnů od jejího zahájení.
- (7) Zdravotnické zařízení je oprávněno do 15 kalendářních dnů od převzetí závěru kontroly podat pojišťovně písemně zdůvodněné námitky. K námitkám sdělí pojišťovna stanovisko do 30 kalendářních dnů od jejich doručení. Pokud nebude možno z objektivních důvodů tyto lhůty dodržet, prodlouží se příslušná lhůta na žádost smluvní strany až na dvojnásobek. Ve stanovené lhůtě pojišťovna sdělí zdravotnickému zařízení, zda potvrzuje nebo mění závěry kontroly. Podání námitek nemá z hlediska finančních nároků pojišťovny vůči zdravotnickému zařízení odkladný účinek. Tím není dotčeno právo zdravotnického zařízení uplatnit svůj nesouhlas s rozhodnutím pojišťovny v jiném řízení.
- (8) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazené zdravotní péče nebo její neodůvodněné poskytování, pojišťovna podle § 42 odst. 3 zákona takovou péči neuhradí a je oprávněna postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě. V případě, že se závěry kontroly prokáží jako neodůvodněné, uhradí pojišťovna zdravotnickému zařízení částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče. Zdravotnické zařízení je oprávněno postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě.
- (9) Revizní lékaři zdravotní pojišťovny mohou kontrolovat podle tohoto článku jen zdravotní péči a výkony vykázané zdravotnickým zařízením nejvýše 3 roky zpět.

**Čl. 6****Sankční ujednání**

- (1) Smluvní strany si mohou účtovat smluvní pokutu až do výše 2 % měsíční platby za porušení povinností podle odstavce 2.
- (2) Za porušení smlouvy se považují případy, kdy
  - a) smluvní strana



1. uvede nepravdivé, neúplné či zkreslující údaje při uzavírání smlouvy, nebo při jejím plnění,
  2. nedodrží ustanovení smlouvy, s následkem prokazatelně neúčelného vynaložení prostředků veřejného zdravotního pojištění,
  3. neposkytne informace sjednané ve smlouvě,
- b) zdravotnické zařízení
1. prokazatelně neoprávněně nebo vícenásobně účtuje zdravotní péči,
  2. opakovaně porušilo povinnost ohlásit pojišťovně v souladu s § 55 zákona úrazy nebo jiná poškození zdraví pojištěnce způsobená jednáním právnické nebo fyzické osoby,
- c) pojišťovna prokazatelně neodůvodněně snížila nebo odmítne úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče.
- (3) Uplatněním sankce není dotčeno právo smluvních stran na vrácení úhrady za neoprávněně nebo nesprávně vyúčtovanou a uhrazenou hrazenou zdravotní péči.
  - (4) V případě prodlení s úhradou podle odstavce 2 písm. c) nad 65 kalendářních dní ode dne doručení faktury pojišťovně, uhradí zdravotní pojišťovna zdravotnickému zařízení smluvní pokutu ve výši 10 % dlužné částky.
  - (5) Uplatněním smluvní pokuty není dotčeno právo zdravotnického zařízení na uplatnění úroků z prodlení podle obecně závazných právních předpisů ani na náhradu případně vzniklé škody.

### **Doba účinnosti, způsob a důvody ukončení smlouvy**

#### **Čl. 7**

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

#### **Čl. 8**

Smlouvu lze ukončit vždy k 1. lednu následujícího roku

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

- c) výpovědí ze strany zdravotnického zařízení s výpovědní lhůtou nejméně 6 měsíců pokud
1. zdravotní pojišťovna opakovaně porušuje ustanovení této rámcové smlouvy,
  2. zdravotní pojišťovna přes písemné upozornění opakovaně nedodrží lhůty splatnosti dohodnuté ve smlouvě,
  3. zdravotní pojišťovna poskytne třetí straně údaje o zdravotnickém zařízení nad rámec právních předpisů nebo smlouvy,
  4. zdravotní pojišťovna překračuje rozsah kontrolní činnosti stanovený touto rámcovou smlouvou nebo zákonem,
  5. zdravotní pojišťovna přes písemné upozornění neoprávněně neuhradí zdravotnickému zařízení poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
  6. se pokračování smluvního vztahu se zdravotní pojišťovnou stane pro zdravotnické zařízení ekonomicky nevýhodným.

## Čl. 9

### Vzájemné sdělování údajů a předávání dokladů nutných ke kontrole plnění smlouvy

- (1) Smluvní strany
- a) používají v souladu s metodikou pro jednoznačnou identifikaci zdravotnického zařízení identifikační číslo zařízení,
  - b) sdělují si údaje nutné ke kontrole plnění smlouvy,
  - c) zajistí trvale přístupné a jasné informace o existenci smluvního vztahu a právech vyplývajících z něho pro pojištěnce,
  - d) mohou si předávat údaje nezbytné k hodnocení kvality a efektivity poskytované hrazené zdravotní péče, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve smlouvě.
- (2) Zdravotnické zařízení
- a) doloží pojišťovně, při důvodném podezření na nedodržení postupu „lege artis“, že zdravotnické prostředky byly při poskytování hrazené zdravotní péče použity v souladu se zvláštními právními předpisy<sup>12)</sup>,
  - b) oznámí neprodleně, nejpozději do 30 kalendářních dnů druhé smluvní straně skutečnosti, které by podstatným způsobem mohly ovlivnit plnění smlouvy, např. vznik závad na výpočetním systému, změny údajů uvedených ve smlouvě pokud dojde
    1. ke zrušení pracoviště nebo jeho části bez náhrady, nebo jeho uzavření na dobu delší než 30 kalendářních dnů,
    2. k odchodu zaměstnance jmenovitě uvedeného ve smlouvě,
    3. k výpadku přístroje nezbytného pro provádění výkonu bez náhrady na dobu delší než 30 kalendářních dnů.
- (3) Pojišťovna může poskytnout zdravotnickému zařízení v zobecněné formě informace potřebné k ekonomizaci jeho činnosti nebo k jeho vědecké a výzkumné činnosti a ke kontrole kvality poskytované hrazené zdravotní péče, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve smlouvě.

## Čl. 10

### Řešení sporů

- (1) Smluvní strany budou řešit případné spory týkající se plnění smlouvy především vzájemným jednáním zástupců smluvních stran, a to zpravidla do 14 kalendářních dnů od výzvy jedné ze smluvních stran. Pokud mezi nimi nedojde k dohodě, mohou sporné otázky projednat ve smířčím jed-

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

nání. Tím není dotčeno právo smluvních stran uplatnit svůj nárok na řešení sporu u soudu nebo v rozhodčím řízení podle zvláštního právního předpisu<sup>13)</sup>.

- (2) Smírčí jednání navrhuje jedna ze smluvních stran. Návrh musí obsahovat přesné a dostatečně podrobné vymezení sporu. Smírčího jednání se účastní zmocněný zástupce zdravotnického zařízení a statutární zástupce pojišťovny nebo jím zmocněný vedoucí pracovník oprávněný samostatně jménem pojišťovny v dané věci jednat a rozhodovat. Zdravotnické zařízení je oprávněno přizvat ke smírčímu jednání profesní komoru zřízenou zákonem nebo občanské sdružení uvedené v § 17 odst. 2 zákona a právního zástupce. Místo a čas smírčího jednání navrhuje účastník, který k němu dal podnět. K projednání sporu si dále každá smluvní strana může přizvat nejvýše dva odborné poradce. Smírčí jednání se ukončí zápisem, obsahujícím smír nebo závěr, že rozpor nebyl odstraněn s uvedením stanovisek obou stran.

## Čl. 11

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

---

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

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

**Část první**  
**Obecná ustanovení**

**Čl. 1**  
**Smluvní vztahy**

- (1) Rámcová smlouva stanoví podmínky, za nichž se uzavírají smlouvy mezi zdravotnickými zařízeními a pojišťovnami za účelem zajištění věcného plnění při poskytování a úhradě hrazená zdravotní péče.
- (2) Právní vztahy upravené ve smlouvě uzavírané mezi jednotlivými pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními ambulantní specializované péče se nesmí odchýlit od ustanovení rámcové smlouvy podle této vyhlášky, pokud to rámcová smlouva sama neumožňuje. K zajištění vytváření jednotných podmínek při shodném, či srovnatelném plnění, v souladu se zvláštním právním předpisem<sup>4)</sup>, se na vypracování textu smlouvy podílejí zástupci pojišťoven a zástupci poskytovatelů zdravotní péče, zmocnění k zastupování v této věci.

**Část druhá**  
**Smlouvy**

**Čl. 2**  
**Uzavírání smluv**

- (1) Závazkové vztahy mezi pojišťovnou a zdravotnickým zařízením se řídí písemnou smlouvou uzavřenou podle této rámcové smlouvy, právních předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotní péče, obchodního nebo občanského zákoníku a dalších právních předpisů.
- (2) Základními podmínkami pro uzavření smlouvy jsou
  - a) oprávnění zdravotnického zařízení k poskytování zdravotní péče v příslušném oboru,
  - b) akceptace dohodnutého postupu pro pořizování, předávání a vyhodnocování dokladů v souladu s metodikou a pravidly a jednotného datového rozhraní vytvářenými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou v součinnosti se zástupci pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče, schválenými Ministerstvem zdravotnictví a zveřejněnými ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví. Metodika a pravidla účinná ke dni nabytí účinnosti této vyhlášky, pozbývají platnosti dnem 31. 12. 2006.
- (3) Smlouva obsahuje
  - a) práva a povinnosti smluvních stran,
  - b) podmínky kvality a účelnosti poskytování zdravotní péče, zejména druh, obor a rozsah poskytované zdravotní péče specifikovaný seznamem výkonů s bodovými hodnotami podle druhů péče, kterou je zdravotnické zařízení oprávněno poskytovat, včetně věcného a technického vybavení a personálního zajištění,

- c) způsob stanovení výše úhrad hrazené zdravotní péče,
  - d) způsob provádění úhrady poskytované zdravotní péče,
  - e) podmínky nezbytné ke kontrole plnění smlouvy, včetně správnosti účtovaných částek,
  - f) rozsah a způsob vzájemného sdělování údajů nutných ke kontrole plnění smlouvy,
  - g) ustanovení o dohodnuté metodice, pravidlech a datovém rozhraní platných v době uzavření smlouvy,
  - h) způsob seznámení zdravotnického zařízení se změnami metodiky, pravidel a datového rozhraní, včetně způsobu předávání těchto změn,
  - i) ustanovení o řešení rozporů ve smířčím jednání, popřípadě ustanovení o použití rozhodčího řízení při neúspěchu smířčího jednání,
  - j) dobu účinnosti smlouvy, způsob a důvody jejího ukončení.
- (4) Smlouva může obsahovat i další ujednání nezbytná pro její plnění a kontrolu, pokud jsou v souladu s touto rámcovou smlouvou a právními předpisy.

### Čl. 3

#### Práva a povinnosti smluvních stran

- (1) Smluvní strany
- a) dodržují při vykazování a úhradě hrazené zdravotní péče dohodnutou metodiku, pravidla a datové rozhraní,
  - b) zavázají své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců a zájmů zdravotnického zařízení i pojišťovny, k zachování povinné mlčenlivosti o osobních údajích<sup>5)</sup> a skutečnostech, o nichž se dozvěděli při výkonu své funkce nebo zaměstnání anebo při zpracování údajů z informačního systému na základě smlouvy, popřípadě v souvislosti s nimi,
  - c) dodržují přímo použitelné předpisy Evropských společenství.
- (2) Zdravotnické zařízení
- a) poskytuje hrazenou zdravotní péči v souladu s právními předpisy v odbornostech dohodnutých a vymezených ve smlouvě, pro které je věcně a technicky vybaveno a personálně zajištěno, v rozsahu alespoň 35 ordinačních hodin rozdělených do 5 pracovních dnů týdně, se započítáním doby uvedené v písmenu o). Rozsah 35 hodin týdně odpovídá poměrnému kapacitnímu číslu 1, přičemž souhrnné poměrné kapacitní číslo jednoho smluvního nositele výkonu<sup>6)</sup> může činit nejvýše 1,4. Souhrnné poměrné kapacitní číslo na jedno zdravotnické zřízení může činit nejméně 0,25,
  - b) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci<sup>7)</sup>, kteří budou pojištěncům poskytovat ve smlouvě sjednanou hrazenou zdravotní péči, splňují požadavky odborné způsobilosti stanovené právními předpisy<sup>8)</sup>,
  - c) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytovanou zdravotní péči podle zvláštního právního předpisu<sup>9)</sup>,
  - d) poskytuje hrazenou zdravotní péči „lege artis“ bez nadbytečných nákladů, vždy však se zřetelem k tomu, aby potřebného diagnostického nebo léčebného efektu bylo dosaženo s ohledem na individuální zdravotní stav pojištěnce,
  - e) odpovídá za účelnost indikace při odesílání pojištěnce ke komplementárním a konziliárním vyšetřením a na základě jejich výsledků upravuje diagnózu nebo léčebný postup,
  - f) povede pro posouzení oprávněnosti vyúčtované zdravotní péče v průkazné formě dokumentaci o léčení pojištěnců, ve které budou zaznamenávány provedené zdravotní výkony, vyžádaná zdravotní péče, předepisované léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a uchovány v ní i doručené výsledky vyžádaných a provedených vyšetření a ošetření,
  - g) poskytne v souladu s právními předpisy zdravotnickým zařízením, kterým pojištěnce předá do

péče nebo které si pojištěnec zvolí, informace potřebné pro zajištění návaznosti zdravotní péče a k zamezení duplicitního provádění diagnostických a léčebných výkonů a při převzetí pojištěnce do péče bude takové informace od příslušných zařízení vyžadovat,

- h) neodmítne přijetí pojištěnce do své péče s výjimkou důvodů uvedených v § 11 odst. 1 písm. b) zákona,
  - i) nepodmíní právo pojištěnce na svobodnou volbu lékaře, zdravotnického zařízení nebo na poskytnutí hrazené zdravotní péče žádnými registračními poplatky nebo sponzorskými dary a za poskytnutou zdravotní péči hrazenou pojišťovnou nebude od pojištěnce, pokud to nevyplývá z právních předpisů, vybírat žádnou finanční úhradu,
  - j) nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí hrazené zdravotní péče změnou pojišťovny nebo jiným způsobem,
  - k) nebude zvýhodňovat pojištěnce jedné nebo více pojišťoven v neprospěch pojištěnců pojišťoven ostatních a zhoršovat dostupnost zdravotní péče hrazené pojišťovnou přednostním poskytováním péče hrazené jiným způsobem,
  - l) oznámí pojišťovně, v souladu s § 55 zákona úrazy nebo jiná poškození zdraví osob, kterým poskytlo hrazenou zdravotní péči, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby,
  - m) zajistí, že lékaři, kteří nejsou oprávněni k samostatnému výkonu povolání lékaře, budou toto povolání vykonávat pouze pod odborným dohledem lékaře, který je k samostatnému výkonu povolání lékaře oprávněn, a to jen v rozsahu stanoveném tímto lékařem ve smyslu ustanovení § 2 písm. f) zákona č. 95/2004 Sb.,
  - n) odpovídá podle zvláštního právního předpisu<sup>10)</sup> za správné a úplné vyplnění tiskopisu receptu; dále odpovídá za správné a úplné vyplnění poukazu na zdravotnické prostředky nebo poukazu na vyšetření/ošetření nebo příkazu ke zdravotnímu transportu. Pokud při preskripci nebylo respektováno preskripční omezení vyplývající z právních předpisů a pojišťovna tento léčivý přípravek nebo zdravotnický prostředek zařízení lékárenské péče uhradila, má pojišťovna právo požadovat od zdravotnického zařízení úhradu zaplacené částky. Pojišťovna není oprávněna požadovat tuto úhradu, pokud byl léčivý přípravek nebo zdravotnický prostředek předepsán pro jejího pojištěnce a zdravotnické zařízení odstranilo nedostatky ve lhůtě do jednoho měsíce od předání příslušného receptu nebo poukazu pojišťovnou. Stejný postup bude vůči zdravotnickému zařízení uplatněn i v případě chybného vyplnění poukazu na vyšetření/ošetření,
  - o) je oprávněno na jeden den v měsíci přerušit poskytování zdravotní péče za účelem zajištění odborného vzdělávání svých pracovníků, přičemž takové přerušení nemá vliv na výši úhrady zdravotní péče ze strany zdravotní pojišťovny,
  - p) předem oznámí zdravotní pojišťovně přerušování poskytování zdravotní péče na dobu delší než tři dny a jméno zastupujícího lékaře, splňujícího podmínky zákona č. 95/2004 Sb.; zastupujícím lékařem se pro účely tohoto ustanovení rozumí i lékař poskytující zdravotní péči v jiném zdravotnickém zařízení mimo prostory zdravotnického zařízení, které zastupuje,
  - q) zajistí, v případě nepřítomnosti některého z nositelů výkonů<sup>6)</sup> na dobu delší než tři dny, zástup jiným nositelem výkonů<sup>6)</sup>, splňujícím podmínky zákona č. 95/2004 Sb., a dohodnutým způsobem tuto skutečnost oznámí zdravotní pojišťovně a pojištěncům,
  - r) může poskytovat lékařskou službu první pomoci pojištěncům pojišťovny tehdy, dohodne-li se na tom se zdravotní pojišťovnou a uzavře-li dodatek ke smlouvě na poskytování této péče,
  - s) může poskytovat ústavní pohotovostní službu ve smluvním zařízení zdravotní pojišťovny tehdy, dohodne-li se na tom se zdravotní pojišťovnou a uzavře-li dodatek ke smlouvě na poskytování této péče.
- (3) Pojišťovna
- a) uhradí zdravotnickému zařízení provedenou hrazenou zdravotní péči, průkazně zdokumentovanou a odůvodněně poskytnutou jejím pojištěncům v souladu s právními předpisy a smlouvou,



- b) dohledá na žádost zdravotnického zařízení bez zbytečného prodlení příslušnost pojištěnce k pojišťovně v případech, kdy není dostupný průkaz pojištěnce a jsou dostupné jeho osobní údaje,
- c) nebude vyžadovat zvýhodňování svých pojištěnců na úkor pojištěnců ostatních pojišťoven,
- d) je oprávněna provádět kontrolu plnění smluvně dohodnutých věcných a technických podmínek hrazené zdravotní péče poskytované zdravotnickým zařízením podle smlouvy,
- e) poskytuje zdravotnickému zařízení k zajištění jednotných podmínek dohodnutou metodiku, pravidla, datové rozhraní a příslušné číselníky vydávané Všeobecnou zdravotní pojišťovnou k vykazování a výpočtu úhrady hrazené zdravotní péče,
- f) seznámí zdravotnické zařízení s dohodnutými změnami metodiky, pravidel a se změnami číselníků alespoň jeden měsíc a se změnou datového rozhraní alespoň dva měsíce před stanoveným termínem jejich platnosti. V případě změny právních předpisů, která neumožní tuto lhůtu dodržet, může být uvedená lhůta přiměřeně zkrácena,
- g) je oprávněna zveřejnit rozsah nasmlouvané zdravotní péče, výši celkové úhrady poskytnuté pojišťovnou zdravotnickému zařízení z veřejného zdravotního pojištění za kalendářní rok a výši úhrady za zdravotnickým zařízením předepsaná léčiva a zdravotnické prostředky za kalendářní rok,
- h) uhradí zdravotnickému zařízení poskytnuté zdravotní výkony v rámci lékařské služby první pomoci, popřípadě ústavní pohotovostní služby podle odstavce 2 písm. r) a s) podle výsledků dohodovacího řízení, popřípadě v souladu se zvláštním právním předpisem.

#### Čl. 4

##### Úhrada poskytované hrazené zdravotní péče

- (1) Hodnoty bodu, výše úhrad a regulační omezení objemu poskytnuté hrazené zdravotní péče se sjednávají nebo ve smlouvě podle výsledků dohodovacího řízení, popřípadě v souladu se zvláštním právním předpisem.
- (2) Za způsoby úhrady se považují zejména
  - a) úhrada za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami,
  - b) jiné způsoby úhrady dohodnuté v dohodovacím řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, nebo v souladu se zvláštním právním předpisem.
- (3) Mezi smluvními stranami musí být vždy předem dohodnuto zvýšení nebo snížení objemu poskytované hrazené zdravotní péče z důvodu změny kapacity popřípadě struktury zdravotnického zařízení.
- (4) Zdravotnické zařízení pro uplatnění nároků na úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče předává pojišťovně jednou měsíčně vyúčtování poskytnuté péče fakturou s přílohami. Faktura je účetním dokladem a splňuje náležitosti účetního dokladu<sup>11)</sup>. Náležitosti přílohy jsou stanoveny v metodice nebo se v souladu s metodikou upřesní ve smlouvě. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu<sup>11)</sup> a příloha neobsahuje náležitosti podle dohodnuté metodiky nebo smlouvy, má pojišťovna právo ji odmítnout a vrátit bez zbytečného odkladu zdravotnickému zařízení k doplnění, případně k opravě; v takovém případě běží lhůta splatnosti až od termínu jejího opětovného převzetí pojišťovnou.
- (5) Zdravotnické zařízení odpovídá za úplnost, formální i věcnou správnost dokladů a za jejich předávání způsobem dohodnutým v metodice a datovém rozhraní. Individuální doklady za hrazenou zdravotní péči poskytnutou pojištěncům předává zdravotnické zařízení pojišťovně spolu s vyúčtováním v termínu a způsobem dohodnutým ve smlouvě (na magnetických nosičích dat nebo papírových dokladech nebo jiným sjednaným způsobem).
- (6) Zjistí-li pojišťovna ve vyúčtování před provedením úhrady nesprávně nebo neoprávněně vyúčtovanou péči, úhradu této části vyúčtované péče v termínu splatnosti neprovede. Pojišťovna oznámí

zdravotnickému zařízení bez zbytečného odkladu rozsah, důvod a částku vyúčtované, ale neuhrazené péče. Tím pojišťovna vyzve zdravotnické zařízení k opravě nesprávně vyúčtované péče nebo k doložení poskytnutí hrazené zdravotní péče. Řádně poskytnutou a vyúčtovanou péči pojišťovna uhradí v nejbližším termínu úhrady.

- (7) Pojišťovna provede za své pojištěnce úhradu hrazené zdravotní péče, vyúčtované v souladu s právními předpisy a smlouvou. Pokud při kontrole zjistí chyby v dokladech, postupuje podle metodiky a pravidel. Odmítnutí úhrady nebo části úhrady pojišťovna bez zbytečného odkladu zdravotnickému zařízení písemně zdůvodní. Poskytnutím úhrady není dotčeno právo pojišťovny k provádění následné kontroly proplacených vyúčtování v rozsahu a za podmínek stanovených právními předpisy a smlouvou.
- (8) Zjistí-li pojišťovna pochybení ve vyúčtování předaném zdravotnickým zařízením dodatečně po úhradě a zdravotnické zařízení do 10 pracovních dnů od doručení písemné výzvy pojišťovny příslušnou částku samo neuhradí, nebo nedoloží oprávněnost vyúčtované sporné částky nebo nebude mezi smluvními stranami dohodnut jiný termín úhrady, pojišťovna jednostranným započtením pohledávky sníží zdravotnickému zařízení o příslušnou částku, případně o smluvní pokutu dohodnutou ve smlouvě, úhradu za vyúčtování hrazené zdravotní péče předložené v následujícím zúčtovacím období.
- (9) Úhrada vyúčtované poskytnuté hrazené zdravotní péče, při dodržení podmínek dohodnutých ve smlouvě, bude provedena při předání vyúčtování pojišťovně na magnetickém mediu do 30 kalendářních dnů a při předání vyúčtování pojišťovně na papírových dokladech do 40 kalendářních dnů ode dne doručení faktury pojišťovně. Závazek k úhradě je splněn dnem odepsání z účtu zdravotní pojišťovny.
- (10) V případě poruchy výpočetního systému, znemožňující včasné provedení vyúčtování nebo úhrady hrazené zdravotní péče, poskytne pojišťovna zdravotnickému zařízení v dohodnutém termínu úhrady zálohu ve výši průměrného měsíčního objemu vykázané zdravotní péče, vypočteného z posledních dvou uzavřených kalendářních čtvrtletí, pokud se smluvní strany v daném případě nedohodnou jinak.

## Čl. 5

### Kontrola

- (1) Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona a smlouvou kontrolu využívání a poskytování hrazené zdravotní péče v jejím objemu a kvalitě, včetně dodržování cen, a to prostřednictvím svého informačního systému, revizních lékařů a dalších odborných pracovníků.
- (2) V rámci své odborné způsobilosti revizní lékaři a odborní pracovníci oprávnění ke kontrole posuzují, zda zvolený způsob hrazené zdravotní péče byl indikován s ohledem na zdravotní stav pojištěnce, je v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a zda nebyl zbytečně ekonomicky náročný.
- (3) V případech stanovených právními předpisy revizní lékař (revizní klinický psycholog) posuzuje i odůvodněnost ošetřujícím lékařem (klinickým psychologem) navrženého, popřípadě provedeného léčebného postupu a schvaluje, zda použitý postup pojišťovna uhradí. Rozhodnutí o použití léčebného postupu je v kompetenci ošetřujícího lékaře, včetně jím navržené farmakoterapie, nebo klinického psychologa.
- (4) Zdravotnické zařízení poskytne pojišťovně při výkonu kontroly nezbytnou součinnost, zejména předkládá doklady potřebné k účelu kontroly, sděluje údaje a poskytuje vysvětlení. Umožní revizním lékařům a odborným pracovníkům pojišťovny vstup do svého objektu, nahlížení do zdravotnické dokumentace pojištěnců.
- (5) Revizní lékař je v rámci kontroly povinen postupovat tak, aby nenarušil provoz zdravotnického zařízení. V případě kontroly ve zdravotnickém zařízení bude na místě vypracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a se stanoviskem oprávněného zástupce zdravotnického zařízení. Tento záznam nenahrazuje zprávu podle odstavce 6.

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

## Čl. 6

### Sankční ujednání

- (1) Smluvní strany si mohou účtovat smluvní pokutu až do výše 2 % měsíční platby za porušení povinností.
- (2) Za porušení smlouvy se považují případy, kdy
  - a) smluvní strana
    1. uvede nepravdivé, neúplné či zkreslující údaje při uzavírání smlouvy, nebo při jejím plnění,
    2. nedodrží ustanovení smlouvy, s následkem prokazatelně neúčelného vynaložení prostředků veřejného zdravotního pojištění,
    3. neposkytne informace sjednané ve smlouvě,
  - b) zdravotnické zařízení
    1. prokazatelně neoprávněně nebo vícenásobně účtuje zdravotní péči,
    2. opakovaně porušilo povinnost ohlásit pojišťovně v souladu s § 55 zákona úrazy nebo jiná poškození zdraví pojištěnce způsobená jednáním právnické nebo fyzické osoby,
  - c) pojišťovna prokazatelně neodůvodněně sníží nebo odmítne úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče.
- (3) Uplatněním sankce není dotčeno právo smluvních stran na vrácení úhrady za neoprávněně nebo nesprávně vyúčtovanou a uhrazenou hrazenou zdravotní péči.
- (4) V případě prodlení s úhradou podle odstavce 2 písm. c) nad 65 kalendářních dní ode dne doručení faktury pojišťovně, uhradí zdravotní pojišťovna zdravotnickému zařízení smluvní pokutu ve výši 10 % dlužné částky.
- (5) Uplatněním smluvní pokuty není dotčeno právo zdravotnického zařízení na uplatnění úroků z prodlení podle obecně závazných právních předpisů ani na náhradu případně vzniklé škody.

### Doba účinnosti, způsob a důvody ukončení smlouvy

## Čl. 7

- (1) U zdravotnických zařízení, kde je počet nositelů výkonů roven nebo nižší než 10, se smlouva uzavírá na dobu neurčitou jako trvalý smluvní vztah, který lze ukončit pouze z důvodů uvedených v čl. 8.

- (2) U zdravotnických zařízení, kde je počet nositelů výkonů vyšší než 10, je délka smluvního vztahu závislá na dohodě zdravotnického zařízení s příslušnou zdravotní pojišťovnou.

### Čl. 8

Smlouvu lze ukončit vždy k 1. lednu následujícího roku

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

### Čl. 9

#### **Vzájemné sdělování údajů a předávání dokladů nutných ke kontrole plnění smlouvy**

- (1) Smluvní strany
- a) používají v souladu s metodikou pro jednoznačnou identifikaci zdravotnického zařízení identifikační číslo zařízení,
  - b) sdělují si údaje nutné ke kontrole plnění smlouvy,
  - c) zajistí trvale přístupné a jasné informace o existenci smluvního vztahu a právech vyplývajících z něho pro pojištěnce,

- d) mohou si předávat údaje nezbytné k hodnocení kvality a efektivity poskytované hrazené zdravotní péče, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve smlouvě.
- (2) Zdravotnické zařízení
- a) doloží pojišťovně, při důvodném podezření na nedodržení postupu „lege artis“, že zdravotnické prostředky byly při poskytování hrazené zdravotní péče použity v souladu se zvláštními právními předpisy<sup>12)</sup>,
- b) oznámí neprodleně, nejpozději do 30 kalendářních dnů druhé smluvní straně skutečnosti, které by podstatným způsobem mohly ovlivnit plnění smlouvy, např. vznik závad na výpočetním systému, změny údajů uvedených ve smlouvě pokud dojde
1. ke zrušení pracoviště nebo jeho části bez náhrady, nebo jeho uzavření na dobu delší než 30 kalendářních dnů,
  2. k odchodu zaměstnance jmenovitě uvedeného ve smlouvě,
  3. k výpadku přístroje nezbytného pro provádění výkonu bez náhrady na dobu delší než 30 kalendářních dnů.
- (3) Pojišťovna může poskytnout zdravotnickému zařízení v zobecněné formě informace potřebné k ekonomizaci jeho činnosti nebo k jeho vědecké a výzkumné činnosti a ke kontrole kvality poskytované hrazené zdravotní péče, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve smlouvě.

#### Čl. 10

##### Řešení sporů

- (1) Smluvní strany budou řešit případné spory týkající se plnění smlouvy především vzájemným jednáním zástupců smluvních stran, a to zpravidla do 14 kalendářních dnů od výzvy jedné ze smluvních stran. Pokud mezi nimi nedojde k dohodě, mohou sporné otázky projednat ve smířčím jednání. Tím není dotčeno právo smluvních stran uplatnit svůj nárok na řešení sporu u soudu nebo v rozhodčím řízení podle zvláštního právního předpisu<sup>13)</sup>.
- (2) Smířčí jednání navrhuje jedna ze smluvních stran. Návrh musí obsahovat přesné a dostatečně podrobné vymezení sporu. Smířčího jednání se účastní zmocněný zástupce zdravotnického zařízení a statutární zástupce pojišťovny nebo jím zmocněný vedoucí pracovník oprávněný samostatně jménem pojišťovny v dané věci jednat a rozhodovat. Zdravotnické zařízení je oprávněno přizvat ke smířčímu jednání profesní komoru zřízenou zákonem nebo občanské sdružení uvedené v § 17 odst. 2 zákona a právního zástupce. Místo a čas smířčího jednání navrhuje účastník, který k němu dal podnět. K projednání sporu si dále každá smluvní strana může přizvat nejvýše dva odborné poradce. Smířčí jednání se ukončí zápisem, obsahujícím smír nebo závěr, že rozpor nebyl odstraněn s uvedením stanovisek obou stran.

#### Čl. 11

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

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

**Část první**  
**Obecná ustanovení**

**Čl. 1**

**Smluvní vztahy**

- (1) Rámcová smlouva stanoví podmínky, za nichž se uzavírají smlouvy mezi zdravotnickými zařízeními a pojišťovnami za účelem zajištění věcného plnění při poskytování a úhradě hrazené zdravotní péče.
- (2) Právní vztahy upravené ve smlouvě uzavírané mezi jednotlivými pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními ambulantní stomatologické péče se nesmí odchýlit od ustanovení rámcové smlouvy podle této vyhlášky, pokud to rámcová smlouva sama neumožňuje. K zajištění vytváření jednotných podmínek při shodném, či srovnatelném plnění, v souladu se zvláštním právním předpisem<sup>4)</sup>, se na vypracování textu smlouvy podílejí zástupci pojišťoven a zástupci poskytovatelů zdravotní péče, zmocnění k zastupování v této věci.

**Část druhá**  
**Smlouvy**

**Čl. 2**

**Uzavírání smluv**

- (1) Závazkové vztahy mezi pojišťovnou a zdravotnickým zařízením se řídí písemnou smlouvou uzavřenou podle této rámcové smlouvy, právních předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotní péče, obchodního nebo občanského zákoníku a dalších právních předpisů.
- (2) Základními podmínkami pro uzavření smlouvy jsou
  - a) oprávnění zdravotnického zařízení k poskytování zdravotní péče v příslušném oboru,
  - b) akceptace dohodnutého postupu pro pořizování, předávání a vyhodnocování dokladů v souladu s metodikou pro pořizování a předávání dokladů a pravidly pro vyhodnocování dokladů a jednotného datového rozhraní vytvářenými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou v součinnosti se zástupci pojišťoven a zástupci poskytovatelů zdravotní péče, schválenými Ministerstvem zdravotnictví a zveřejněnými ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví. Metodika a pravidla účinná ke dni nabytí účinnosti této vyhlášky, pozbývají platnosti dnem 31. 12. 2006.
- (3) Smlouva obsahuje
  - a) práva a povinnosti smluvních stran,
  - b) podmínky kvality a účelnosti poskytování zdravotní péče, zejména druh, odbornost a rozsah poskytované zdravotní péče specifikovaný seznamem výkonů podle druhů péče, kterou je zdravotnické zařízení oprávněno poskytovat a povinnost zdravotnického zařízení písemně informovat o věcném a technickém vybavení a personálním zajištění v rozsahu dohodnutém ve smlouvě,
  - c) způsob stanovení výše úhrad hrazené zdravotní péče,



- d) způsob provádění úhrady poskytované zdravotní péče,
  - e) podmínky nezbytné ke kontrole plnění smlouvy, včetně správnosti účtovaných částek,
  - f) rozsah a způsob vzájemného sdělování údajů nutných ke kontrole plnění smlouvy,
  - g) ustanovení o dohodnuté metodice, pravidlech a datovém rozhraní platných v době uzavření smlouvy,
  - h) způsob seznámení zdravotnického zařízení se změnami metodiky, pravidel a datového rozhraní, včetně způsobu předávání těchto změn,
  - i) ustanovení o řešení rozporů ve smírčím jednání, popřípadě ustanovení o použití rozhodčího řízení při neúspěchu smírčího jednání,
  - j) dobu účinnosti smlouvy, způsob a důvody jejího ukončení.
- (4) Smlouva může obsahovat i další ujednání nezbytná pro její plnění a kontrolu, pokud jsou v souladu s touto rámcovou smlouvou a právními předpisy.

### Čl. 3

#### Práva a povinnosti smluvních stran

- (1) Smluvní strany
- a) dodržují při vykazování a úhradě hrazené zdravotní péče dohodnutou metodiku, pravidla a datové rozhraní,
  - b) zaváží své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců a zájmů zdravotnického zařízení i pojišťovny, k zachování povinné mlčenlivosti o osobních údajích<sup>5)</sup> a skutečnostech, o nichž se dozvěděli při výkonu své funkce nebo zaměstnání anebo při zpracování údajů z informačního systému na základě smlouvy, popřípadě v souvislosti s nimi,
  - c) dodržují přímo použitelné předpisy Evropských společenství.
- (2) Zdravotnické zařízení
- a) poskytuje hrazenou zdravotní péči v souladu s právními předpisy v odbornostech dohodnutých a vymezených ve smlouvě, pro které je věcně a technicky vybaveno a personálně zajištěno, v rozsahu alespoň 35 ordinačních hodin rozdělených do 5 pracovních dnů týdně, se započítáním doby uvedené v písmenu o). Rozsah 35 hodin týdně odpovídá poměrnému kapacitnímu číslu 1, přičemž souhrnné poměrné kapacitní číslo jednoho smluvního nositele výkonu<sup>6)</sup> může činit nejvýše 1,4. Souhrnné poměrné kapacitní číslo na jedno zdravotnické zřízení může činit nejméně 0,25,
  - b) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci<sup>7)</sup>, kteří budou pojištěncům poskytovat ve smlouvě sjednanou hrazenou zdravotní péči, splňují požadavky způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání stanovené právními předpisy pro poskytování této zdravotní péče<sup>8)</sup>,
  - c) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytovanou zdravotní péči podle zvláštního právního předpisu<sup>9)</sup>,
  - d) poskytuje hrazenou zdravotní péči „lege artis“ bez nadbytečných nákladů, vždy však se zřetelem k tomu, aby potřebného diagnostického nebo léčebného efektu bylo dosaženo s ohledem na individuální zdravotní stav pojištěnce,
  - e) odpovídá za účelnost indikace při odesílání pojištěnce ke komplementárním a konziliárním vyšetřením a na základě jejich výsledků upravuje diagnózu nebo léčebný postup,
  - f) povede pro posouzení oprávněnosti vyúčtované zdravotní péče v průkazné formě dokumentaci o léčení pojištěnců, ve které budou zaznamenávány provedené zdravotní výkony, vyžádaná zdravotní péče, předepisované léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a uchovány v ní i doručené výsledky vyžádaných a provedených vyšetření a ošetření,
  - g) poskytne v souladu s právními předpisy ostatním smluvním zdravotnickým zařízením, kterým pojištěnce předá do péče nebo které si pojištěnec zvolí, informace potřebné pro zajištění návaznosti zdravotní péče a k zamezení duplicitního provádění diagnostických a léčebných výkonů a při převzetí pojištěnce do péče bude takové informace od těchto zařízení vyžadovat,

- h) neodmítne přijetí pojištěnce do své péče s výjimkou důvodů uvedených v § 11 odst. 1 písm. b) zákona,
  - i) nepodmíní právo pojištěnce na svobodnou volbu lékaře, zdravotnického zařízení nebo na poskytnutí hrazené zdravotní péče žádnými registračními poplatky nebo sponzorskými dary a za poskytnutou zdravotní péči hrazenou pojišťovnou nebude od pojištěnce, pokud to nevyplývá z právních předpisů, vybírat žádnou finanční úhradu,
  - j) nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí hrazené zdravotní péče změnou pojišťovny nebo jiným způsobem,
  - k) nebude zvýhodňovat pojištěnce jedné nebo více pojišťoven v neprospěch pojištěnců pojišťoven ostatních a zhoršovat dostupnost zdravotní péče hrazené pojišťovnou přednostním poskytováním péče pacientů hradícím péči jinak,
  - l) oznámí pojišťovně, v souladu s § 55 zákona úrazy nebo jiná poškození zdraví osob, kterým poskytlo hrazenou zdravotní péči, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby,
  - m) zajistí, že lékaři kteří nejsou oprávněni k samostatnému výkonu povolání lékaře, budou toto povolání vykonávat pouze pod odborným dohledem lékaře, který je k samostatnému výkonu povolání lékaře oprávněn, a to jen v rozsahu stanoveném tímto lékařem podle § 2 písm. f) zákona č. 95/2004 Sb.,
  - n) je vždy povinno nabídnout pojištěnci ošetření hrazené ze zdravotního pojištění a informovat pojištěnce o dalších možnostech ošetření a jejich úhrady,
  - o) odpovídá podle zvláštního právního předpisu<sup>10)</sup> za správné a úplné vyplnění tiskopisu receptu. Pokud při preskripci nebylo respektováno preskripční omezení vyplývající z právních předpisů a pojišťovna tento léčivý přípravek zařízení lékárenské péče uhradila, má pojišťovna právo požadovat úhradu zaplacené částky od zdravotnického zařízení, které léčivý přípravek předepsalo. Pojišťovna není oprávněna požadovat tuto úhradu, pokud byl léčivý přípravek předepsán pro jejího pojištěnce a zdravotnické zařízení odstranilo nedostatky ve lhůtě do jednoho měsíce od předání příslušného receptu pojišťovnou,
  - p) je oprávněno na jeden den v měsíci přerušit poskytování zdravotní péče za účelem zajištění odborného vzdělávání svých pracovníků, přičemž takové přerušování nemá vliv na výši úhrady zdravotní péče ze strany zdravotní pojišťovny,
  - q) předem oznámí zdravotní pojišťovně přerušování poskytování zdravotní péče na dobu delší než tři dny a jméno zastupujícího lékaře, splňujícího podmínky zákona č. 95/2004 Sb.; zastupujícím lékařem se pro účely tohoto ustanovení rozumí i lékař poskytující zdravotní péči v jiném zdravotnickém zařízení mimo prostory zdravotnického zařízení, které zastupuje,
  - r) zajistí, v případě nepřítomnosti některého z nositelů výkonů<sup>6)</sup> na dobu delší než tři dny, zástup jiným nositelem výkonů<sup>6)</sup>, splňujícím podmínky zákona č. 95/2004 Sb., a dohodnutým způsobem tuto skutečnost oznámí zdravotní pojišťovně a pojištěncům,
  - s) může poskytovat lékařskou službu první pomoci pojištěncům pojišťovny tehdy, dohodne-li se na tom se zdravotní pojišťovnou a uzavře-li dodatek ke smlouvě na poskytování této péče,
  - t) může poskytovat ústavní pohotovostní službu ve smluvním zařízení zdravotní pojišťovny tehdy, dohodne-li se na tom se zdravotní pojišťovnou a uzavře-li dodatek ke smlouvě na poskytování této péče.
- (3) Pojišťovna
- a) uhradí zdravotnickému zařízení provedenou hrazenou zdravotní péči, průkazně zdokumentovanou a odůvodněně poskytnutou jejím pojištěncům v souladu s právními předpisy a smlouvou,
  - b) dohledá na žádost zdravotnického zařízení bez zbytečného prodlení příslušnost pojištěnce k pojišťovně v případech, kdy není dostupný průkaz pojištěnce a jsou dostupné jeho osobní údaje,

- c) nebude vyžadovat zvýhodňování svých pojištěnců na úkor pojištěnců ostatních pojišťoven,
- d) je oprávněna provádět kontrolu plnění smluvně dohodnutých věcných a technických podmínek hrazené zdravotní péče poskytované zdravotnickým zařízením podle smlouvy,
- e) poskytuje zdravotnickému zařízení k zajištění jednotných podmínek dohodnutou metodiku, pravidla, datové rozhraní a příslušné číselníky vydávané Všeobecnou zdravotní pojišťovnou k vykazování a výpočtu úhrady hrazené zdravotní péče,
- f) seznámí zdravotnické zařízení s dohodnutými změnami metodiky, pravidel a se změnami číselníků alespoň jeden měsíc a se změnou datového rozhraní alespoň dva měsíce před stanoveným termínem jejich platnosti. V případě změny právních předpisů, která neumožní tuto lhůtu dodržet, může být uvedená lhůta přiměřeně zkrácena,
- g) je oprávněna zveřejnit rozsah nasmlouvané zdravotní péče, výši celkové úhrady poskytnuté pojišťovnou zdravotnickému zařízení z veřejného zdravotního pojištění za kalendářní rok a výši úhrady za zdravotnickým zařízením předepsaná léčiva a zdravotnické prostředky za kalendářní rok,
- h) uhradí zdravotnickému zařízení poskytnuté zdravotní výkony v rámci lékařské služby první pomoci, popřípadě ústavní pohotovostní služby podle odstavce 2 písm. s) a t) podle výsledků dohodovacího řízení, popřípadě v souladu se zvláštním právním předpisem.

#### Čl. 4

##### Úhrada poskytované hrazené zdravotní péče

- (1) Hodnoty bodu, výše úhrad a regulační omezení objemu poskytnuté hrazené zdravotní péče se sjednávají ve smlouvě podle výsledků dohodovacího řízení, popřípadě v souladu se zvláštním právním předpisem.
- (2) Za způsoby úhrady se považují zejména
  - a) úhrada za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami,
  - b) paušální úhrada za poskytnutou zdravotní péči,
  - c) jiné způsoby úhrady dohodnuté v dohodovacím řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, nebo v souladu se zvláštním právním předpisem.
- (3) Mezi smluvními stranami musí být vždy předem dohodnuto zvýšení nebo snížení objemu poskytované hrazené zdravotní péče z důvodu změny kapacity popřípadě struktury zdravotnického zařízení s výjimkou snížení v případech zřetele hodných.
- (4) Zdravotnické zařízení pro uplatnění nároků na úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče předává pojišťovně jednou měsíčně vyúčtování poskytnuté péče fakturou s přílohami. Faktura je účetním dokladem a splňuje náležitosti účetního dokladu<sup>11)</sup>. Náležitosti přílohy jsou obsaženy v metodice nebo se v souladu s metodikou upřesní ve smlouvě. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu<sup>11)</sup> a příloha neobsahuje náležitosti podle dohodnuté metodiky nebo smlouvy, má pojišťovna právo ji odmítnout a vrátit bez zbytečného odkladu zdravotnickému zařízení k doplnění, případně k opravě; v takovém případě běží lhůta splatnosti až od termínu jejího opětovného převzetí pojišťovnou.
- (5) Zdravotnické zařízení odpovídá za úplnost, formální i věcnou správnost dokladů a za jejich předávání způsobem stanoveným v metodice a datovém rozhraní. Individuální doklady za hrazenou zdravotní péči poskytnutou pojištěncům předává zdravotnické zařízení pojišťovně spolu s vyúčtováním v termínu a způsobem dohodnutým ve smlouvě (na magnetických nosičích dat nebo papírových dokladech nebo jiným sjednaným způsobem).
- (6) Zjistí-li pojišťovna ve vyúčtování před provedením úhrady nesprávně nebo neoprávněně vyúčtovanou péči, úhradu této části vyúčtované péče v termínu splatnosti neprovede. Pojišťovna oznámí zdravotnickému zařízení bez zbytečného odkladu rozsah, důvod a částku vyúčtované, ale neuhrazené péče.

- (7) Pojišťovna provede za své pojištěnce úhradu hrazené zdravotní péče, vyúčtované v souladu s právními předpisy a smlouvou. Pokud při kontrole zjistí chyby v dokladech, postupuje podle metodiky a pravidel. Odmítnutí úhrady nebo části úhrady pojišťovna bez zbytečného odkladu zdravotnickému zařízení písemně zdůvodní. Poskytnutím úhrady není dotčeno právo pojišťovny k provádění následné kontroly proplacených vyúčtování v rozsahu a za podmínek stanovených právními předpisy a smlouvou.
- (8) Zjistí-li pojišťovna pochybení ve vyúčtování předaném zdravotnickým zařízením dodatečně po úhradě a zdravotnické zařízení do 10 pracovních dnů od doručení písemné výzvy pojišťovny příslušnou částku samo neuhradí, nebo nedoloží oprávněnost vyúčtované sporné částky nebo nebude mezi smluvními stranami dohodnut jiný termín úhrady, pojišťovna jednostranným započtením pohledávky sníží zdravotnickému zařízení o příslušnou částku, případně o smluvní pokutu dohodnutou ve smlouvě, úhradu za vyúčtování hrazené zdravotní péče předložené v následujícím zúčtovacím období.
- (9) Úhrada vyúčtované poskytnuté hrazené zdravotní péče, při dodržení podmínek dohodnutých ve smlouvě, bude provedena při předání vyúčtování pojišťovně na magnetickém mediu do 30 kalendářních dnů a při předání vyúčtování pojišťovně na papírových dokladech do 40 kalendářních dnů ode dne doručení faktury pojišťovně. Závazek k úhradě je splněn dnem odepsání z účtu zdravotní pojišťovny.
- (10) V případě poruchy výpočetního systému, znemožňující včasné provedení vyúčtování nebo úhrady hrazené zdravotní péče, poskytne pojišťovna zdravotnickému zařízení v dohodnutém termínu úhrady zálohu ve výši průměrného měsíčního objemu vykázané zdravotní péče, vypočteného z posledních dvou uzavřených kalendářních čtvrtletí, pokud se smluvní strany v daném případě nedohodnou jinak.

## Čl. 5

### Kontrola

- (1) Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona a se smlouvou kontrolu využívání a poskytování hrazené zdravotní péče v jejím objemu a kvalitě, včetně dodržování cen účtovaných pojišťovně, a to prostřednictvím svého informačního systému, revizních lékařů a dalších odborných pracovníků.
- (2) V rámci své odborné způsobilosti revizní lékaři a odborní pracovníci oprávnění ke kontrole posuzují, zda zvolený způsob hrazené zdravotní péče byl indikován s ohledem na zdravotní stav pojištěnce, je v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a zda nebyl zbytečně ekonomicky náročný.
- (3) V případech stanovených právními předpisy revizní lékař posuzuje i odůvodněnost ošetřujícím lékařem provedeného léčebného postupu a schvaluje, zda použitý postup pojišťovna uhradí. Rozhodnutí o použití léčebného postupu, včetně farmakoterapie, je v kompetenci ošetřujícího lékaře.
- (4) Zdravotnické zařízení poskytne pojišťovně při výkonu kontroly nezbytnou součinnost, zejména předkládá doklady potřebné k účelu kontroly, sděluje údaje a poskytuje vysvětlení. Umožní revizním lékařům a odborným pracovníkům pojišťovny vstup do svého objektu a nahlížení do zdravotnické dokumentace pojištěnců.
- (5) Revizní lékař je v rámci kontroly povinen postupovat tak, aby nenarušil provoz zdravotnického zařízení. V případě kontroly ve zdravotnickém zařízení bude na místě vypracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a se stanoviskem oprávněného zástupce zdravotnického zařízení. Tento záznam nenahrazuje zprávu podle odstavce 6 tohoto článku.
- (6) Revizní zprávu, obsahující závěry kontroly, pojišťovna zpracuje a předá zdravotnickému zařízení do 15 kalendářních dnů po ukončení kontroly; pokud nebude možno z objektivních důvodů tuto lhůtu dodržet, oznámí pojišťovna tuto skutečnost zdravotnickému zařízení. Kontrola bude ukončena zpravidla do 30 kalendářních dnů od jejího zahájení.

- (7) Zdravotnické zařízení je oprávněno do 15 kalendářních dnů od převzetí závěru kontroly podat pojišťovně písemně zdůvodněné námitky. K námitkám sdělí pojišťovna stanovisko do 30 kalendářních dnů od jejich doručení. Pokud nebude možno z objektivních důvodů tyto lhůty dodržet, prodlouží se příslušná lhůta na žádost smluvní strany až na dvojnásobek. Ve stanovené lhůtě pojišťovna sdělí zdravotnickému zařízení, zda potvrzuje nebo mění závěry kontroly. Tím není dotčeno právo zdravotnického zařízení uplatnit svůj nesouhlas s rozhodnutím pojišťovny v jiném řízení.
- (8) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazené zdravotní péče nebo její neodůvodněné poskytování, pojišťovna podle § 42 odst. 3 zákona takovou péči neuhradí a je oprávněna postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě. V případě, že se závěry kontroly prokáží jako neodůvodněné, uhradí pojišťovna zdravotnickému zařízení částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče. Zdravotnické zařízení je oprávněno postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě.
- (9) Revizní lékaři zdravotní pojišťovny mohou kontrolovat podle tohoto článku jen zdravotní péči a výkony vykázané zdravotnickým zařízením nejvýše 3 roky zpět.

## **Čl. 6**

### **Sankční ujednání**

- (1) Smluvní strany si mohou účtovat smluvní pokutu až do výše 2 % měsíční platby za porušení povinností podle odstavce 2.
- (2) Za porušení smlouvy se považují případy, kdy
  - a) smluvní strana
    1. uvede nepravdivé, neúplné či zkreslující údaje při uzavírání smlouvy, nebo při jejím plnění,
    2. nedodrží ustanovení smlouvy, s následkem prokazatelně neúčelného vynaložení prostředků veřejného zdravotního pojištění,
    3. neposkytne informace sjednané ve smlouvě,
  - b) zdravotnické zařízení
    1. prokazatelně neoprávněně nebo vícenásobně účtuje zdravotní péči,
    2. opakovaně porušilo povinnost ohlásit pojišťovně v souladu s § 55 zákona úrazy nebo jiná poškození zdraví pojištěnce způsobená jednáním právnické nebo fyzické osoby,
  - c) pojišťovna prokazatelně neodůvodněně sníží nebo odmítne úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče.
- (3) Uplatněním sankce není dotčeno právo smluvních stran na vrácení úhrady za neoprávněně nebo nesprávně vyúčtovanou a uhrazenou hrazenou zdravotní péči.
- (4) V případě prodlení s úhradou podle odstavce 2 písm. c) nad 65 kalendářních dní ode dne doručení faktury pojišťovně, uhradí zdravotní pojišťovna zdravotnickému zařízení smluvní pokutu ve výši 10 % dlužné částky.
- (5) Uplatněním smluvní pokuty není dotčeno právo zdravotnického zařízení na uplatnění úroků z prodlení podle obecně závazných právních předpisů ani na náhradu případně vzniklé škody.

### **Doba účinnosti, způsob a důvody ukončení smlouvy**

## **Čl. 7**

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



## Čl. 8

Smlouvu lze ukončit vždy k 1. lednu následujícího roku

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

## Čl. 9

### **Vzájemné sdělování údajů a předávání dokladů nutných ke kontrole plnění smlouvy**

- (1) Smluvní strany
  - a) používají v souladu s metodikou pro jednoznačnou identifikaci zdravotnického zařízení identifikační číslo zařízení,
  - b) sdělují si údaje nutné ke kontrole plnění smlouvy,
  - c) zajistí trvale přístupné a jasné informace o existenci smluvního vztahu a právech vyplývajících z něho pro pojištěnce,
  - d) mohou si předávat údaje nezbytné k hodnocení kvality a efektivity poskytované hrazené zdravotní péče, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve smlouvě.



- (2) Zdravotnické zařízení
- a) doloží pojišťovně, při důvodném podezření na nedodržení postupu „lege artis“, že zdravotnické prostředky byly při poskytování hrazené zdravotní péče použity v souladu se zvláštními právními předpisy<sup>12)</sup>,
  - b) oznámí neprodleně, nejpozději do 30 kalendářních dnů druhé smluvní straně skutečnosti, které by podstatným způsobem mohly ovlivnit plnění smlouvy, např. vznik závad na výpočetním systému, změny údajů uvedených ve smlouvě pokud dojde
    1. ke zrušení pracoviště nebo jeho části bez náhrady, nebo jeho uzavření na dobu delší než 30 kalendářních dnů,
    2. k odchodu zaměstnance jmenovitě uvedeného ve smlouvě,
    3. k výpadku přístroje nezbytného pro provádění výkonu bez náhrady na dobu delší než 30 kalendářních dnů.
- (3) Pojišťovna může poskytnout zdravotnickému zařízení v zobecněné formě informace potřebné k ekonomizaci jeho činnosti nebo k jeho vědecké a výzkumné činnosti a ke kontrole kvality poskytované hrazené zdravotní péče, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve smlouvě.

## Čl. 10

### Řešení sporů

- (1) Smluvní strany budou řešit případné spory týkající se plnění smlouvy především vzájemným jednáním zástupců smluvních stran, a to zpravidla do 14 kalendářních dnů od výzvy jedné ze smluvních stran. Pokud mezi nimi nedojde k dohodě, mohou sporné otázky projednat ve smířčím jednání. Tím není dotčeno právo smluvních stran uplatnit svůj nárok na řešení sporu u soudu nebo v rozhodčím řízení podle zvláštního právního předpisu<sup>13)</sup>.
- (2) Smířčí jednání navrhuje jedna ze smluvních stran. Návrh musí obsahovat přesné a dostatečně podrobné vymezení sporu. Smířčího jednání se účastní zmocněný zástupce zdravotnického zařízení a statutární zástupce pojišťovny nebo jím zmocněný vedoucí pracovník oprávněný samostatně jménem pojišťovny v dané věci jednat a rozhodovat. Zdravotnické zařízení je oprávněno přizvat ke smířčímu jednání profesní komoru zřízenou zákonem nebo občanské sdružení uvedené v § 17 odst. 2 zákona a právního zástupce. Místo a čas smířčího jednání navrhuje účastník, který k němu dal podnět. K projednání sporu si dále každá smluvní strana může přizvat nejvýše dva odborné poradce. Smířčí jednání se ukončí zápisem, obsahujícím smír nebo závěr, že rozpor nebyl odstraněn s uvedením stanovisek obou stran.

## Čl. 11

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

**Rámcová smlouva**  
**pro**  
**zdravotnická zařízení poskytující zdravotní péči**  
**v nemocnicích, odborných léčebných ústavech, odborných dětských léčebnách a ozdravovnách**  
**a léčebnách dlouhodobě nemocných**  
**(dále jen „zdravotnické zařízení“)**  
**a zdravotní pojišťovny**

**Část první**  
**Obecná ustanovení**

**Čl. 1**

**Smluvní vztahy**

- (1) Rámcová smlouva stanoví podmínky, za nichž se uzavírají smlouvy mezi zdravotnickými zařízeními a pojišťovnami za účelem zajištění věcného plnění při poskytování a úhradě hrazené zdravotní péče.
- (2) Právní vztahy upravené ve smlouvě uzavírané mezi jednotlivými pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními ústavní péče se nesmí odchýlit od ustanovení rámcové smlouvy podle této vyhlášky, pokud to rámcová smlouva sama neumožňuje. K zajištění vytváření jednotných podmínek při shodném, či srovnatelném plnění, v souladu se zvláštním právním předpisem<sup>4)</sup>, se na vypracování textu smlouvy podílejí zástupci pojišťoven a zástupci poskytovatelů zdravotní péče, zmocnění k zastupování v této věci.

**Část druhá**  
**Smlouvy**

**Čl. 2**

**Uzavírání smluv**

- (1) Závazkové vztahy mezi pojišťovnou a zdravotnickým zařízením se řídí písemnou smlouvou uzavřenou podle této rámcové smlouvy, právních předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotní péče, obchodního nebo občanského zákoníku a dalších právních předpisů.
- (2) Základními podmínkami pro uzavření smlouvy jsou
  - a) oprávnění zdravotnického zařízení k poskytování zdravotní péče v příslušném oboru,
  - b) akceptace dohodnutého postupu pro pořizování, předávání a vyhodnocování dokladů v souladu s metodikou a pravidly a jednotného datového rozhraní vytvářenými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou v součinnosti se zástupci pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče, schválenými Ministerstvem zdravotnictví a zveřejněnými ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví. Metodika a pravidla účinná ke dni nabytí účinnosti této vyhlášky, pozbývají platnosti dnem 31. 12. 2006.
- (3) Smlouva obsahuje
  - a) práva a povinnosti smluvních stran,
  - b) podmínky kvality a účelnosti poskytování zdravotní péče, zejména druh, obor a rozsah poskytované zdravotní péče specifikovaný seznamem výkonů s bodovými hodnotami podle druhů péče, kterou je zdravotnické zařízení oprávněno poskytovat,
  - c) nezbytné informace zdravotnického zařízení o věcném a technickém vybavení a personálním zajištění,

- d) spádové území,
  - e) způsob stanovení výše úhrad hrazené zdravotní péče,
  - f) způsob provádění úhrady poskytované zdravotní péče, včetně stanovení náležitostí vyúčtování,
  - g) podmínky nezbytné ke kontrole plnění smlouvy, včetně správnosti účtovaných částek,
  - h) rozsah a způsob vzájemného sdělování údajů nutných ke kontrole plnění smlouvy,
  - i) ustanovení o dohodnuté metodice, pravidlech a datovém rozhraní platných v době uzavření smlouvy,
  - j) způsob seznámení zdravotnického zařízení se změnami metodiky, pravidel a datového rozhraní, včetně způsobu předávání těchto změn,
  - k) ustanovení o řešení rozporů ve smírčím jednání, popřípadě ustanovení o použití rozhodčího řízení při neúspěchu smírčího jednání,
  - l) dobu účinnosti smlouvy, způsob a důvody jejího ukončení.
- (4) Smlouva může obsahovat i další ujednání nezbytná pro její plnění a kontrolu, pokud jsou v souladu s touto rámcovou smlouvou a právními předpisy.

### Čl. 3

#### Práva a povinnosti smluvních stran

- (1) Smluvní strany
- a) dodržují při vykazování a úhradě hrazené zdravotní péče dohodnutou metodiku, pravidla a datové rozhraní,
  - b) zavázají své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců a zájmů zdravotnického zařízení i pojišťovny, k zachování povinné mlčenlivosti o osobních údajích<sup>5)</sup> a skutečnostech, o nichž se dozvěděli při výkonu své funkce nebo zaměstnání anebo při zpracování údajů z informačního systému na základě smlouvy, popřípadě v souvislosti s nimi,
  - c) dodržují přímo použitelné předpisy Evropských společenství.
- (2) Zdravotnické zařízení
- a) poskytuje hrazenou zdravotní péči v souladu s právními předpisy v odbornostech a rozsahu dohodnutých a vymezených ve smlouvě, pro které je věcně a technicky vybaveno a personálně zajištěno,
  - b) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci<sup>7)</sup> nebo smluvní partneři, kteří budou pojištěncům poskytovat ve smlouvě sjednanou hrazenou zdravotní péči, splňují požadavky odborné způsobilosti stanovené právními předpisy pro poskytování této zdravotní péče<sup>8)</sup>,
  - c) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytovanou zdravotní péči podle zvláštního právního předpisu<sup>9)</sup>,
  - d) přijme pojištěnce k hospitalizaci jen vyžaduje-li to jeho zdravotní stav, zpravidla na doporučení ošetřujícího lékaře,
  - e) poskytuje hrazenou zdravotní péči „lege artis“ bez nadbytečných nákladů, vždy však se zřetelem k tomu, aby potřebného diagnostického nebo léčebného efektu bylo dosaženo s ohledem na individuální zdravotní stav pojištěnce,
  - f) povede pro posouzení oprávněnosti vyúčtované zdravotní péče v průkazné formě dokumentaci o léčení pojištěnců, ve které budou zaznamenávány provedené zdravotní výkony, vyžádaná zdravotní péče, předepisované léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a uchovány v ní i doručené výsledky vyžádaných a provedených vyšetření a ošetření;
  - g) poskytne v souladu s právními předpisy ostatním zdravotnickým zařízením, kterým pojištěnce předá do péče nebo které si pojištěnec zvolí, informace potřebné pro zajištění návaznosti zdravotní péče a k zamezení duplicitního provádění diagnostických a léčebných výkonů a při převzetí pojištěnce do péče bude takové informace od příslušných zařízení vyžadovat,

- h) neodmítne přijetí pojištěnce do své péče s výjimkou důvodů uvedených v § 11 odst. 1 písm. b) zákona,
- i) nepodmíní právo pojištěnce na svobodnou volbu lékaře, zdravotnického zařízení nebo na poskytnutí hrazené zdravotní péče žádnými registračními poplatky nebo sponzorskými dary a za poskytnutou zdravotní péči hrazenou pojišťovnou nebude od pojištěnce, pokud to nevyplývá z právních předpisů, vybírat žádnou finanční úhradu,
- j) nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí hrazené zdravotní péče změnou pojišťovny nebo jiným způsobem,
- k) nebude zvýhodňovat pojištěnce jedné nebo více pojišťoven v neprospěch pojištěnců pojišťoven ostatních a zhoršovat dostupnost zdravotní péče hrazené pojišťovnou přednostním poskytováním péče hrazené jiným způsobem,
- l) oznámí pojišťovně, v souladu s § 55 zákona úrazy nebo jiná poškození zdraví osob, kterým poskytlo hrazenou zdravotní péči, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby; pokud je oprávněno k uznávání nemocí z povolání zašle ve smyslu § 45 odst. 5 zákona pojišťovně kopie hlášení nemocí z povolání,
- m) zajistí, že lékaři, kteří nejsou oprávněni k samostatnému výkonu povolání lékaře, budou toto povolání vykonávat pouze pod odborným dohledem lékaře, který je k samostatnému výkonu povolání lékaře oprávněn, a to jen v rozsahu stanoveném tímto lékařem ve smyslu ustanovení § 2 písm. f) zákona č. 95/2004 Sb.,
- n) odpovídá podle zvláštního právního předpisu<sup>10)</sup> za správné a úplné vyplnění tiskopisu receptu; dále odpovídá za správné a úplné vyplnění poukazu na zdravotnické prostředky nebo poukazu na vyšetření/ošetření nebo příkazu ke zdravotnímu transportu. Pokud při preskripci nebylo respektováno preskripční omezení vyplývající z právních předpisů a pojišťovna tento léčivý přípravek nebo zdravotnický prostředek zařízení lékárenské péče uhradila, má pojišťovna právo požadovat od zdravotnického zařízení úhradu zaplacené částky. Pojišťovna není oprávněna požadovat tuto úhradu, pokud byl léčivý přípravek nebo zdravotnický prostředek předepsán pro jejího pojištěnce a zdravotnické zařízení odstranilo nedostatky ve lhůtě do jednoho měsíce od předání příslušného receptu nebo poukazu pojišťovnou. Stejný postup bude vůči zdravotnickému zařízení uplatněn i v případě chybného vyplnění poukazu na vyšetření/ošetření.

### (3) Pojišťovna

- a) uhradí zdravotnickému zařízení provedenou hrazenou zdravotní péči, průkazně zdokumentovanou a odůvodněně poskytnutou jejím pojištěncům v souladu s právními předpisy a smlouvou,
- b) dohledá na žádost zdravotnického zařízení bez zbytečného prodlení příslušnost pojištěnce k pojišťovně v případech, kdy není dostupný průkaz pojištěnce a jsou dostupné jeho osobní údaje,
- c) nebude vyžadovat zvýhodňování svých pojištěnců na úkor pojištěnců ostatních pojišťoven,
- d) je oprávněna provádět kontrolu plnění smluvně dohodnutých věcných a technických podmínek hrazené zdravotní péče poskytované zdravotnickým zařízením podle smlouvy,
- e) poskytuje zdravotnickému zařízení k zajištění jednotných podmínek dohodnutou metodiku, pravidla, datové rozhraní a příslušné číselníky vydávané Všeobecnou zdravotní pojišťovnou k vykazování a výpočtu úhrady hrazené zdravotní péče,
- f) seznámí zdravotnické zařízení s dohodnutými změnami metodiky, pravidel a se změnami číselníků alespoň jeden měsíc a se změnou datového rozhraní alespoň dva měsíce před stanoveným termínem jejich platnosti. V případě změny právních předpisů, která neumožní tuto lhůtu dodržet, může být uvedená lhůta přiměřeně zkrácena,
- g) je oprávněna zveřejnit rozsah nasmlouvané zdravotní péče, výši celkové úhrady poskytnuté pojišťovnou zdravotnickému zařízení z veřejného zdravotního pojištění za kalendářní rok a výši úhrady za zdravotnickým zařízením předepsaná léčiva a zdravotnické prostředky za kalendářní rok.

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

- (1) Hodnoty bodu, výše úhrad a regulační omezení objemu poskytnuté hrazené zdravotní péče se sjednávají ve smlouvě podle výsledků dohodovacího řízení, popřípadě v souladu se zvláštním právním předpisem. V dětských ozdravovnách se úhrada poskytované hrazené péče sjednává ve smlouvě v souladu s platným cenovým Výměrem Ministerstva financí pro příslušné období.
- (2) Za způsoby úhrady se považují zejména
  - a) úhrada za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami,
  - b) paušální úhrada za poskytnutou zdravotní péči,
  - c) úhrada za registrované pojištěnce (kombinovaná kapitačně výkonová platba),
  - d) platba za diagnózu,
  - e) paušální úhrada za poskytnutou péči v dětských ozdravovnách, v souladu s příslušným Výměrem Ministerstva financí, zveřejněným v Cenovém věstníku Ministerstva financí.
- (3) Mezi smluvními stranami musí být vždy předem dohodnuto zvýšení nebo snížení objemu poskytované hrazené zdravotní péče z důvodu změny kapacity popřípadě struktury zdravotnického zařízení, pokud se smluvní strany nedohodnou jinak.
- (4) Zdravotnické zařízení pro uplatnění nároků na úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče předává pojišťovně jednou měsíčně vyúčtování poskytnuté péče fakturou s přílohami. Faktura je účetním dokladem a splňuje náležitosti účetního dokladu<sup>11)</sup>. Náležitosti přílohy jsou obsaženy v metodice nebo se v souladu s metodikou upřesní ve smlouvě. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu<sup>11)</sup> a příloha neobsahuje náležitosti podle dohodnuté metodiky nebo smlouvy, má pojišťovna právo ji odmítnout a vrátit bez zbytečného odkladu zdravotnickému zařízení k doplnění, případně k opravě; v takovém případě běží lhůta splatnosti až od termínu jejího opětovného převzetí pojišťovnou.
- (5) Zdravotnické zařízení odpovídá za úplnost, formální i věcnou správnost dokladů a za jejich předávání způsobem dohodnutým v metodice a datovém rozhraní. Individuální doklady za hrazenou zdravotní péči poskytnutou pojištěncům předává zdravotnické zařízení pojišťovně spolu s vyúčtováním v termínu a způsobem dohodnutým ve smlouvě (na magnetických nosičích dat nebo papírových dokladech nebo jiným sjednaným způsobem).
- (6) Zjistí-li pojišťovna ve vyúčtování před provedením úhrady nesprávně nebo neoprávněně vyúčtovanou péči, úhradu této části vyúčtované péče v termínu splatnosti neprovede. Pojišťovna oznámí zdravotnickému zařízení bez zbytečného odkladu rozsah, důvod a částku vyúčtované, ale neuhrazené péče. Tím pojišťovna vyzve zdravotnické zařízení k opravě nesprávně vyúčtované péče nebo k doložení poskytnuté hrazené zdravotní péče. Řádně poskytnutou a vyúčtovanou péči pojišťovna uhradí v nejbližším termínu úhrady.
- (7) Pojišťovna provede za své pojištěnce úhradu hrazené zdravotní péče, vyúčtované v souladu s právními předpisy a smlouvou. Pokud při kontrole zjistí chyby v dokladech, postupuje podle metodiky a pravidel. Odmítnutí úhrady nebo části úhrady pojišťovna bez zbytečného odkladu zdravotnickému zařízení písemně zdůvodní. Poskytnutím úhrady není dotčeno právo pojišťovny k provádění následné kontroly proplacených vyúčtování v rozsahu a za podmínek stanovených právními předpisy a smlouvou.
- (8) Úhrada vyúčtované poskytnuté hrazené zdravotní péče, při dodržení podmínek dohodnutých ve smlouvě, bude provedena při předání vyúčtování pojišťovně na magnetickém mediu do 30 kalendářních dnů a při předání vyúčtování pojišťovně na papírových dokladech do 40 kalendářních dnů ode dne doručení faktury pojišťovně. Závazek k úhradě je splněn dnem odepsání z účtu zdravotní pojišťovny.
- (9) V případě poruchy výpočetního systému, znemožňující včasné provedení vyúčtování nebo úhrady hrazené zdravotní péče, poskytne pojišťovna zdravotnickému zařízení v dohodnutém termínu



úhrady zálohu ve výši průměrného měsíčního objemu vykázané zdravotní péče, vypočteného z posledních dvou uzavřených kalendářních čtvrtletí, pokud se smluvní strany v daném případě nedohodnou jinak.

## Čl. 5

### Kontrola

- (1) Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona a smlouvou kontrolu využívání a poskytování hrazené zdravotní péče v jejím objemu a kvalitě, včetně dodržování cen, a to prostřednictvím svého informačního systému, revizních lékařů a dalších odborných pracovníků.
- (2) V rámci své odborné způsobilosti revizní lékaři a odborní pracovníci oprávnění ke kontrole posuzují, zda zvolený způsob hrazené zdravotní péče byl indikován s ohledem na zdravotní stav pojištěnce, je v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a zda nebyl zbytečně ekonomicky náročný.
- (3) V případech stanovených právními předpisy revizní lékař posuzuje i odůvodněnost ošetřujícím lékařem navrženého, popřípadě provedeného léčebného postupu a schvaluje, zda použitý postup pojišťovna uhradí. Rozhodnutí o použití léčebného postupu, včetně farmakoterapie, je v kompetenci ošetřujícího lékaře.
- (4) Zdravotnické zařízení poskytne pojišťovně při výkonu kontroly nezbytnou součinnost, zejména předkládá doklady potřebné k účelu kontroly, sděluje údaje a poskytuje vysvětlení. Umožní revizním lékařům a odborným pracovníkům pojišťovny vstup do svého objektu a nahlížení do zdravotnické dokumentace pojištěnců.
- (5) Revizní lékař je v rámci kontroly povinen postupovat tak, aby nenarušil provoz zdravotnického zařízení. V případě kontroly ve zdravotnickém zařízení bude na místě vypracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a se stanoviskem oprávněného zástupce zdravotnického zařízení. Tento záznam nenahrazuje zprávu podle odstavce 6 tohoto článku.
- (6) Revizní zprávu, obsahující závěry kontroly, pojišťovna zpracuje a předá zdravotnickému zařízení do 15 kalendářních dnů po ukončení kontroly; pokud nebude možno z objektivních důvodů tuto lhůtu dodržet, oznámí pojišťovna tuto skutečnost zdravotnickému zařízení. Kontrola bude ukončena zpravidla do 30 kalendářních dnů od jejího zahájení.
- (7) Zdravotnické zařízení je oprávněno do 15 kalendářních dnů od převzetí závěru kontroly podat pojišťovně písemně zdůvodněné námitky. K námitkám sdělí pojišťovna stanovisko do 30 kalendářních dnů od jejich doručení. Pokud nebude možno z objektivních důvodů tyto lhůty dodržet, prodlouží se příslušná lhůta na žádost smluvní strany až na dvojnásobek. Ve stanovené lhůtě pojišťovna sdělí zdravotnickému zařízení, zda potvrzuje nebo mění závěry kontroly. Tím není dotčeno právo zdravotnického zařízení uplatnit svůj nesouhlas s rozhodnutím pojišťovny v jiném řízení.
- (8) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazené zdravotní péče nebo její neodůvodněné poskytování, pojišťovna podle § 42 odst. 3 zákona takovou péči neuhradí a je oprávněna postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě. V případě, že se závěry kontroly prokáží jako neodůvodněné, uhradí pojišťovna zdravotnickému zařízení částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče. Zdravotnické zařízení je oprávněno postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě.
- (9) Revizní lékaři zdravotní pojišťovny mohou kontrolovat podle tohoto článku jen zdravotní péči a výkony vykázané zdravotnickým zařízením nejvýše 3 roky zpět.

## Čl. 6

### Sankční ujednání

- (1) Smluvní strany si mohou účtovat smluvní pokutu až do výše 2 % měsíční platby za porušení povinností podle odstavce 2.



- (2) Za porušení smlouvy se považují případy, kdy
- a) smluvní strana
    1. uvede nepravdivé, neúplné či zkreslující údaje při uzavírání smlouvy, nebo při jejím plnění,
    2. nedodrží ustanovení smlouvy, s následkem prokazatelně neúčelného vynaložení prostředků veřejného zdravotního pojištění nebo prostředků zdravotnického zařízení,
    3. neposkytne informace sjednané ve smlouvě,
  - b) zdravotnické zařízení
    1. prokazatelně neoprávněně nebo vícenásobně účtuje zdravotní péči,
    2. opakovaně porušilo povinnost ohlásit pojišťovně v souladu s § 55 zákona úrazy nebo jiná poškození zdraví pojištěnce způsobená jednáním právnické nebo fyzické osoby,
  - c) pojišťovna prokazatelně neodůvodněně sníží nebo odmítne úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče.
- (3) Uplatněním sankce není dotčeno právo smluvních stran na vrácení úhrady za neoprávněně nebo nesprávně vyúčtovanou a uhrazenou hrazenou zdravotní péči.
- (4) V případě prodlení s úhradou podle odstavce 2 písm. c) nad 65 kalendářních dní ode dne doručení faktury pojišťovně, uhradí zdravotní pojišťovna zdravotnickému zařízení smluvní pokutu ve výši 5 % dlužné částky.
- (5) Uplatněním smluvní pokuty není dotčeno právo zdravotnického zařízení na uplatnění úroků z prodlení podle obecně závazných právních předpisů ani na náhradu případně vzniklé škody.

#### **Doba účinnosti, způsob a důvody ukončení smlouvy**

##### **Čl. 7**

Smlouva se uzavírá na dobu nejdéle 48 měsíců.

##### **Čl. 8**

Smlouvu lze ukončit vždy k 1. lednu následujícího roku

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

- c) výpovědí ze strany zdravotnického zařízení s výpovědní lhůtou nejméně 6 měsíců pokud
1. zdravotní pojišťovna opakovaně porušuje ustanovení této rámcové smlouvy,
  2. zdravotní pojišťovna přes písemné upozornění opakovaně nedodrží lhůty splatnosti dohodnuté ve smlouvě,
  3. zdravotní pojišťovna poskytne třetí straně údaje o zdravotnickém zařízení nad rámec právních předpisů nebo smlouvy,
  4. jestliže zdravotní pojišťovna překračuje rozsah kontrolní činnosti stanovený touto rámcovou smlouvou nebo zákonem,
  5. zdravotní pojišťovna přes písemné upozornění neoprávněně neuhradí zdravotnickému zařízení poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
  6. se pokračování smluvního vztahu se zdravotní pojišťovnou stane pro zdravotnické zařízení ekonomicky nevýhodným.

## Čl. 9

### Vzájemné sdělování údajů a předávání dokladů nutných ke kontrole plnění smlouvy

- (1) Smluvní strany
- a) používají v souladu s metodikou pro jednoznačnou identifikaci zdravotnického zařízení identifikační číslo zařízení,
  - b) sdělují si údaje nutné ke kontrole plnění smlouvy,
  - c) zajistí trvale přístupné a jasné informace o existenci smluvního vztahu a právech vyplývajících z něho pro pojištěnce,
  - d) mohou si předávat údaje nezbytné k hodnocení kvality a efektivity poskytované hrazené zdravotní péče, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve smlouvě.
- (2) Zdravotnické zařízení
- a) doloží pojišťovně, při důvodném podezření na nedodržení postupu „lege artis“, že zdravotnické prostředky byly při poskytování hrazené zdravotní péče použity v souladu se zvláštními právními předpisy<sup>12)</sup>,
  - b) oznámí neprodleně, nejpozději do 30 kalendářních dnů druhé smluvní straně skutečnosti, které by podstatným způsobem mohly ovlivnit plnění smlouvy, např. vznik závad na výpočetním systému, změny údajů uvedených ve smlouvě, pokud dojde:
    1. ke zrušení pracoviště nebo jeho části bez náhrady, nebo jeho uzavření na dobu delší než 30 kalendářních dnů,
    2. ke zrušení nepřetržitého provozu, nebo jeho výpadek na dobu delší než 30 kalendářních dnů,
    3. ke změně ve funkcích jmenovitě uvedených ve smlouvě,
    4. k ukončení činnosti osoby jmenovitě uvedené ve smlouvě,
    5. k výpadku přístroje nezbytného pro provádění výkonu bez náhrady na dobu delší než 30 kalendářních dnů,
    6. ke změně rozsahu poskytované hrazené zdravotní péče, znamenající změnu kategorie lůžkového zdravotnického zařízení stanovenou zvláštním právním předpisem<sup>3)</sup>, a tím změnu výše úhrady režijních nákladů ošetřovacího dne,
    7. ke změně počtu zdravotnických pracovníků, stanoveného zvláštním právním předpisem<sup>3)</sup>.
- (3) Pojišťovna může poskytnout zdravotnickému zařízení v zobecněné formě informace potřebné k ekonomizaci jeho činnosti nebo k jeho vědecké a výzkumné činnosti a ke kontrole kvality poskytované hrazené zdravotní péče, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve smlouvě.

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

**Čl. 10****Řešení sporů**

- (1) Smluvní strany budou řešit případné spory týkající se plnění smlouvy především vzájemným jednáním zástupců smluvních stran, a to zpravidla do 14 kalendářních dnů od výzvy jedné ze smluvních stran. Pokud mezi nimi nedojde k dohodě, mohou sporné otázky projednat ve smírčím jednání. Tím není dotčeno právo smluvních stran uplatnit svůj nárok na řešení sporu u soudu nebo v rozhodčím řízení podle zvláštního právního předpisu<sup>13)</sup>.
- (2) Smírčí jednání navrhuje jedna ze smluvních stran. Návrh musí obsahovat přesné a dostatečně podrobné vymezení sporu. Smírčího jednání se účastní zmocněný zástupce zdravotnického zařízení a statutární zástupce pojišťovny nebo jím zmocněný vedoucí pracovník oprávněný samostatně jménem pojišťovny v dané věci jednat a rozhodovat. Zdravotnické zařízení je oprávněno přizvat ke smírčímu jednání profesní komoru zřízenou zákonem nebo občanské sdružení uvedené v § 17 odst. 2. a právního zástupce. Místo a čas smírčího jednání navrhuje účastník, který k němu dal podnět. K projednání sporu si dále každá smluvní strana může přizvat nejvýše dva odborné poradce. Smírčí jednání se ukončí zápisem, obsahujícím smír nebo závěr, že rozpor nebyl odstraněn s uvedením stanovisek obou stran.

**Čl. 11**

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

**Rámcová smlouva**  
**pro**  
**ambulantní zdravotnická zařízení poskytující**  
**diagnostickou péči**  
**(odbornosti 222, 801 – 805, 807, 812-823, 809**  
**a zdravotní pojišťovny**

**Část první**  
**Obecná ustanovení**

**Čl. 1**  
**Smluvní vztahy**

- (1) Rámcová smlouva stanoví podmínky, za nichž se uzavírají smlouvy mezi zdravotnickými zařízeními a pojišťovnami za účelem zajištění věcného plnění při poskytování a úhradě hrazené zdravotní péče.
- (2) Právní vztahy upravené ve smlouvě uzavírané mezi jednotlivými pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními komplementu se nesmí odchýlit od ustanovení rámcové smlouvy podle této vyhlášky, pokud to rámcová smlouva sama neumožňuje. K zajištění vytváření jednotných podmínek při shodném, či srovnatelném plnění, v souladu se zvláštním právním předpisem<sup>4)</sup>, se na vypracování textu smlouvy podílejí zástupci pojišťoven a zástupci poskytovatelů zdravotní péče, zmocnění k zastupování v této věci.

**Část druhá**  
**Smlouvy**

**Čl. 2**  
**Uzavírání smluv**

- (1) Závazkové vztahy mezi pojišťovnou a zdravotnickým zařízením se řídí písemnou smlouvou uzavřenou podle této rámcové smlouvy, právních předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotní péče, obchodního nebo občanského zákoníku a dalších právních předpisů.
- (2) Základními podmínkami pro uzavření smlouvy jsou
  - a) oprávnění zdravotnického zařízení k poskytování zdravotní péče v příslušném oboru,
  - b) akceptace dohodnutého postupu pro pořizování, předávání a vyhodnocování dokladů v souladu s metodikou a pravidly a jednotného datového rozhraní vytvářenými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou v součinnosti se zástupci pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče, schválenými Ministerstvem zdravotnictví a zveřejněnými ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví. Metodika a pravidla účinná ke dni nabytí účinnosti této vyhlášky, pozbývají platnosti dnem 31. 12. 2006.
- (3) Smlouva obsahuje
  - a) práva a povinnosti smluvních stran,
  - b) podmínky kvality a účelnosti poskytování zdravotní péče, zejména druh, obor a rozsah poskytované zdravotní péče specifikovaný seznamem výkonů s bodovými hodnotami podle druhů péče, kterou je zdravotnické zařízení oprávněno poskytovat, včetně věcného a technického vybavení a personálního zajištění,
  - c) způsob stanovení výše úhrad hrazené zdravotní péče,
  - d) způsob provádění úhrady poskytované zdravotní péče,

- e) podmínky nezbytné ke kontrole plnění smlouvy, včetně správnosti účtovaných částek,
  - f) rozsah a způsob vzájemného sdělování údajů nutných ke kontrole plnění smlouvy,
  - g) ustanovení o dohodnuté metodice, pravidlech a datovém rozhraní platných v době uzavření smlouvy,
  - h) způsob seznámení zdravotnického zařízení se změnami metodiky, pravidel a datového rozhraní, včetně způsobu předávání těchto změn,
  - i) ustanovení o řešení rozporů ve smírčím jednání, popřípadě ustanovení o použití rozhodčího řízení při neúspěchu smírčího jednání,
  - j) dobu účinnosti smlouvy, způsob a důvody jejího ukončení.
- (4) Smlouva může obsahovat i další ujednání nezbytná pro její plnění a kontrolu, pokud jsou v souladu s touto rámcovou smlouvou a právními předpisy.

### Čl. 3

#### Práva a povinnosti smluvních stran

- (1) Smluvní strany
- a) dodržují při vykazování a úhradě hrazené zdravotní péče dohodnutou metodiku, pravidla a datové rozhraní,
  - b) zaváží své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců a zájmů zdravotnického zařízení i pojišťovny, k zachování povinné mlčenlivosti o osobních údajích<sup>5)</sup> a skutečnostech, o nichž se dozvěděli při výkonu své funkce nebo zaměstnání anebo při zpracování údajů z informačního systému na základě smlouvy, popřípadě v souvislosti s nimi,
  - c) dodržují přímo použitelné předpisy Evropských společenství.
- (2) Zdravotnické zařízení
- a) poskytuje hrazenou zdravotní péči v souladu s právními předpisy v odbornostech dohodnutých a vymezených ve smlouvě, pro které je věcně a technicky vybaveno a personálně zajištěno,
  - b) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci<sup>7)</sup>, kteří budou pojištěncům poskytovat ve smlouvě sjednanou hrazenou zdravotní péči, splňují požadavky odborné způsobilosti stanovené právními předpisy pro poskytování této péče<sup>8)</sup>,
  - c) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytovanou zdravotní péči podle zvláštního právního předpisu<sup>9)</sup>,
  - d) odpovídá za to, že zdravotničtí pracovníci jiní než lékaři poskytují hrazenou zdravotní péči na základě ordinace ošetřujícího lékaře,
  - e) povede pro posouzení oprávněnosti vyúčtované zdravotní péče v průkazné formě dokumentaci o vyžádané zdravotní péči, ve které budou zaznamenávány provedené zdravotní výkony, a uchovány v ní i doručené žádosti o vyšetření a ošetření,
  - f) poskytne v souladu s právními předpisy zdravotnickým zařízením, kterým pojištěnce předá do péče nebo které si pojištěnec zvolí, informace potřebné pro zajištění návaznosti zdravotní péče a k zamezení duplicitního provádění diagnostických a léčebných výkonů,
  - g) neodmítne přijetí pojištěnce do své péče s výjimkou důvodů uvedených v § 11 odst. 1 písm. b) zákona,
  - h) nepodmíní právo pojištěnce na svobodnou volbu lékaře, zdravotnického zařízení nebo na poskytnutí hrazené zdravotní péče žádnými registračními poplatky nebo sponzorskými dary a za poskytnutou zdravotní péči hrazenou pojišťovnou nebude od pojištěnce, pokud to nevyplývá z právních předpisů, vybírat žádnou finanční úhradu,
  - i) nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí hrazené zdravotní péče změnou pojišťovny nebo jiným způsobem,

- j) nebude zvýhodňovat pojištěnce jedné nebo více pojišťoven v neprospěch pojištěnců pojišťoven ostatních a zhoršovat dostupnost zdravotní péče hrazené pojišťovnou přednostním poskytováním péče hrazené jiným způsobem,
  - k) oznámí pojišťovně, v souladu s § 55 zákona úrazy nebo jiná poškození zdraví osob, kterým poskytlou hrazenou zdravotní péči, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby.
- (3) Pojišťovna
- a) uhradí zdravotnickému zařízení provedenou hrazenou zdravotní péčí, průkazně zdokumentovanou a odůvodněně poskytnutou jejím pojištěncům v souladu s právními předpisy a smlouvou,
  - b) dohledá na žádost zdravotnického zařízení bez zbytečného prodlení příslušnost pojištěnce k pojišťovně v případech, kdy není dostupný průkaz pojištěnce a jsou dostupné jeho osobní údaje,
  - c) nebude vyžadovat zvýhodňování svých pojištěnců na úkor pojištěnců ostatních pojišťoven,
  - d) je oprávněna provádět kontrolu plnění smluvně dohodnutých věcných a technických podmínek hrazené zdravotní péče poskytované zdravotnickým zařízením podle smlouvy,
  - e) poskytuje zdravotnickému zařízení k zajištění jednotných podmínek dohodnutou metodiku, pravidla, datové rozhraní a příslušné číselníky vydávané Všeobecnou zdravotní pojišťovnou k vykazování a výpočtu úhrady hrazené zdravotní péče,
  - f) seznámí zdravotnické zařízení s dohodnutými změnami metodiky, pravidel a se změnami číselníků alespoň jeden měsíc a se změnou datového rozhraní alespoň dva měsíce před stanoveným termínem jejich platnosti. V případě změny právních předpisů, která neumožní tuto lhůtu dodržet, může být uvedená lhůta přiměřeně zkrácena,
  - g) je oprávněna zveřejnit rozsah nasmlouvané zdravotní péče, výši celkové úhrady poskytnuté pojišťovnou zdravotnickému zařízení z veřejného zdravotního pojištění za kalendářní rok a výši úhrady za zdravotnickým zařízením předepsaná léčiva a zdravotnické prostředky za kalendářní rok.

#### Čl. 4

##### Úhrada poskytované hrazené zdravotní péče

- (1) Hodnoty bodu, výše úhrad a regulační omezení objemu hrazené zdravotní péče se sjednávají ve smlouvě podle výsledků dohodovacího řízení, popřípadě v souladu se zvláštním právním předpisem.
- (2) Za způsoby úhrady se považují zejména
  - a) úhrada za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami,
  - b) jiné způsoby úhrady dohodnuté v dohodovacím řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, nebo v souladu se zvláštním právním předpisem.
- (3) Mezi smluvními stranami musí být vždy předem dohodnuto zvýšení nebo snížení objemu poskytované hrazené zdravotní péče z důvodu změny technické kapacity a personálního zajištění popřípadě struktury zdravotnického zařízení.
- (4) Zdravotnické zařízení pro uplatnění nároků na úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče předává pojišťovně jednou měsíčně vyúčtování poskytnuté péče fakturou s přílohami. Faktura je účetním dokladem a splňuje náležitosti účetního dokladu<sup>11)</sup>. Náležitosti přílohy jsou stanoveny v metodice nebo se v souladu s metodikou upřesní ve smlouvě. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu<sup>11)</sup> a příloha neobsahuje náležitosti podle dohodnuté metodiky nebo smlouvy, má pojišťovna právo ji odmítnout a vrátit bez zbytečného odkladu zdravotnickému zařízení k doplnění, případně k opravě; v takovém případě běží lhůta splatnosti až od termínu jejího opětovného převzetí pojišťovnou.



- (5) Zdravotnické zařízení odpovídá za úplnost, formální i věcnou správnost dokladů a za jejich předávání způsobem dohodnutým v metodice a datovém rozhraní. Individuální doklady za hrazenou zdravotní péči poskytnutou pojištěncům předává zdravotnické zařízení pojišťovně spolu s vyúčtováním v termínu a způsobem dohodnutým ve smlouvě (na magnetických nosičích dat nebo papírových dokladech nebo jiným sjednaným způsobem).
- (6) Zjistí-li pojišťovna ve vyúčtování před provedením úhrady nesprávně nebo neoprávněně vyúčtovanou péči, úhradu této části vyúčtované péče v termínu splatnosti neprovede. Pojišťovna oznámí zdravotnickému zařízení bez zbytečného odkladu rozsah, důvod a částku vyúčtované, ale neuhrazené péče. Tím pojišťovna vyzve zdravotnické zařízení k opravě nesprávně vyúčtované péče nebo k doložení poskytnutí hrazené zdravotní péče. Řádně poskytnutou a vyúčtovanou péči pojišťovna uhradí v nejbližším termínu úhrady.
- (7) Pojišťovna provede za své pojištěnce úhradu hrazené zdravotní péče, vyúčtované v souladu s právními předpisy a smlouvou. Pokud při kontrole zjistí chyby v dokladech, postupuje podle metodiky a pravidel. Odmítnutí úhrady nebo části úhrady pojišťovna bez zbytečného odkladu zdravotnickému zařízení písemně zdůvodní. Poskytnutím úhrady není dotčeno právo pojišťovny k provádění následné kontroly proplacených vyúčtování v rozsahu a za podmínek stanovených právními předpisy a smlouvou.
- (8) Zjistí-li pojišťovna pochybení ve vyúčtování předaném zdravotnickým zařízením dodatečně, tj. po úhradě a zdravotnické zařízení do 10 pracovních dnů od doručení písemné výzvy pojišťovny příslušnou částku samo neuhradí, nebo nedoloží oprávněnost vyúčtované sporné částky nebo nebude mezi smluvními stranami dohodnut jiný termín úhrady, pojišťovna jednostranným započtením pohledávky sníží zdravotnickému zařízení o příslušnou částku, případně o smluvní pokutu dohodnutou ve smlouvě, úhradu za vyúčtování hrazené zdravotní péče předložené v následujícím zúčtovacím období.
- (9) Úhrada vyúčtované poskytnuté hrazené zdravotní péče, při dodržení podmínek dohodnutých ve smlouvě, bude provedena při předání vyúčtování pojišťovně na magnetickém mediu do 30 kalendářních dnů a při předání vyúčtování pojišťovně na papírových dokladech do 40 kalendářních dnů ode dne doručení faktury pojišťovně. Závazek k úhradě je splněn dnem odepsání z účtu zdravotní pojišťovny.
- (10) V případě poruchy výpočetního systému, znemožňující včasné provedení vyúčtování nebo úhrady hrazené zdravotní péče, poskytne pojišťovna zdravotnickému zařízení v dohodnutém termínu úhrady zálohu ve výši průměrného měsíčního objemu vykázané zdravotní péče, vypočteného z posledních dvou uzavřených kalendářních čtvrtletí, pokud se smluvní strany v daném případě nedohodnou jinak.

## **Čl. 5**

### **Kontrola**

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

- (4) Zdravotnické zařízení poskytne pojišťovně při výkonu kontroly nezbytnou součinnost, zejména předkládá doklady potřebné k účelu kontroly, sděluje údaje a poskytuje vysvětlení. Umožní revizním lékařům a odborným pracovníkům pojišťovny vstup do svého objektu a nahlížení do zdravotnické dokumentace pojištěnců.
- (5) Revizní lékař je v rámci kontroly povinen postupovat tak, aby nenarušil provoz zdravotnického zařízení. V případě kontroly ve zdravotnickém zařízení bude na místě vypracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a se stanoviskem oprávněného zástupce zdravotnického zařízení. Tento záznam nenahrazuje zprávu podle odstavce 6 tohoto článku.
- (6) Revizní zprávu, obsahující závěry kontroly, pojišťovna zpracuje a předá zdravotnickému zařízení do 15 kalendářních dnů po ukončení kontroly; pokud nebude možno z objektivních důvodů tuto lhůtu dodržet, oznámí pojišťovna tuto skutečnost zdravotnickému zařízení. Kontrola bude ukončena zpravidla do 30 kalendářních dnů od jejího zahájení.
- (7) Zdravotnické zařízení je oprávněno do 15 kalendářních dnů od převzetí závěru kontroly podat pojišťovně písemně zdůvodněné námitky. K námitkám sdělí pojišťovna stanovisko do 30 kalendářních dnů od jejich doručení. Pokud nebude možno z objektivních důvodů tyto lhůty dodržet, prodlouží se příslušná lhůta na žádost smluvní strany až na dvojnásobek. Ve stanovené lhůtě pojišťovna sdělí zdravotnickému zařízení, zda potvrzuje nebo mění závěry kontroly. Podání námitek nemá z hlediska finančních nároků pojišťovny vůči zdravotnickému zařízení odkladný účinek. Tím není dotčeno právo zdravotnického zařízení uplatnit svůj nesouhlas s rozhodnutím pojišťovny v jiném řízení.
- (8) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazené zdravotní péče nebo její neodůvodněné poskytování, pojišťovna podle § 42 odst. 3 zákona takovou péči neuhradí a je oprávněna postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě. Pokud se kontrolou prokáže, že neúčelnost, nesprávná indikace nebo zbytečná ekonomická náročnost poskytnuté péče vyplývala z ordinace ošetřujícího lékaře, nebudou důsledky tohoto zjištění uplatněny vůči zdravotnickému zařízení laboratorní a radiodiagnostické péče. V případě, že se závěry kontroly prokáží jako neodůvodněné, uhradí pojišťovna zdravotnickému zařízení částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče. Zdravotnické zařízení je oprávněno postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě.
- (9) Revizní lékaři zdravotní pojišťovny mohou kontrolovat podle tohoto článku jen zdravotní péči a výkony vykázané zdravotnickým zařízením nejvýše 3 roky zpět.

## Čl. 6

### Sankční ujednání

- (1) Smluvní strany si mohou účtovat smluvní pokutu až do výše 2 % měsíční platby za porušení povinností podle odstavce 2.
- (2) Za porušení smlouvy se považují případy, kdy
  - a) smluvní strana
    1. uvede nepravdivé, neúplné či zkreslující údaje při uzavírání smlouvy, nebo při jejím plnění,
    2. nedodrží ustanovení smlouvy, s následkem prokazatelně neúčelného vynaložení prostředků veřejného zdravotního pojištění,
    3. neposkytne informace sjednané ve smlouvě,
  - b) zdravotnické zařízení
    1. prokazatelně neoprávněně nebo vícenásobně účtuje zdravotní péči,
    2. opakovaně porušilo povinnost ohlásit pojišťovně v souladu s § 55 zákona úrazy nebo jiná poškození zdraví pojištěnce způsobená jednáním právnické nebo fyzické osoby,
  - c) pojišťovna prokazatelně neodůvodněně sníží nebo odmítne úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče.

- (3) Uplatněním sankce není dotčeno právo smluvních stran na vrácení úhrady za neoprávněně nebo nesprávně vyúčtovanou a uhrazenou hrazenou zdravotní péči.
- (4) V případě prodlení s úhradou podle odstavce 2 písm. c) nad 65 kalendářních dní ode dne doručení faktury pojišťovně, uhradí zdravotní pojišťovna zdravotnickému zařízení smluvní pokutu ve výši 10 % dlužné částky.
- (5) Uplatněním smluvní pokuty není dotčeno právo zdravotnického zařízení na uplatnění úroků z prodlení podle obecně závazných právních předpisů ani na náhradu případně vzniklé škody.

### **Doba účinnosti, způsob a důvody ukončení smlouvy**

#### **Čl. 7**

Smlouva se uzavírá na dobu nejdéle 48 měsíců.

#### **Čl. 8**

Smlouvu lze ukončit vždy k 1. lednu následujícího roku

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

## Čl. 9

### Vzájemné sdělování údajů a předávání dokladů nutných ke kontrole plnění smlouvy

- (1) Smluvní strany
  - a) používají v souladu s metodikou pro jednoznačnou identifikaci zdravotnického zařízení identifikační číslo zařízení,
  - b) sdělují si údaje nutné ke kontrole plnění smlouvy,
  - c) zajistí trvale přístupné a jasné informace o existenci smluvního vztahu a právech vyplývajících z něho pro pojištěnce,
  - d) mohou si předávat údaje nezbytné k hodnocení kvality a efektivity poskytované hrazené zdravotní péče, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve smlouvě.
- (2) Zdravotnické zařízení
  - a) doloží pojišťovně, při důvodném podezření na nedodržení postupu „lege artis“, že zdravotnické prostředky byly při poskytování hrazené zdravotní péče použity v souladu se zvláštními právními předpisy<sup>12)</sup>; u laboratoří osvědčení o účasti v externí kontrole kvality, vydané orgánem oprávněným k jeho vystavení,
  - b) oznámí neprodleně, nejpozději do 30 kalendářních dnů druhé smluvní straně skutečnosti, které by podstatným způsobem mohly ovlivnit plnění smlouvy, např. vznik závad na výpočetním systému, změny údajů uvedených ve smlouvě pokud dojde
    1. ke zrušení pracoviště nebo jeho části bez náhrady, nebo jeho uzavření na dobu delší než 30 kalendářních dnů,
    2. k odchodu zaměstnance jmenovitě uvedeného ve smlouvě,
    3. k výpadku přístroje nezbytného pro provádění výkonu bez náhrady na dobu delší než 30 kalendářních dnů,
    4. ke zrušení nepřetržitého provozu, nebo jeho výpadku na dobu delší než 30 kalendářních dnů.
- (3) Pojišťovna může poskytnout zdravotnickému zařízení v zobecněné formě informace potřebné k ekonomizaci jeho činnosti nebo k jeho vědecké a výzkumné činnosti a ke kontrole kvality poskytované hrazené zdravotní péče, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve smlouvě.

## Čl. 10

### Řešení sporů

- (1) Smluvní strany budou řešit případné spory týkající se plnění smlouvy především vzájemným jednáním zástupců smluvních stran, a to zpravidla do 14 kalendářních dnů od výzvy jedné ze smluvních stran. Pokud mezi nimi nedojde k dohodě, mohou sporné otázky projednat ve smířčím jednání. Tím není dotčeno právo smluvních stran uplatnit svůj nárok na řešení sporu u soudu nebo v rozhodčím řízení podle zvláštního právního předpisu<sup>13)</sup>.
- (2) Smířčí jednání navrhuje jedna ze smluvních stran. Návrh musí obsahovat přesné a dostatečně podrobné vymezení sporu. Smířčího jednání se účastní zmocněný zástupce zdravotnického zařízení a statutární zástupce pojišťovny nebo jím zmocněný vedoucí pracovník oprávněný samostatně jménem pojišťovny v dané věci jednat a rozhodovat. Zdravotnické zařízení je oprávněno přizvat ke smířčímu jednání profesní komoru zřízenou zákonem nebo občanské sdružení uvedené v § 17 odst. 2 zákona a právního zástupce. Místo a čas smířčího jednání navrhuje účastník, který k němu dal podnět. K projednání sporu si dále každá smluvní strana může přizvat nejvýše dva odborné poradce. Smířčí jednání se ukončí zápisem, obsahujícím smír nebo závěr, že rozpor nebyl odstraněn s uvedením stanovisek obou stran.

## Čl. 11

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

**Rámcová smlouva**  
**pro**  
**zdravotnická zařízení poskytující**  
**domácí zdravotní péči, fyzioterapii (odbornost 902 a 918), ergoterapii a klinickou logopedii**  
**a zdravotní pojišťovny**

**Část první**  
**Obecná ustanovení**

**Čl. 1**

**Smluvní vztahy**

- (1) Rámcová smlouva stanoví podmínky, za nichž se uzavírají smlouvy mezi zdravotnickými zařízeními a pojišťovnami za účelem zajištění věcného plnění při poskytování a úhradě hrazené zdravotní péče.
- (2) Právní vztahy upravené ve smlouvě uzavírané mezi jednotlivými pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními domácí zdravotní péče, fyzioterapie, ergoterapie a klinické logopedie se nesmí odchýlit od ustanovení rámcové smlouvy podle této vyhlášky, pokud to rámcová smlouva sama neumožňuje. K zajištění vytváření jednotných podmínek při shodném, či srovnatelném plnění, v souladu se zvláštním právním předpisem<sup>4)</sup>, se na vypracování textu smlouvy podílejí zástupci pojišťoven a zástupci poskytovatelů zdravotní péče, zmocnění k zastupování v této věci.

**Část druhá**  
**Smlouvy**

**Čl. 2**

**Uzavírání smluv**

- (1) Závazkové vztahy mezi pojišťovnou a zdravotnickým zařízením se řídí písemnou smlouvou uzavřenou podle této rámcové smlouvy, právních předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotní péče, obchodního nebo občanského zákoníku a dalších právních předpisů.
- (2) Základními podmínkami pro uzavření smlouvy jsou
  - a) oprávnění zdravotnického zařízení k poskytování zdravotní péče v příslušném oboru,
  - b) akceptace dohodnutého postupu pro pořizování, předávání a vyhodnocování dokladů v souladu s metodikou a pravidly a jednotného datového rozhraní vytvářenými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou v součinnosti se zástupci pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče, schválenými Ministerstvem zdravotnictví a zveřejněnými ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví. Metodika a pravidla účinná ke dni nabytí účinnosti této vyhlášky, pozbývají platnosti dnem 31. 12. 2006.
- (3) Smlouva obsahuje
  - a) práva a povinnosti smluvních stran,
  - b) podmínky kvality a účelnosti poskytování zdravotní péče, zejména druh, obor a rozsah poskytované zdravotní péče specifikovaný seznamem výkonů s bodovými hodnotami podle druhů péče, kterou je zdravotnické zařízení oprávněno poskytovat, včetně věcného a technického vybavení a personálního zajištění,
  - c) způsob stanovení výše úhrad hrazené zdravotní péče,



- d) způsob provádění úhrady poskytované zdravotní péče,
  - e) podmínky nezbytné ke kontrole plnění smlouvy, včetně správnosti účtovaných částek,
  - f) rozsah a způsob vzájemného sdělování údajů nutných ke kontrole plnění smlouvy,
  - g) ustanovení o dohodnuté metodice, pravidlech a datovém rozhraní platných v době uzavření smlouvy,
  - h) způsob seznámení zdravotnického zařízení se změnami metodiky, pravidel a datového rozhraní, včetně způsobu předávání těchto změn,
  - i) ustanovení o řešení rozporů ve smírčím jednání, popřípadě ustanovení o použití rozhodčího řízení při neúspěchu smírčího jednání,
  - j) dobu účinnosti smlouvy, způsob a důvody jejího ukončení.
- (4) Smlouva může obsahovat i další ujednání nezbytná pro její plnění a kontrolu, pokud jsou v souladu s touto rámcovou smlouvou a právními předpisy.

### Čl. 3

#### Práva a povinnosti smluvních stran

- (1) Smluvní strany
- a) dodržují při vykazování a úhradě hrazené zdravotní péče dohodnutou metodiku, pravidla a datové rozhraní,
  - b) zaváží své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců a zájmů zdravotnického zařízení i pojišťovny, k zachování povinné mlčenlivosti o osobních údajích<sup>5)</sup> a skutečnostech, o nichž se dozvěděli při výkonu své funkce nebo zaměstnání anebo při zpracování údajů z informačního systému na základě smlouvy, popřípadě v souvislosti s nimi,
  - c) dodržují přímo použitelné předpisy Evropských společenství.
- (2) Zdravotnické zařízení
- a) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci<sup>7)</sup>, kteří budou pojištěncům poskytovat ve smlouvě sjednanou hrazenou zdravotní péči, splňují požadavky odborné způsobilosti stanovené právními předpisy pro poskytování této zdravotní péče<sup>8)</sup>,
  - b) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytovanou zdravotní péči podle zvláštního právního předpisu<sup>9)</sup>,
  - c) odpovídá za to, že zdravotničtí pracovníci jiní než lékaři poskytují hrazenou zdravotní péči na základě ordinace ošetřujícího lékaře a jiní odborní pracovníci ve zdravotnictví do získání způsobilosti k výkonu práce ve zdravotnictví pod odborným vedením osoby se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání v příslušném oboru<sup>8)</sup>,
  - d) povede pro posouzení oprávněnosti vyúčtované zdravotní péče v průkazné formě dokumentaci o léčení pojištěnců, ve které budou zaznamenávány provedené zdravotní výkony a uchovány v ní doručené výsledky vyžádaných a provedených vyšetření a ošetření,
  - e) poskytne v souladu s právními předpisy zdravotnickým zařízením, kterým pojištěnce předá do péče nebo které si pojištěnec zvolí, informace potřebné pro zajištění návaznosti zdravotní péče a k zamezení duplicitního provádění diagnostických a léčebných výkonů a při převzetí pojištěnce do péče bude takové informace od příslušných zařízení vyžadovat,
  - f) neodmítne přijetí pojištěnce do své péče s výjimkou důvodů uvedených v § 11 odst. 1 písm. b) zákona,
  - g) nepodmíní právo pojištěnce na svobodnou volbu lékaře, zdravotnického zařízení nebo na poskytnutí hrazené zdravotní péče žádnými registračními poplatky nebo sponzorskými dary a za poskytnutou zdravotní péči hrazenou pojišťovnou nebude od pojištěnce, pokud to nevyplývá z právních předpisů, vybírat žádnou finanční úhradu,



- h) nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí hrazené zdravotní péče změnou pojišťovny nebo jiným způsobem,
  - i) nebude zvýhodňovat pojištěnce jedné nebo více pojišťoven v neprospěch pojištěnců pojišťoven ostatních a zhoršovat dostupnost zdravotní péče hrazené pojišťovnou přednostním poskytováním péče hrazené jiným způsobem,
  - j) oznámí pojišťovně, v souladu s § 55 zákona úrazy nebo jiná poškození zdraví osob, kterým poskytlo hrazenou zdravotní péči, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby,
  - k) zajistí, že logopedi – absolventi magisterského studia na vysokých školách, zařazení do specializační průpravy v úseku činnosti klinická logopedie, budou pracovat pouze pod vedením klinického logopeda.
- (3) Zdravotnické zařízení poskytující fyzioterapii (odbornost 902 a 918<sup>3</sup>), ergoterapii a klinickou logopedii poskytuje hrazenou zdravotní péči v souladu s právními předpisy v odbornostech dohodnutých a vymezených ve smlouvě, pro které je věcně a technicky vybaveno a personálně zajištěno, v rozsahu alespoň 35 ordinálních hodin rozdělených do 5 pracovních dnů týdně. Rozsah 35 hodin týdně odpovídá poměrnému kapacitnímu číslu 1, přičemž souhrnné poměrné kapacitní číslo jednoho smluvního nositele výkonu<sup>6</sup>) může činit nejvýše 1,4. Souhrnné poměrné kapacitní číslo na jedno zdravotnické zřízení může činit nejméně 0,25.
- (4) Zdravotnické zřízení poskytující domácí zdravotní péči poskytuje hrazenou zdravotní péči v souladu s právními předpisy v odbornostech a rozsahu dohodnutých a vymezených ve smlouvě, pro které je věcně a technicky vybaveno a personálně zajištěno.
- (5) Pojišťovna
- a) uhradí zdravotnickému zařízení provedenou hrazenou zdravotní péči, průkazně zdokumentovanou a odůvodněně poskytnutou jejím pojištěncům v souladu s právními předpisy a smlouvou,
  - b) dohledá na žádost zdravotnického zařízení bez zbytečného prodlení příslušnost pojištěnce k pojišťovně v případech, kdy není dostupný průkaz pojištěnce a jsou dostupné jeho osobní údaje,
  - c) nebude vyžadovat zvýhodňování svých pojištěnců na úkor pojištěnců ostatních pojišťoven,
  - d) je oprávněna provádět kontrolu plnění smluvně dohodnutých věcných a technických podmínek hrazené zdravotní péče poskytované zdravotnickým zařízením podle smlouvy,
  - e) poskytuje zdravotnickému zařízení k zajištění jednotných podmínek dohodnutou metodiku, pravidla, datové rozhraní a příslušné číselníky vydávané Všeobecnou zdravotní pojišťovnou k vykazování a výpočtu úhrady hrazené zdravotní péče 3 měsíce před jejich účinností,
  - f) seznámí zdravotnické zařízení s dohodnutými změnami metodiky, pravidel a se změnami číselníků alespoň jeden měsíc a se změnou datového rozhraní alespoň dva měsíce před stanoveným termínem jejich platnosti. V případě změny právních předpisů, která neumožní tuto lhůtu dodržet, může být uvedená lhůta přiměřeně zkrácena,
  - g) je oprávněna zveřejnit rozsah nasmlouvané zdravotní péče, výši celkové úhrady poskytnuté pojišťovnou zdravotnickému zařízení z veřejného zdravotního pojištění za kalendářní rok.

#### Čl. 4

##### Úhrada poskytované hrazené zdravotní péče

- (1) Hodnoty bodu, výše úhrad a regulační omezení objemu poskytnuté hrazené zdravotní péče se sjednávají ve smlouvě podle výsledků dohodovacího řízení, popřípadě v souladu se zvláštním právním předpisem.
- (2) Za způsoby úhrady se považují zejména:
  - a) úhrada za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami,

- b) jiné způsoby úhrady dohodnuté v dohodovacím řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, nebo v souladu se zvláštním právním předpisem.
- (3) Mezi smluvními stranami musí být vždy předem dohodnuto zvýšení nebo snížení objemu poskytované hrazené zdravotní péče z důvodu změny kapacity popřípadě struktury zdravotnického zařízení.
- (4) Zdravotnické zařízení pro uplatnění nároků na úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče předává pojišťovně jednou měsíčně vyúčtování poskytnuté péče fakturou s přílohami. Faktura je účetním dokladem a splňuje náležitosti účetního dokladu<sup>11)</sup>. Náležitosti přílohy jsou stanoveny v metodice nebo se v souladu s metodikou upřesní ve smlouvě. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu<sup>11)</sup> a příloha neobsahuje náležitosti podle dohodnuté metodiky nebo smlouvy, má pojišťovna právo ji odmítnout a vrátit bez zbytečného odkladu zdravotnickému zařízení k doplnění, případně k opravě; v takovém případě běží lhůta splatnosti až od termínu jejího opětovného převzetí pojišťovnou.
- (5) Zdravotnické zařízení odpovídá za úplnost, formální i věcnou správnost dokladů a za jejich předávání způsobem dohodnutým v metodice a datovém rozhraní. Individuální doklady za hrazenou zdravotní péči poskytnoutou pojištěncům předává zdravotnické zařízení pojišťovně spolu s vyúčtováním v termínu a způsobem dohodnutým ve smlouvě (na magnetických nosičích dat nebo papírových dokladech nebo jiným sjednaným způsobem).
- (6) Zjistí-li pojišťovna ve vyúčtování před provedením úhrady nesprávně nebo neoprávněně vyúčtovanou péči, úhradu této části vyúčtované péče v termínu splatnosti neprovede. Pojišťovna oznámí zdravotnickému zařízení bez zbytečného odkladu rozsah, důvod a částku vyúčtované, ale neuhrazené péče. Tím pojišťovna vyzve zdravotnické zařízení k opravě nesprávně vyúčtované péče nebo k doložení poskytnutí hrazené zdravotní péče. Řádně poskytnutou a vyúčtovanou péči pojišťovna uhradí v nejbližším termínu úhrady.
- (7) Pojišťovna provede za své pojištěnce úhradu hrazené zdravotní péče, vyúčtované v souladu s právními předpisy a smlouvou. Pokud při kontrole zjistí chyby v dokladech, postupuje podle metodiky a pravidel. Odmítnutí úhrady nebo části úhrady pojišťovna bez zbytečného odkladu zdravotnickému zařízení písemně zdůvodní. Poskytnutím úhrady není dotčeno právo pojišťovny k provádění následné kontroly proplacených vyúčtování v rozsahu a za podmínek stanovených právními předpisy a smlouvou.
- (8) Úhrada vyúčtované poskytnuté hrazené zdravotní péče, při dodržení podmínek dohodnutých ve smlouvě, bude provedena při předání vyúčtování pojišťovně na magnetickém mediu do 30 kalendářních dnů a při předání vyúčtování pojišťovně na papírových dokladech do 40 kalendářních dnů ode dne doručení faktury pojišťovně. Závazek k úhradě je splněn dnem odepsání z účtu zdravotní pojišťovny.
- (9) V případě poruchy výpočetního systému, znemožňující včasné provedení vyúčtování nebo úhrady hrazené zdravotní péče, poskytne pojišťovna zdravotnickému zařízení v dohodnutém termínu úhrady zálohu ve výši průměrného měsíčního objemu vykázané zdravotní péče, vypočteného z posledních dvou uzavřených kalendářních čtvrtletí, pokud se smluvní strany v daném případě nedohodnou jinak.

## Čl. 5

### Kontrola

- (1) Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona a smlouvou kontrolu využívání a poskytování hrazené zdravotní péče v jejím objemu a kvalitě, včetně dodržování cen, a to prostřednictvím svého informačního systému, revizních lékařů a dalších odborných pracovníků.
- (2) V rámci své odborné způsobilosti revizní lékaři a odborní pracovníci oprávnění ke kontrole posuzují, zda zvolený způsob hrazené zdravotní péče byl indikován s ohledem na zdravotní stav pojiš-

těnce, splňuje zásady postupu dané současným stupněm poznání a zda nebyl zbytečně ekonomicky náročný.

- (3) V případech stanovených právními předpisy revizní klinický logoped posuzuje i odůvodněnost klinickým logopedem navrženého, popřípadě provedeného léčebného postupu a schvaluje, zda použitý postup pojišťovna uhradí. Rozhodnutí o použití léčebného postupu je v kompetenci klinického logopeda.
- (4) Zdravotnické zařízení poskytne pojišťovně při výkonu kontroly nezbytnou součinnost, zejména předkládá doklady potřebné k účelu kontroly, sděluje údaje a poskytuje vysvětlení. Umožní revizním lékařům a odborným pracovníkům pojišťovny vstup do svého objektu, nahlížení do zdravotnické dokumentace pojištěnců.
- (5) Revizní lékaři a odborní pracovníci jsou v rámci kontroly povinni postupovat tak, aby nenarušili provoz zdravotnického zařízení. V případě kontroly ve zdravotnickém zařízení bude na místě vypracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a se stanoviskem oprávněného zástupce zdravotnického zařízení. Tento záznam nenahrazuje zprávu podle odstavce 6 tohoto článku.
- (6) Revizní zprávu, obsahující závěry kontroly, pojišťovna zpracuje a předá zdravotnickému zařízení do 15 kalendářních dnů po ukončení kontroly; pokud nebude možno z objektivních důvodů tuto lhůtu dodržet, oznámí pojišťovna tuto skutečnost zdravotnickému zařízení. Kontrola bude ukončena zpravidla do 30 kalendářních dnů od jejího zahájení.
- (7) Zdravotnické zařízení je oprávněno do 15 kalendářních dnů od převzetí závěru kontroly podat pojišťovně písemně zdůvodněné námitky. K námitkám sdělí pojišťovna stanovisko do 30 kalendářních dnů od jejich doručení. Pokud nebude možno z objektivních důvodů tyto lhůty dodržet, prodlouží se příslušná lhůta na žádost smluvní strany až na dvojnásobek. Ve stanovené lhůtě pojišťovna sdělí zdravotnickému zařízení, zda potvrzuje nebo mění závěry kontroly. Podání námitek nemá z hlediska finančních nároků pojišťovny vůči zdravotnickému zařízení odkladný účinek. Tím není dotčeno právo zdravotnického zařízení uplatnit svůj nesouhlas s rozhodnutím pojišťovny v jiném řízení.
- (8) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazené zdravotní péče nebo její neodůvodněné poskytování, pojišťovna podle § 42 odst. 3 zákona takovou péči neuhradí a je oprávněna postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě. Pokud se kontrolou prokáže, že neúčelnost, nesprávná indikace nebo zbytečná ekonomická náročnost poskytnuté péče vyplývala z ordinace ošetřujícího lékaře, nebudou důsledky tohoto zjištění uplatněny vůči zdravotnickému zařízení indukované zdravotní péče. V případě, že se závěry kontroly prokáží jako neodůvodněné, uhradí pojišťovna zdravotnickému zařízení částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče. Zdravotnické zařízení je oprávněno postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě.
- (9) Revizní lékaři a odborní pracovníci zdravotní pojišťovny mohou kontrolovat podle tohoto článku jen zdravotní péči a výkony vykázané zdravotnickým zařízením nejvýše 3 roky zpět.

## Čl. 6

### Sankční ujednání

- (1) Smluvní strany si mohou účtovat smluvní pokutu až do výše 2 % měsíční platby za porušení povinností podle odstavce 2.
- (2) Za porušení smlouvy se považují případy, kdy
  - a) smluvní strana
    1. uvede nepravdivé, neúplné či zkreslující údaje při uzavírání smlouvy, nebo při jejím plnění,
    2. nedodrží ustanovení smlouvy, s následkem prokazatelně neúčelného vynaložení prostředků veřejného zdravotního pojištění,
    3. neposkytne informace sjednané ve smlouvě,

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

### **Doba účinnosti, způsob a důvody ukončení smlouvy**

#### **Čl. 7**

- (1) Smlouva se uzavírá na dobu neurčitou jako trvalý smluvní vztah, který lze ukončit pouze z důvodů uvedených v čl. 8 u zdravotnických zařízení poskytujících domácí zdravotní péči.
- (2) Smlouva se uzavírá na dobu neurčitou jako trvalý smluvní vztah, který lze ukončit pouze z důvodů uvedených v čl. 8 u zdravotnických zařízení poskytujících fyzioterapii (odbornost 902 a 918<sup>3</sup>), ergoterapii a klinickou logopedii, kde je počet nositelů výkonů roven nebo nižší než 10. U zdravotnických zařízení, kde je počet nositelů výkonů vyšší než 10, je délka smluvního vztahu závislá na dohodě zdravotnického zařízení s příslušnou zdravotní pojišťovnou.

#### **Čl. 8**

Smlouvu lze ukončit vždy k 1. lednu následujícího roku

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

- c) výpovědí ze strany zdravotnického zařízení s výpovědní lhůtou nejméně 6 měsíců pokud
1. zdravotní pojišťovna opakovaně porušuje ustanovení této rámcové smlouvy,
  2. zdravotní pojišťovna přes písemné upozornění opakovaně nedodrží lhůty splatnosti dohodnuté ve smlouvě,
  3. zdravotní pojišťovna poskytne třetí straně údaje o zdravotnickém zařízení nad rámec právních předpisů nebo smlouvy,
  4. zdravotní pojišťovna překračuje rozsah kontrolní činnosti stanovený touto rámcovou smlouvou nebo zákonem,
  5. zdravotní pojišťovna přes písemné upozornění neoprávněně neuhradí zdravotnickému zařízení poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
  6. se pokračování smluvního vztahu se zdravotní pojišťovnou stane pro zdravotnické zařízení ekonomicky nevýhodným.

### Čl. 9

#### Vzájemné sdělování údajů a předávání dokladů nutných ke kontrole plnění smlouvy

- (1) Smluvní strany
- a) používají v souladu s metodikou pro jednoznačnou identifikaci zdravotnického zařízení identifikační číslo zařízení,
  - b) sdělují si údaje nutné ke kontrole plnění smlouvy,
  - c) zajistí trvale přístupné a jasné informace o existenci smluvního vztahu a právech vyplývajících z něho pro pojištěnce,
  - d) mohou si předávat údaje nezbytné k hodnocení kvality a efektivity poskytované hrazené zdravotní péče, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve smlouvě.
- (2) Zdravotnické zařízení
- a) doloží pojišťovně, při důvodném podezření na nedodržení postupu „lege artis“, že zdravotnické prostředky byly při poskytování hrazené zdravotní péče použity v souladu se zvláštními právními předpisy<sup>12)</sup>,
  - b) oznámí neprodleně, nejpozději do 30 kalendářních dnů druhé smluvní straně skutečnosti, které by podstatným způsobem mohly ovlivnit plnění smlouvy, např. vznik závad na výpočetním systému, změny údajů uvedených ve smlouvě pokud dojde
    1. ke zrušení pracoviště nebo jeho části bez náhrady, nebo jeho uzavření na dobu delší než 30 kalendářních dnů,
    2. k odchodu zaměstnance jmenovitě uvedeného ve smlouvě,
    3. k výpadku přístroje nezbytného pro provádění výkonu bez náhrady na dobu delší než 30 kalendářních dnů.
- (3) Pojišťovna může poskytnout zdravotnickému zařízení v zobecněné formě informace potřebné k ekonomizaci jeho činnosti nebo k jeho vědecké a výzkumné činnosti a ke kontrole kvality poskytované hrazené zdravotní péče, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve smlouvě.

### Čl. 10

#### Řešení sporů

- (1) Smluvní strany budou řešit případné spory týkající se plnění smlouvy především vzájemným jednáním zástupců smluvních stran, a to zpravidla do 14 kalendářních dnů od výzvy jedné ze smluvních stran. Pokud mezi nimi nedojde k dohodě, mohou sporné otázky projednat ve smířícím jednání. Tím není dotčeno právo smluvních stran uplatnit svůj nárok na řešení sporu u soudu nebo v rozhodčím řízení podle zvláštního právního předpisu<sup>13)</sup>.

- (2) Smírčí jednání navrhuje jedna ze smluvních stran. Návrh musí obsahovat přesné a dostatečně podrobné vymezení sporu. Smírčího jednání se účastní zmocněný zástupce zdravotnického zařízení a statutární zástupce pojišťovny nebo jím zmocněný vedoucí pracovník oprávněný samostatně jménem pojišťovny v dané věci jednat a rozhodovat. Zdravotnické zařízení je oprávněno přizvat ke smírčímu jednání profesní komoru zřízenou zákonem nebo občanské sdružení uvedené v § 17 odst. 2 zákona a právního zástupce. Místo a čas smírčího jednání navrhuje účastník, který k němu dal podnět. K projednání sporu si dále každá smluvní strana může přizvat nejvýše dva odborné poradce. Smírčí jednání se ukončí zápisem, obsahujícím smír nebo závěr, že rozpor nebyl odstraněn s uvedením stanovisek obou stran.

#### **Čl. 11**

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



**Rámcová smlouva**  
**pro**  
**zdravotnická zařízení poskytující**  
**zdravotnickou záchrannou službu a dopravu**  
**a zdravotní pojišťovny**

**Část první**  
**Obecná ustanovení**

**Čl. 1**  
**Smluvní vztahy**

- (1) Rámcová smlouva stanoví podmínky, za nichž se uzavírají smlouvy mezi zdravotnickými zařízeními a pojišťovnami za účelem zajištění věcného plnění při poskytování a úhradě hrazené zdravotní péče.
- (2) Právní vztahy upravené ve smlouvě uzavírané mezi jednotlivými pojišťovnami a zařízeními zdravotnické záchranné služby a dopravy se nesmí odchýlit od ustanovení rámcové smlouvy podle této vyhlášky, pokud to rámcová smlouva sama neumožňuje. K zajištění vytváření jednotných podmínek při shodném, či srovnatelném plnění, v souladu se zvláštním právním předpisem<sup>4)</sup>, se na vypracování textu smlouvy podílejí zástupci pojišťoven a zástupci poskytovatelů zdravotní péče, zmocnění k zastupování v této věci.

**Část druhá**  
**Smlouvy**

**Čl. 2**  
**Uzavírání smluv**

- (1) Závazkové vztahy mezi pojišťovnou a zdravotnickým zařízením se řídí písemnou smlouvou uzavřenou podle této rámcové smlouvy, právních předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotní péče, obchodního nebo občanského zákoníku a dalších právních předpisů.
- (2) Základními podmínkami pro uzavření smlouvy jsou
  - a) oprávnění zdravotnického zařízení k poskytování zdravotní péče odbornosti zdravotnická záchranná služba nebo k poskytování dopravy,
  - b) akceptace dohodnutého postupu pro pořizování, předávání dokladů a pravidel pro vyhodnocování dokladů v souladu s metodikou a pravidly a jednotného datového rozhraní vytvářenými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou v součinnosti se zástupci pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče, schválenými Ministerstvem zdravotnictví a zveřejněnými ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví. Metodika a pravidla účinná ke dni nabytí účinnosti této vyhlášky, pozbývají platnosti dnem 31. 12. 2006.
- (3) Smlouva obsahuje
  - a) práva a povinnosti smluvních stran,
  - b) podmínky kvality a účelnosti poskytování zdravotní péče, zejména druh, obor a rozsah poskytované zdravotní péče specifikovaný seznamem výkonů s bodovými hodnotami podle druhů péče, kterou je zdravotnické zařízení oprávněno poskytovat, včetně věcného a technického vybavení a personálního zajištění,
  - c) způsob stanovení výše úhrad hrazené zdravotní péče,
  - d) způsob provádění úhrady poskytované zdravotní péče,

- e) podmínky nezbytné ke kontrole plnění smlouvy, včetně správnosti účtovaných částek,
  - f) rozsah a způsob vzájemného sdělování údajů nutných ke kontrole plnění smlouvy,
  - g) ustanovení o dohodnuté metodice, pravidlech a datovém rozhraní platných v době uzavření smlouvy,
  - h) způsob seznámení zdravotnického zařízení se změnami metodiky, pravidel a datového rozhraní, včetně způsobu předávání těchto změn,
  - i) ustanovení o řešení rozporů ve smírčím jednání, popřípadě ustanovení o použití rozhodčího řízení při neúspěchu smírčího jednání,
  - j) dobu účinnosti smlouvy, způsob a důvody jejího ukončení.
- (4) Smlouva může obsahovat i další ujednání nezbytná pro její plnění a kontrolu, pokud jsou v souladu s touto rámcovou smlouvou a právními předpisy.

### Čl. 3

#### Práva a povinnosti smluvních stran

- (1) Smluvní strany
- a) dodržují při vykazování a úhradě hrazené zdravotní péče dohodnutou metodiku, pravidla a datové rozhraní,
  - b) zaváží své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců a zájmů zdravotnického zařízení i pojišťovny, k zachování povinné mlčenlivosti o osobních údajích<sup>5)</sup> a skutečnostech, o nichž se dozvěděli při výkonu své funkce nebo zaměstnání anebo při zpracování údajů z informačního systému na základě smlouvy, popřípadě v souvislosti s nimi,
  - c) dodržují přímo použitelné předpisy Evropských společenství.
- (2) Zdravotnické zařízení zdravotnické záchranné služby nebo dopravy
- a) poskytuje hrazenou zdravotní péči ve své odbornosti v souladu s právními předpisy v rozsahu dohodnutém a vymezeném ve smlouvě, pro který je věcně a technicky vybaveno a personálně zajištěno,
  - b) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci<sup>7)</sup>, kteří budou pojištěncům poskytovat ve smlouvě sjednanou hrazenou zdravotní péči, splňují požadavky odborné způsobilosti stanovené právními předpisy pro poskytování hrazené zdravotní péče<sup>8)</sup>,
  - c) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytovanou zdravotní péči podle zvláštního právního předpisu<sup>9)</sup>,
  - d) neodmítne přijetí pojištěnce do své péče s výjimkou důvodů uvedených v § 11 odst. 1 písm. b) zákona,
  - e) nepodmíní právo pojištěnce na svobodnou volbu zdravotnického zařízení nebo na poskytnutí hrazené zdravotní péče žádnými poplatky nebo sponzorskými dary a za poskytnutou zdravotní péči hrazenou pojišťovnou nebude od pojištěnce, pokud to nevyplývá z právních předpisů, vybírat žádnou finanční úhradu,
  - f) nebude zvýhodňovat pojištěnce jedné nebo více pojišťoven v neprospěch pojištěnců pojišťoven ostatních a zhoršovat dostupnost zdravotní péče hrazené pojišťovnou přednostním poskytováním péče hrazené jiným způsobem.
- (3) Zdravotnické zařízení zdravotnické záchranné služby
- a) bude poskytovat v nepřetržitém provozu ve smluvené územní oblasti výkony přednemocniční neodkladné péče, nebo ve sjednaném rozsahu výkony dopravy, indikované smluvními zdravotnickými zařízeními pojišťovny; v případě neodkladné péče i nesmluvními zdravotnickými zařízeními,
  - b) přizpůsobí při poskytování zdravotní péče pojištěncům vyšetřovací a ošetrovací postupy jejich zdravotnímu stavu, při postupu „lege artis“,

- c) povede pro posouzení oprávněnosti vyúčtování zdravotní péče v průkazné formě dokumentaci o léčení pojištěnců, ve které budou zaznamenávány provedené zdravotní výkony, použitý zvlášť účtovaný materiál a podané léčivé přípravky. Uchová zvukový záznam telefonních výzev na lince 155 po dobu jednoho roku od jeho pořízení. O provedených dopravních výkonech vede dokumentaci v souladu se zvláštním právním předpisem<sup>14)</sup> a metodikou,
  - d) poskytne v souladu s právními předpisy zdravotnickým zařízením, kterým pojištěnce předá do péče nebo které si pojištěnec zvolí, informace potřebné pro zajištění návaznosti zdravotní péče a k zamezení duplicitního provádění diagnostických a léčebných výkonů,
  - e) oznámí pojišťovně, v souladu s § 55 zákona pro účely náhrady škody úrazy nebo jiná poškození zdravých osob, kterým poskytlo hrazenou zdravotní péči, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby.
- (4) Zdravotnické zařízení dopravy
- a) bude poskytovat ve sjednaném rozsahu výkony dopravy indikované smluvními zdravotnickými zařízeními pojišťovny; v případě neodkladné péče i nesmluvními zdravotnickými zařízeními,
  - b) přizpůsobí při poskytování hrazené zdravotní péče pojištěncům způsob provedení dopravního výkonu zdravotnímu stavu pojištěnce podle pokynů vyznačených indikujícím lékařem v příkazu ke zdravotnímu transportu,
  - c) povede pro posouzení oprávněnosti vyúčtované zdravotní péče v průkazné formě v souladu s metodikou dokumentaci, v níž budou zaznamenány provedené dopravní výkony. Dále vede dokumentaci podle zvláštního právního předpisu<sup>14)</sup>.
- (5) Pojišťovna
- a) uhradí zdravotnickému zařízení provedenou hrazenou zdravotní péči, průkazně zdokumentovanou a odůvodněně poskytnutou jejím pojištěncům v souladu s právními předpisy a smlouvou,
  - b) dohledá na žádost zdravotnického zařízení bez zbytečného prodlení příslušnost pojištěnce k pojišťovně v případech, kdy není dostupný průkaz pojištěnce a jsou dostupné jeho osobní údaje,
  - c) nebude vyžadovat zvýhodňování svých pojištěnců na úkor pojištěnců ostatních pojišťoven,
  - d) je oprávněna provádět kontrolu plnění smluvně dohodnutých věcných a technických podmínek hrazené zdravotní péče poskytované zdravotnickým zařízením podle smlouvy, poskytuje zdravotnickému zařízení k zajištění jednotných podmínek dohodnutou metodiku, pravidla, datové rozhraní a příslušné číselníky vydávané Všeobecnou zdravotní pojišťovnou k vykazování a výpočtu úhrady hrazené zdravotní péče,
  - e) seznámí zdravotnické zařízení s dohodnutými změnami metodiky, pravidel a se změnami číselníků alespoň jeden měsíc a se změnou datového rozhraní alespoň dva měsíce před stanoveným termínem jejich platnosti. V případě změny právních předpisů, která neumožní tuto lhůtu dodržet, může být uvedená lhůta přiměřeně zkrácena,
  - f) je oprávněna zveřejnit rozsah nasmlouvané zdravotní péče, výši celkové úhrady poskytnuté pojišťovnou zdravotnickému zařízení z veřejného zdravotního pojištění za kalendářní rok a výši úhrady za zdravotnickým zařízením předepsaná léčiva a zdravotnické prostředky za kalendářní rok.

#### Čl. 4

##### Úhrada poskytované hrazené zdravotní péče

- (1) Hodnoty bodu, výše úhrad a regulační omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění se sjednávají ve smlouvě podle výsledků dohodovacího řízení, popřípadě v souladu se zvláštním právním předpisem.

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

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

- (2) Za způsoby úhrady se považují zejména:
  - a) úhrada za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami,
  - b) paušální úhrada za poskytnutou zdravotní péči,
  - c) jiné způsoby úhrady dohodnuté v dohodovacím řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, nebo v souladu se zvláštním právním předpisem.
- (3) Mezi smluvními stranami musí být předem dohodnuto zvýšení nebo snížení objemu poskytované hrazené zdravotní péče z důvodu změny kapacity popřípadě struktury zdravotnického zařízení.
- (4) Zdravotnické zařízení pro uplatnění nároků na úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče předává pojišťovně jednou měsíčně vyúčtování poskytnuté péče fakturou s přílohami. Faktura je účetním dokladem a splňuje náležitosti účetního dokladu<sup>11)</sup>. Náležitosti přílohy jsou stanoveny v metodice nebo se v souladu s metodikou uvádějí ve smlouvě. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu<sup>11)</sup> a příloha neobsahuje náležitosti podle dohodnuté metodiky nebo smlouvy, má pojišťovna právo ji odmítnout a vrátit bez zbytečného odkladu zdravotnickému zařízení k doplnění, případně k opravě; v takovém případě běží lhůta splatnosti až od termínu jejího opětovného převzetí pojišťovnou.
- (5) Zdravotnické zařízení odpovídá za úplnost, formální i věcnou správnost dokladů a za jejich předávání způsobem dohodnutým v metodice a datovém rozhraní. Individuální doklady za hrazenou zdravotní péči poskytnutou pojištěncům předává zdravotnické zařízení pojišťovně spolu s vyúčtováním v termínu a způsobem dohodnutým ve smlouvě (na magnetických nosičích dat nebo papírových dokladech nebo jiným sjednaným způsobem).
- (6) Zjistí-li pojišťovna ve vyúčtování před provedením úhrady nesprávně nebo neoprávněně vyúčtovanou péči, úhradu této části vyúčtované péče v termínu splatnosti neprovede. Pojišťovna oznámí zdravotnickému zařízení bez zbytečného odkladu rozsah, důvod a částku vyúčtované, ale neuhrazené péče. Tím pojišťovna vyzve zdravotnické zařízení k opravě nesprávně vyúčtované péče nebo k doložení poskytnutí hrazené zdravotní péče. Řádně poskytnutou a vyúčtovanou péči pojišťovna uhradí v nejbližším termínu úhrady.
- (7) Pojišťovna provede za své pojištěnce úhradu hrazené zdravotní péče, vyúčtované v souladu s právními předpisy a smlouvou. Pokud při kontrole zjistí chyby v dokladech, postupuje podle metodiky a pravidel. Odmítnutí úhrady nebo části úhrady pojišťovna bez zbytečného odkladu zdravotnickému zařízení písemně zdůvodní. Poskytnutím úhrady není dotčeno právo pojišťovny k provádění následné kontroly proplacených vyúčtování v rozsahu a za podmínek stanovených právními předpisy a smlouvou.
- (8) Zjistí-li pojišťovna pochybení ve vyúčtování předaném zdravotnickým zařízením dodatečně po úhradě a zdravotnické zařízení do 10 pracovních dnů od doručení písemné výzvy pojišťovny příslušnou částku samo neuhradí, nebo nedoloží oprávněnost vyúčtované sporné částky nebo nebude mezi smluvními stranami dohodnut jiný termín úhrady, pojišťovna jednostranným započtením pohledávky sníží zdravotnickému zařízení o příslušnou částku, případně o smluvní pokutu dohodnutou ve smlouvě, úhradu za vyúčtování hrazené zdravotní péče předložené v následujícím zúčtovacím období.
- (9) Úhrada vyúčtované poskytnuté hrazené zdravotní péče, při dodržení podmínek dohodnutých ve smlouvě, bude provedena při předání vyúčtování pojišťovně na magnetickém mediu do 30 kalendářních dnů a při předání vyúčtování pojišťovně na papírových dokladech do 40 kalendářních dnů ode dne doručení faktury pojišťovně. Závazek k úhradě je splněn dnem odepsání z účtu zdravotní pojišťovny.
- (10) V případě poruchy výpočetního systému, znemožňující včasné provedení vyúčtování nebo úhrady hrazené zdravotní péče, poskytne pojišťovna zdravotnickému zařízení v dohodnutém termínu

úhrady zálohu ve výši průměrného měsíčního objemu vykázané zdravotní péče, vypočteného z posledních dvou uzavřených kalendářních čtvrtletí, pokud se smluvní strany v daném případě nedohodnou jinak.

## Čl. 5

### Kontrola

- (1) Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona a smlouvou kontrolu využívání a poskytování hrazené zdravotní péče v jejím objemu a kvalitě, včetně dodržování cen, a to prostřednictvím svého informačního systému, revizních lékařů a dalších odborných pracovníků.
- (2) V rámci své odborné způsobilosti revizní lékaři a odborní pracovníci oprávnění ke kontrole posuzují, zda zvolený způsob hrazené zdravotní péče byl indikován s ohledem na zdravotní stav pojištěnce a zda nebyl zbytečně ekonomicky náročný.
- (3) V případech stanovených právními předpisy revizní lékař posuzuje i odůvodněnost ošetřujícím lékařem navrženého, popřípadě provedeného léčebného postupu a schvaluje, zda použitý postup pojišťovna uhradí. Rozhodnutí o použití léčebného postupu, včetně farmakoterapie, je v kompetenci ošetřujícího lékaře.
- (4) Zdravotnické zařízení poskytne pojišťovně při výkonu kontroly nezbytnou součinnost, zejména předkládá doklady potřebné k účelu kontroly, sděluje údaje a poskytuje vysvětlení. Umožní revizním lékařům a odborným pracovníkům pojišťovny vstup do svého objektu, nahlížení do zdravotnické dokumentace pojištěnců.
- (5) Revizní lékař je v rámci kontroly povinen postupovat tak, aby nenarušil provoz zdravotnického zařízení. V případě kontroly ve zdravotnickém zařízení bude na místě vypracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a se stanoviskem oprávněného zástupce zdravotnického zařízení. Tento záznam nenahrazuje zprávu podle odstavce 6 tohoto článku.
- (6) Revizní zprávu, obsahující závěry kontroly, pojišťovna zpracuje a předá zdravotnickému zařízení do 15 kalendářních dnů po ukončení kontroly; pokud nebude možno z objektivních důvodů tuto lhůtu dodržet, oznámí pojišťovna tuto skutečnost zdravotnickému zařízení. Kontrola bude ukončena zpravidla do 30 kalendářních dnů od jejího zahájení.
- (7) Zdravotnické zařízení je oprávněno do 15 kalendářních dnů od převzetí závěru kontroly podat pojišťovně písemně zdůvodněné námitky. K námitkám sdělí pojišťovna stanovisko do 30 kalendářních dnů od jejich doručení. Pokud nebude možno z objektivních důvodů tyto lhůty dodržet, prodlouží se příslušná lhůta na žádost smluvní strany až na dvojnásobek. Ve stanovené lhůtě pojišťovna sdělí zdravotnickému zařízení, zda potvrzuje nebo mění závěry kontroly. Podání námitek nemá z hlediska finančních nároků pojišťovny vůči zdravotnickému zařízení odkladný účinek. Tím není dotčeno právo zdravotnického zařízení uplatnit svůj nesouhlas s rozhodnutím pojišťovny v jiném řízení.
- (8) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazené zdravotní péče nebo její neodůvodněné poskytování, pojišťovna podle § 42 odst. 3 zákona takovou péči neuhradí a je oprávněna postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě. V případě, že se závěry kontroly prokáží jako neodůvodněné, uhradí pojišťovna zdravotnickému zařízení částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče. Zdravotnické zařízení je oprávněno postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě.
- (9) Revizní lékaři zdravotní pojišťovny mohou kontrolovat podle tohoto článku jen zdravotní péči a výkony vykázané zdravotnickým zařízením nejvýše 3 roky zpět.

## Čl. 6

### Sankční ujednání

- (1) Smluvní strany si mohou účtovat smluvní pokutu až do výše 2 % měsíční platby za porušení povinností odstavce 2.



- (2) Za porušení smlouvy se považují případy, kdy
- a) smluvní strana
    1. uvede nepravdivé, neúplné či zkreslující údaje při uzavírání smlouvy, nebo při jejím plnění,
    2. nedodrží ustanovení smlouvy, s následkem prokazatelně neúčelného vynaložení prostředků veřejného zdravotního pojištění,
    3. neposkytne informace sjednané ve smlouvě,
  - b) zdravotnické zařízení
    1. prokazatelně neoprávněně nebo vícenásobně účtuje zdravotní péči,
    2. opakovaně porušilo povinnost ohlásit pojišťovně v souladu s § 55 zákona úrazy nebo jiná poškození zdraví pojištěnce způsobená jednáním právnické nebo fyzické osoby,
  - c) pojišťovna prokazatelně neodůvodněně sníží nebo odmítne úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče.
- (3) Uplatněním sankce není dotčeno právo smluvních stran na vrácení úhrady za neoprávněně nebo nesprávně vyúčtovanou a uhrazenou hrazenou zdravotní péči.
- (4) V případě prodlení s úhradou podle odstavce 2 písm. c) nad 65 kalendářních dní ode dne doručení faktury pojišťovně, uhradí zdravotní pojišťovna zdravotnickému zařízení smluvní pokutu ve výši 10 % dlužné částky.
- (5) Uplatněním smluvní pokuty není dotčeno právo zdravotnického zařízení na uplatnění úroků z prodlení podle obecně závazných právních předpisů ani na náhradu případně vzniklé škody.

#### **Doba účinnosti, způsob a důvody ukončení smlouvy**

##### **Čl. 7**

Smlouva se uzavírá na dobu nejdéle 48 měsíců.

##### **Čl. 8**

Smlouvu lze ukončit vždy k 1. lednu následujícího roku

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



- c) výpovědí ze strany zdravotnického zařízení s výpovědní lhůtou nejméně 6 měsíců pokud
1. zdravotní pojišťovna opakovaně porušuje ustanovení této rámcové smlouvy,
  2. zdravotní pojišťovna přes písemné upozornění opakovaně nedodrží lhůty splatnosti dohodnuté ve smlouvě,
  3. zdravotní pojišťovna poskytne třetí straně údaje o zdravotnickém zařízení nad rámec právních předpisů nebo smlouvy,
  4. zdravotní pojišťovna překračuje rozsah kontrolní činnosti stanovený touto rámcovou smlouvou nebo zákonem,
  5. zdravotní pojišťovna přes písemné upozornění neoprávněně neuhradí zdravotnickému zařízení poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
  6. se pokračování smluvního vztahu se zdravotní pojišťovnou stane pro zdravotnické zařízení ekonomicky nevýhodným.

## Čl. 9

### Vzájemné sdělování údajů a předávání dokladů nutných ke kontrole plnění smlouvy

- (1) Smluvní strany
- a) používají v souladu s metodikou pro jednoznačnou identifikaci zdravotnického zařízení identifikační číslo zařízení,
  - b) sdělují si údaje nutné ke kontrole plnění smlouvy,
  - c) zajistí trvale přístupné a jasné informace o existenci smluvního vztahu a právech vyplývajících z něho pro pojištěnce,
  - d) mohou si předávat údaje nezbytné k hodnocení kvality a efektivity poskytované hrazené zdravotní péče, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve smlouvě.
- (2) Zdravotnické zařízení
- a) doloží pojišťovně, při důvodném podezření na nedodržení postupu „lege artis“, že zdravotnické prostředky byly při poskytování hrazené zdravotní péče použity v souladu se zvláštními právními předpisy<sup>12)</sup>,
  - b) oznámí neprodleně, nejpozději do 30 kalendářních dnů druhé smluvní straně skutečnosti, které by podstatným způsobem mohly ovlivnit plnění smlouvy, např. vznik závad na výpočetním systému, změny údajů uvedených ve smlouvě pokud dojde
    1. ke zrušení pracoviště nebo jeho části bez náhrady, nebo jeho uzavření na dobu delší než 30 kalendářních dnů,
    2. k odchodu zaměstnance jmenovitě uvedeného ve smlouvě,
    3. k výpadku přístroje nezbytného pro provádění výkonu bez náhrady na dobu delší než 30 kalendářních dnů.
- (3) Pojišťovna může poskytnout zdravotnickému zařízení v zobecněné formě informace potřebné k ekonomizaci jeho činnosti nebo k jeho vědecké a výzkumné činnosti a ke kontrole kvality poskytované hrazené zdravotní péče, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve smlouvě.

## Čl. 10

### Řešení sporů

- (1) Smluvní strany budou řešit případné spory týkající se plnění smlouvy především vzájemným jednáním zástupců smluvních stran, a to zpravidla do 14 kalendářních dnů od výzvy jedné ze smluvních stran. Pokud mezi nimi nedojde k dohodě, mohou sporné otázky projednat ve smířcím jednání. Tím není dotčeno právo smluvních stran uplatnit svůj nárok na řešení sporu u soudu nebo v rozhodčím řízení podle zvláštního právního předpisu<sup>13)</sup>.
- (2) Smířcí jednání navrhuje jedna ze smluvních stran. Návrh musí obsahovat přesné a dostatečně podrobné vymezení sporu. Smířcího jednání se účastní zmocněný zástupce zdravotnického zařízení

a statutární zástupce pojišťovny nebo jím zmocněný vedoucí pracovník oprávněný samostatně jménem pojišťovny v dané věci jednat a rozhodovat. Zdravotnické zařízení je oprávněno přizvat ke smírčímu jednání profesní komoru zřízenou zákonem nebo občanské sdružení uvedené v § 17 odst. 2 zákona a právního zástupce. Místo a čas smírčího jednání navrhuje účastník, který k němu dal podnět. K projednání sporu si dále každá smluvní strana může přizvat nejvýše dva odborné poradce. Smírčí jednání se ukončí zápisem, obsahujícím smír nebo závěr, že rozpor nebyl odstraněn s uvedením stanovisek obou stran.

#### **Čl. 11**

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

**Rámcová smlouva**  
**pro**  
**zdravotnická zařízení poskytující**  
**lázeňskou péči**  
**a zdravotní pojišťovny**

**Část první**  
**Obecná ustanovení**

**Čl. 1**  
**Smluvní vztahy**

- (1) Rámcová smlouva stanoví podmínky, za nichž se uzavírají smlouvy mezi zdravotnickými zařízeními a pojišťovnami za účelem zajištění věcného plnění při poskytování a úhradě hrazené zdravotní péče.
- (2) Právní vztahy upravené ve smlouvě uzavírané mezi jednotlivými pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními lázeňské péče se nesmí odchýlit od ustanovení rámcové smlouvy podle této vyhlášky, pokud to rámcová smlouva sama neumožňuje. K zajištění vytváření jednotných podmínek při shodném, či srovnatelném plnění, v souladu se zvláštním právním předpisem<sup>4)</sup>, se na vypracování textu smlouvy podílejí zástupci pojišťoven a zástupci poskytovatelů lázeňské péče, zmocnění k zastupování v této věci.

**Část druhá**  
**Smlouvy**

**Čl. 2**  
**Uzavírání smluv**

- (1) Závazkové vztahy mezi pojišťovnou a zdravotnickým zařízením se řídí písemnou smlouvou uzavřenou podle této rámcové smlouvy, právních předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotní péče, obchodního nebo občanského zákoníku a dalších právních předpisů.
- (2) Základními podmínkami pro uzavření smlouvy jsou
  - a) oprávnění zdravotnického zařízení k poskytování lázeňské péče (dále jen „zdravotní péče“), včetně předložení akreditační karty specifikované v příloze smlouvy,
  - b) akceptace dohodnutého postupu pro pořizování, předávání a vyhodnocování dokladů v souladu s metodikou a pravidly a jednotného datového rozhraní vytvářenými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou v součinnosti se zástupci pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče, schválenými Ministerstvem zdravotnictví a zveřejněnými ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví. Metodika a pravidla účinná ke dni nabytí účinnosti této vyhlášky, pozbývají platnosti dnem 31. 12. 2006.
- (3) Smlouva obsahuje
  - a) práva a povinnosti smluvních stran,
  - b) podmínky kvality a účelnosti poskytování zdravotní péče, zejména druh, obor a rozsah poskytované zdravotní péče, včetně věcného a technického vybavení a personálního zajištění,
  - c) způsob stanovení výše úhrad hrazené zdravotní péče,
  - d) způsob provádění úhrady poskytované zdravotní péče,
  - e) podmínky nezbytné ke kontrole plnění smlouvy, včetně správnosti účtovaných částek,
  - f) rozsah a způsob vzájemného sdělování údajů nutných ke kontrole plnění smlouvy,

- g) ustanovení o dohodnuté metodice, pravidlech a datovém rozhraní platných v době uzavření smlouvy,
  - h) způsob seznámení zdravotnického zařízení se změnami metodiky, pravidel a datového rozhraní, včetně způsobu předávání těchto změn,
  - i) ustanovení o řešení rozporů ve smírčím jednání, popřípadě ustanovení o použití rozhodčího řízení při neúspěchu smírčího jednání,
  - j) dobu účinnosti smlouvy, způsob a důvody jejího ukončení.
- (4) Smlouva může obsahovat i další ujednání nezbytná pro její plnění a kontrolu, pokud jsou v souladu s touto rámcovou smlouvou a právními předpisy.

### Čl. 3

#### Práva a povinnosti smluvních stran

- (1) Smluvní strany
- a) dodržují při vykazování a úhradě hrazené zdravotní péče dohodnutou metodiku, pravidla a datové rozhraní,
  - b) zaváží své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců a zájmů zdravotnického zařízení i pojišťovny, k zachování povinné mlčenlivosti o osobních údajích<sup>5)</sup> a skutečnostech, o nichž se dozvěděli při výkonu své funkce nebo zaměstnání anebo při zpracování údajů z informačního systému na základě smlouvy, popřípadě v souvislosti s nimi,
  - c) dodržují přímo použitelné předpisy Evropských společenství.
- (2) Zdravotnické zařízení
- a) poskytuje hrazenou zdravotní péči v souladu s právními předpisy v rozsahu dohodnutém a vymezeném ve smlouvě, pro které je věcně a technicky vybaveno a personálně zajištěno,
  - b) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci<sup>7)</sup>, kteří budou pojištěncům poskytovat ve smlouvě sjednanou hrazenou zdravotní péči, splňují požadavky odborné způsobilosti stanovené právními předpisy pro poskytování této péče<sup>8)</sup>,
  - c) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytovanou zdravotní péči podle zvláštního právního předpisu<sup>9)</sup>,
  - d) poskytuje pojištěnci zdravotní péči v souladu s § 33 zákona a zvláštního právního předpisu<sup>18)</sup>,
  - e) poskytuje hrazenou zdravotní péči „lege artis“ a bez nadbytečných nákladů, vždy však se zřetelem k tomu, aby potřebného diagnostického nebo léčebného efektu bylo dosaženo s ohledem na individuální zdravotní stav pojištěnce,
  - f) odpovídá za to, že zdravotničtí pracovníci jiní než lékaři poskytují zdravotní péči na základě ordinace ošetřujícího lékaře a jiní odborní pracovníci ve zdravotnictví do získání způsobilosti k výkonu práce ve zdravotnictví pod odborným vedením osoby se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání v příslušném oboru,
  - g) povede pro posouzení oprávněnosti vyúčtované zdravotní péče v průkazné formě dokumentaci o léčení pojištěnců, ve které budou zaznamenávány provedené zdravotní výkony, vyžádaná zdravotní péče, předepisované léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a uchovány v ní i doručené výsledky vyžádaných a provedených vyšetření a ošetření. V dokumentaci bude založen i pojištěncem podepsaný lázeňský průkaz s poskytnutými procedurami a dietou a uvedením lázeňského objektu a čísla pokoje, v němž byl pojištěnec ubytován,
  - h) předá po ukončení lázeňské léčby pojištěnci závěrečnou lékařskou zprávu pro ošetřujícího lékaře k zajištění návaznosti zdravotní péče a k zamezení duplicitního provádění diagnostických a léčebných výkonů,
  - i) neodmítne přijetí pojištěnce do své péče s výjimkou důvodů uvedených v § 11 odst. 1 písm. b) zákona,

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

- j) nepodmíní právo pojištěnce na svobodnou volbu lékaře, zdravotnického zařízení nebo na poskytnutí hrazené zdravotní péče žádnými registračními poplatky nebo sponzorskými dary a za poskytnutou zdravotní péči hrazenou pojišťovnou nebude od pojištěnce, pokud to nevyplývá z právních předpisů, vybírat žádnou finanční úhradu,
  - k) nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí hrazené zdravotní péče změnou pojišťovny nebo jiným způsobem,
  - l) nebude zvýhodňovat pojištěnce jedné nebo více pojišťoven v neprospěch pojištěnců pojišťoven ostatních a zhoršovat dostupnost zdravotní péče hrazené pojišťovnou přednostním poskytováním péče hrazené jiným způsobem,
  - m) oznámí pojišťovně, v souladu s § 55 zákona úrazy nebo jiná poškození zdraví osob, kterým poskytl hrazenou zdravotní péči, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby,
  - n) zajistí, že lékaři kteří nejsou oprávněni k samostatnému výkonu povolání lékaře, budou toto povolání vykonávat pouze pod odborným dohledem lékaře, který je k samostatnému výkonu povolání lékaře oprávněn, a to jen v rozsahu stanoveném tímto lékařem ve smyslu ustanovení § 2 písm. f) zákona č. 95/2004 Sb.,
  - o) odpovídá podle zvláštního právního předpisu<sup>10)</sup> za správné a úplné vyplnění tiskopisu receptu; dále odpovídá za správné a úplné vyplnění poukazu na zdravotnické prostředky nebo poukazu na vyšetření/ošetření nebo příkazu ke zdravotnímu transportu. Pokud při preskripci nebylo respektováno preskripční omezení vyplývající z právních předpisů a pojišťovna tento léčivý přípravek nebo zdravotnický prostředek zařízení lékárenské péče uhradila, má pojišťovna právo požadovat od zdravotnického zařízení úhradu zaplacené částky. Pojišťovna není oprávněna požadovat tuto úhradu, pokud byl léčivý přípravek nebo zdravotnický prostředek předepsán pro jejího pojištěnce a zdravotnické zařízení odstranilo nedostatky ve lhůtě do jednoho měsíce od předání příslušného receptu nebo poukazu pojišťovnou. Stejný postup bude vůči zdravotnickému zařízení uplatněn i v případě chybného vyplnění poukazu na vyšetření/ošetření.
- (3) Pojišťovna
- a) uhradí zdravotnickému zařízení provedenou hrazenou zdravotní péči, průkazně zdokumentovanou a odůvodněně poskytnutou jejím pojištěncům v souladu s právními předpisy a smlouvou,
  - b) dohledá na žádost zdravotnického zařízení bez zbytečného prodlení příslušnost pojištěnce k pojišťovně v případech, kdy není dostupný průkaz pojištěnce a jsou dostupné jeho osobní údaje,
  - c) nebude vyžadovat zvýhodňování svých pojištěnců na úkor pojištěnců ostatních pojišťoven,
  - d) je oprávněna provádět kontrolu plnění smluvně dohodnutých věcných a technických podmínek hrazené zdravotní péče poskytované zdravotnickým zařízením podle smlouvy,
  - e) poskytuje zdravotnickému zařízení k zajištění jednotných podmínek dohodnutou metodiku, pravidla, datové rozhraní a příslušné číselníky vydávané Všeobecnou zdravotní pojišťovnou k vykazování a výpočtu úhrady hrazené zdravotní péče,
  - f) seznámí zdravotnické zařízení s dohodnutými změnami metodiky, pravidel a se změnami číselníků alespoň jeden měsíc a se změnou datového rozhraní alespoň dva měsíce před stanoveným termínem jejich platnosti. V případě změny právních předpisů, která neumožní tuto lhůtu dodržet, může být uvedená lhůta přiměřeně zkrácena,
  - g) je oprávněna zveřejnit rozsah nasmlouvané zdravotní péče, výši celkové úhrady poskytnuté pojišťovnou zdravotnickému zařízení z veřejného zdravotního pojištění za kalendářní rok a výši úhrady za zdravotnickým zařízením předepsaná léčiva a zdravotnické prostředky za kalendářní rok.

#### Čl. 4

##### Úhrada poskytované hrazené zdravotní péče

- (1) Úhrada poskytované hrazené péče se sjednává ve smlouvě v souladu s platným cenovým Výměrem Ministerstva financí pro příslušné období.

- (2) Mezi smluvními stranami musí být vždy předem dohodnuto i zvýšení nebo snížení objemu poskytované hrazené zdravotní péče z důvodu změny kapacity popřípadě struktury zdravotnického zařízení.
- (3) Zdravotnické zařízení pro uplatnění nároků na úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče předává pojišťovně jednou měsíčně vyúčtování poskytnuté péče fakturou s přílohami. Faktura je účetním dokladem a splňuje náležitosti účetního dokladu<sup>11)</sup>. Náležitosti přílohy jsou stanoveny v metodice nebo se v souladu s metodikou upřesní ve smlouvě. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu<sup>11)</sup> a příloha neobsahuje náležitosti podle dohodnuté metodiky nebo smlouvy, má pojišťovna právo ji odmítnout a vrátit bez zbytečného odkladu zdravotnickému zařízení k doplnění, případně k opravě; v takovém případě běží lhůta splatnosti až od termínu jejího opětovného převzetí pojišťovnou.
- (4) Zdravotnické zařízení odpovídá za úplnost, formální i věcnou správnost dokladů a za jejich předávání způsobem dohodnutým v metodice a datovém rozhraní. Individuální doklady za hrazenou zdravotní péči poskytnutou pojištěncům předává zdravotnické zařízení pojišťovně spolu s vyúčtováním v termínu a způsobem dohodnutým ve smlouvě (na magnetických nosičích dat nebo papírových dokladech nebo jiným sjednaným způsobem).
- (5) Zjistí-li pojišťovna ve vyúčtování před provedením úhrady nesprávně nebo neoprávněně vyúčtovanou péči, úhradu této části vyúčtované péče v termínu splatnosti neprovede. Pojišťovna oznámí zdravotnickému zařízení bez zbytečného odkladu rozsah, důvod a částku vyúčtované, ale neuhrazené péče. Tím pojišťovna vyzve zdravotnické zařízení k opravě nesprávně vyúčtované péče nebo k doložení poskytnutí hrazené zdravotní péče. Řádně poskytnutou a vyúčtovanou péči pojišťovna uhradí v nejbližším termínu úhrady.
- (6) Pojišťovna provede za své pojištěnce úhradu hrazené zdravotní péče, vyúčtované v souladu s právními předpisy a smlouvou. Pokud při kontrole zjistí chyby v dokladech, postupuje podle metodiky a pravidel. Odmítnutí úhrady nebo části úhrady pojišťovna bez zbytečného odkladu zdravotnickému zařízení písemně zdůvodní. Poskytnutím úhrady není dotčeno právo pojišťovny k provádění následné kontroly proplacených vyúčtování v rozsahu a za podmínek stanovených právními předpisy a smlouvou.
- (7) Zjistí-li pojišťovna pochybení ve vyúčtování předaném zdravotnickým zařízením dodatečně po úhradě a zdravotnické zařízení do 10 pracovních dnů od doručení písemné výzvy pojišťovny příslušnou částku samo neuhradí, nebo nedoloží oprávněnost vyúčtované sporné částky nebo nebude mezi smluvními stranami dohodnut jiný termín úhrady, pojišťovna jednostranným započtením pohledávky sníží zdravotnickému zařízení o příslušnou částku, případně o smluvní pokutu dohodnutou ve smlouvě, úhradu za vyúčtování hrazené zdravotní péče předložené v následujícím zúčtovacím období.
- (8) Úhrada vyúčtované poskytnuté hrazené zdravotní péče, při dodržení podmínek dohodnutých ve smlouvě, bude provedena při předání vyúčtování pojišťovně na magnetickém mediu do 30 kalendářních dnů a při předání vyúčtování pojišťovně na papírových dokladech do 40 kalendářních dnů ode dne doručení faktury pojišťovně. Závazek k úhradě je splněn dnem odepsání z účtu zdravotní pojišťovny.
- (8) V případě poruchy výpočetního systému, znemožňující včasné provedení vyúčtování nebo úhrady hrazené zdravotní péče, poskytne pojišťovna zdravotnickému zařízení v dohodnutém termínu úhrady zálohu ve výši průměrného měsíčního objemu vykázané zdravotní péče, vypočteného z posledních dvou uzavřených kalendářních čtvrtletí, pokud se smluvní strany v daném případě nedohodnou jinak.

## Čl. 5

### Kontrola

- (1) Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona a smlouvou kontrolu využívání a poskytování hrazené zdravotní péče v jejím objemu a kvalitě, včetně dodržování cen, a to prostřednictvím svého informačního systému, revizních lékařů a dalších odborných pracovníků.



- (2) V rámci své odborné způsobilosti revizní lékaři a odborní pracovníci oprávnění ke kontrole posuzují, zda zvolený způsob hrazené zdravotní péče byl indikován s ohledem na zdravotní stav pojištěnce, je v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a zda nebyl zbytečně ekonomicky náročný.
- (3) V případech stanovených právními předpisy revizní lékař posuzuje i odůvodněnost ošetřujícím lékařem navrženého, popřípadě provedeného léčebného postupu a schvaluje, zda použitý postup pojišťovna uhradí. Rozhodnutí o použití léčebného postupu, včetně farmakoterapie, je v kompetenci ošetřujícího lékaře.
- (4) Zdravotnické zařízení poskytne pojišťovně při výkonu kontroly nezbytnou součinnost, zejména předkládá doklady potřebné k účelu kontroly, sděluje údaje a poskytuje vysvětlení. Umožní revizním lékařům a odborným pracovníkům pojišťovny vstup do svého objektu, nahlížení do zdravotnické dokumentace pojištěnců.
- (5) Revizní lékař je v rámci kontroly povinen postupovat tak, aby nenarušil provoz zdravotnického zařízení. V případě kontroly ve zdravotnickém zařízení bude na místě vypracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a se stanoviskem oprávněného zástupce zdravotnického zařízení. Tento záznam nenahrazuje zprávu podle odstavce 6 tohoto článku.
- (6) Revizní zprávu, obsahující závěry kontroly, pojišťovna zpracuje a předá zdravotnickému zařízení do 15 kalendářních dnů po ukončení kontroly; pokud nebude možno z objektivních důvodů tuto lhůtu dodržet, oznámí pojišťovna tuto skutečnost zdravotnickému zařízení. Kontrola bude ukončena zpravidla do 30 kalendářních dnů od jejího zahájení.
- (7) Zdravotnické zařízení je oprávněno do 15 kalendářních dnů od převzetí závěru kontroly podat pojišťovně písemně zdůvodněné námitky. K námitkám sdělí pojišťovna stanovisko do 30 kalendářních dnů od jejich doručení. Pokud nebude možno z objektivních důvodů tyto lhůty dodržet, prodlouží se příslušná lhůta na žádost smluvní strany až na dvojnásobek. Ve stanovené lhůtě pojišťovna sdělí zdravotnickému zařízení, zda potvrzuje nebo mění závěry kontroly. Podání námitek nemá z hlediska finančních nároků pojišťovny vůči zdravotnickému zařízení odkladný účinek. Tím není dotčeno právo zdravotnického zařízení uplatnit svůj nesouhlas s rozhodnutím pojišťovny v jiném řízení.
- (8) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazené zdravotní péče nebo její neodůvodněné poskytování, pojišťovna podle § 42 odst. 3 zákona takovou péči neuhradí a je oprávněna postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě. V případě, že se závěry kontroly prokáží jako neodůvodněné, uhradí pojišťovna zdravotnickému zařízení částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče. Zdravotnické zařízení je oprávněno postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě.
- (9) Revizní lékaři zdravotní pojišťovny mohou kontrolovat podle tohoto článku jen zdravotní péči a výkony vykázané zdravotnickým zařízením nejvýše 3 roky zpět.

## Čl. 6

### Sankční ujednání

- (1) Smluvní strany si mohou účtovat smluvní pokutu až do výše 2 % měsíční platby za porušení povinností podle odstavce 2.
- (2) Za porušení smlouvy se považují případy, kdy
  - a) smluvní strana
    1. uvede nepravdivé, neúplné či zkreslující údaje při uzavírání smlouvy, nebo při jejím plnění,
    2. nedodrží ustanovení smlouvy, s následkem prokazatelně neúčelného vynaložení prostředků veřejného zdravotního pojištění,
    3. neposkytne informace sjednané ve smlouvě,
  - b) zdravotnické zařízení
    1. prokazatelně neoprávněně nebo vícenásobně účtuje zdravotní péči,

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

### **Doba účinnosti, způsob a důvody ukončení smlouvy**

#### **Čl. 7**

Smlouva se uzavírá na dobu nejdéle 48 měsíců.

#### **Čl. 8**

Smlouvu lze ukončit vždy k 1. lednu následujícího roku

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

## Čl. 9

### Vzájemné sdělování údajů a předávání dokladů nutných ke kontrole plnění smlouvy

- (1) Smluvní strany
  - a) používají v souladu s metodikou pro jednoznačnou identifikaci zdravotnického zařízení identifikační číslo zařízení,
  - b) sdělují si údaje nutné ke kontrole plnění smlouvy,
  - c) zajistí trvale přístupné a jasné informace o existenci smluvního vztahu a právech vyplývajících z něho pro pojištěnce,
  - d) mohou si předávat údaje nezbytné k hodnocení kvality a efektivity poskytované hrazené zdravotní péče, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve smlouvě.
- (2) Zdravotnické zařízení
  - a) doloží pojišťovně, při důvodném podezření na nedodržení postupu „lege artis“, že zdravotnické prostředky byly při poskytování hrazené zdravotní péče použity v souladu se zvláštními právními předpisy<sup>12)</sup>,
  - b) oznámí neprodleně, nejpozději do 30 kalendářních dnů druhé smluvní straně skutečnosti, které by podstatným způsobem mohly ovlivnit plnění smlouvy, např. vznik závad na výpočetním systému, změny údajů uvedených ve smlouvě pokud dojde
    1. ke zrušení pracoviště nebo jeho části bez náhrady, nebo jeho uzavření na dobu delší než 30 kalendářních dnů,
    2. ke zrušení nepřetržitého provozu, nebo jeho výpadku na dobu delší než 30 kalendářních dnů,
    3. ke změně ve funkcích jmenovitě uvedených ve smlouvě,
    4. k výpadku přírodního zdroje nebo přístroje nezbytného pro provádění výkonu bez náhrady na dobu delší než 30 kalendářních dnů.
- (3) Pojišťovna může poskytnout zdravotnickému zařízení v zobecněné formě informace potřebné k ekonomizaci jeho činnosti nebo k jeho vědecké a výzkumné činnosti a ke kontrole kvality poskytované hrazené zdravotní péče, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve smlouvě.

## Čl. 10

### Řešení sporů

- (1) Smluvní strany budou řešit případné spory týkající se plnění smlouvy především vzájemným jednáním zástupců smluvních stran, a to zpravidla do 14 kalendářních dnů od výzvy jedné ze smluvních stran. Pokud mezi nimi nedojde k dohodě, mohou sporné otázky projednat ve smířčím jednání. Tím není dotčeno právo smluvních stran uplatnit svůj nárok na řešení sporu u soudu nebo v rozhodčím řízení podle zvláštního právního předpisu<sup>13)</sup>.
- (2) Smířčí jednání navrhuje jedna ze smluvních stran. Návrh musí obsahovat přesné a dostatečně podrobné vymezení sporu. Smířčího jednání se účastní zmocněný zástupce zdravotnického zařízení a statutární zástupce pojišťovny nebo jím zmocněný vedoucí pracovník oprávněný samostatně jménem pojišťovny v dané věci jednat a rozhodovat. Zdravotnické zařízení je oprávněno přizvat ke smířčímu jednání profesní komoru zřízenou zákonem nebo občanské sdružení uvedené v § 17 odst. 2 zákona a právního zástupce. Místo a čas smířčího jednání navrhuje účastník, který k němu dal podnět. K projednání sporu si dále každá smluvní strana může přizvat nejvýše dva odborné poradce. Smířčí jednání se ukončí zápisem, obsahujícím smír nebo závěr, že rozpor nebyl odstraněn s uvedením stanovisek obou stran.

## Čl. 11

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

---

**Z P R Á V Y A S D Ě L E N Í**

---

**1.****OZNÁMENÍ  
O VYDÁNÍ ČESKÉHO LÉKOPISU 2005 – DOPLŇKU 2006**

ZN.: 22708/2006-OZF/3-16.5.2006

REF: PharmDr. Miluška Šimáčková, tel. 22497 linka 2378

Ministerstvo zdravotnictví České republiky, na základě § 7 písm. e) zákona č. 79/1997 Sb., o léčivech a o změnách a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 129/2003 Sb., oznamuje vydání Českého lékopisu 2005 – Doplněk 2006, podle kterého se závazně postupuje od 1. listopadu 2006.

Český lékopis 2005 – Doplněk 2006 vydalo nakladatelství GRADA Publishing, a. s. U Průhonu 22, Praha 7, které zajistí jeho distribuci v průběhu měsíce října 2006.

Ministr:  
MUDr. David Rath, v. r.

**2.****OZNÁMENÍ MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ  
O TERMÍNECH KONÁNÍ ZKOUŠEK ODBORNÉ ZPŮSOBILOSTI PRO OBLAST  
POSUZOVÁNÍ VLIVŮ NA VEŘEJNÉ ZDRAVÍ**

ZN: HEM-300-24.5.06/23610

REF: MUDr. Zuzana Peterková, tel. 22497 linka 2926

Na základě § 3 odst. 2 vyhlášky č. 353/2004 Sb., kterou se stanoví bližší podmínky osvědčení o odborné způsobilosti pro oblast posuzování vlivů na veřejné zdraví, postup při jejich ověřování a postup při udělování a odnímání osvědčení odborné způsobilosti pro oblast posuzování vlivů na veřejné zdraví oznamuje termín konání zkoušek v následujícím termínu

**11. 7. 2006 od 11:00 hodin**

**místo konání zkoušky:** Státní zdravotní ústav, Šrobárova 48, budova č. 1 (ředitelství) v zasedací místnosti č. 3.

**Uzávěrka přihlášek ke zkoušce odborné způsobilosti je 10 pracovních dnů před dnem konání zkoušky.**

MUDr. Michael Vít, Ph.D., v. r.  
hlavní hygienik

## 3.

**PRŮBĚŽNÁ INFORMACE O PLATNÝCH PRÁVNÍCH PŘEDPÍSECH A SMĚRNICÍCH  
(INSTRUKCÍCH) VYDANÝCH NA ÚSEKU MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ  
PUBLIKOVANÝCH VE SBÍRCE ZÁKONŮ – DOPLNĚNÍ**

Na základě požadavku uplatňovaného odběrateli Věstníku Ministerstva zdravotnictví zveřejňuje se (od částky 11/1998) průběžná informace o platných právních předpisech a směrnicích (instrukcích) vydaných na úseku Ministerstva zdravotnictví publikovaných ve Sbírce zákonů (označeno tučně kursivou):

*Nařízení vlády, kterým se zrušuje nařízení vlády č. 268/2005 Sb., kterým se stanoví  
vyměřovací základ pro rok 2006 u osoby, za kterou je plátcem pojistného na všeo-  
becné zdravotní pojištění stát, ve znění nařízení vlády č. 29/2006 Sb.* **č. 166/2006 Sb.**

Vyhláška, kterou se stanoví povrchové vody využívané ke koupání osob, ve znění  
*vyhl. č. 168/2006 Sb.* **č. 38/2001 Sb.**

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví o hygienických požadavcích na výrobky  
určené pro styk s potravinami a pokrmy, ve znění vyhl. č. 186/2003 Sb. a *vyhl.  
č. 207/2006 Sb.* **č. 159/2003 Sb.**

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR o technických a věcných požadavcích  
na vybavení zdravotnických zařízení, ve znění vyhl. č. 51/1995 Sb., (úplné znění  
vyplyvající ze změny v částce 3/1995 Věstník MZ), ve znění vyhl. č. 225/1997  
Sb., vyhl. č. 184/1998 Sb. a *vyhl. č. 219/2006 Sb.* **č. 245/2006 Sb.**

Vyhláška, kterou se stanoví správná lékařská praxe, bližší podmínky přípra-  
vy a úpravy léčivých přípravků, výdeje a zacházení s léčivými přípravky ve zdra-  
votnických zařízeních a bližší podmínky provozu lékáren a dalších provozova-  
telů vydávajících léčivé přípravky, ve znění *vyhl. č. 220/2006 Sb.* **č. 49/1993 Sb.**

*Zákon o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních a o změně ně-  
kterých zákonů* **č. 255/2003 Sb.**

---

**Vydává:** Ministerstvo zdravotnictví ČR – **Redakce:** Palackého nám. 4, 120 00 Praha 2-Nové Město, telefon: 224 972 681. – **Administrace:** písemné objednávky předplatného, změny adres a počtu odebíraných výtisků – SEVT, a. s., Pekařova 4, 181 06 Praha 8-Bohnice, telefon: 283 090 352, 283 090 354, fax: 233 553 422, www.sevt.cz, e-mail: sevt@sevt.cz. Objednávky v Slovenskej republike prijíma a distribuuje Magnet Press Slovakia, s. r. o., P. O. BOX 169, 830 00 Bratislava, tel./fax: 004212 44 45 45 59, 004212 44 45 46 28 – **Předpokládané roční předplatné** se stanovuje za dávku kompletního ročníku a je od předplatitelů vybráno formou záloh ve výši oznámené ve Věstníku a pro tento rok činí I. záloha 870 Kč, – Vyčází podle potřeby – **Tiskne:** SPRINT SERVIS, Lovosická, Praha 9.

---

**Distribuce:** předplatné, jednotlivé částky na objednávku i za hotové – SEVT, a. s., Pekařova 4, 181 06 Praha 8-Bohnice, telefon: 283 090 352, 283 090 354, fax: 233 553 422; drobný prodej v prodejnách SEVT, a. s. – Praha 5, Elišky Peškové 14, tel./fax: 257 320 049 – Praha 4, Jihlavská 405, tel./fax: 261 260 414 – Brno, Česká 14, tel.: 542 213 962 – Ostrava, roh ul. Nádražní a Denisovy, tel./fax: 596 120 690 – České Budějovice, Česká 3, tel./fax: 387 319 045 a ve vybraných knihkupectvích. **Distribuční podmínky předplatného:** jednotlivé částky jsou expedovány předplatitelům neprodleně po dodání z tiskárny. Objednávky nového předplatného jsou vyřizovány do 15 dnů a pravidelné dodávky jsou zahajovány od nejbližší částky po ověření úhrady předplatného nebo jeho zálohy. Částky vyšlé v době od zaevidování předplatného do jeho úhrady jsou doposílány jednorázově. Změny adres a počtu odebíraných výtisků jsou prováděny do 15 dnů. Lhůta pro uplatnění reklamací je stanovena na 15 dnů od data rozeslání, po této lhůtě jsou reklamace vyřizovány jako běžné objednávky za úhradu. V písemném styku vždy uvádějte IČO (právnícká osoba), rodné číslo bez lomítka (fyzická osoba) a kmenové číslo předplatitele. **Podávání novinových zásilek** povoleno ŘPP Praha č.j. 1178/93 ze dne 9. dubna 1993. Podávání novinových zásilek v Slovenskej republike povoleno ŘPP Bratislava, pošta 12, č.j. 440/94 zo dňa 27. 12. 1994.

