**Rámcová smlouva pro poskytovatele akutní lůžkové péče a dalších zdravotních služeb poskytovaných v nemocnicích a pro poskytovatele následné a dlouhodobé lůžkové péče a pojišťovny**

Článek 1

**Působnost rámcových smluv**

1. Rámcová smlouva stanoví podstatné náležitosti smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb uzavírané mezi poskytovateli akutní lůžkové péče a dalších zdravotních služeb poskytovaných v nemocnicích apro poskytovatele následné a dlouhodobé lůžkové péče (dále jen „poskytovatel“) a pojišťovnami (dále jen „smlouva“).
2. Práva a povinnosti smluvních stran se nesmí odchýlit od ustanovení rámcové smlouvy, s výjimkou těch, u kterých takovou možnost tato rámcová smlouva výslovně uvádí.
3. Smlouva může obsahovat i další ujednání smluvních stran pokud neodporují této rámcové smlouvě.
4. Smlouva je uzavírána vždy v písemné formě.

Článek 2

**Práva a povinnosti smluvních stran**

(1) Smluvní strany jsou povinny dodržovat při vykazování a úhradě hrazených služeb

a) metodiku upravující podmínky a způsob pořizování a předávání dokladů pro provedení úhrady hrazených služeb (dále jen „metodika“),

b) pravidla upravující postup při převzetí, zpracování a ohodnocení dokladů za hrazené služby (dále jen „pravidla“),

c) datová rozhraní upravující postup při předávání dat mezi pojišťovnou a poskytovateli v elektronické podobě (dále jen „datová rozhraní“) a

d) číselníky k vykazování a výpočtu úhrady hrazených služeb (dále jen „číselníky“)

vydávané pojišťovnou a zpřístupňované poskytovateli prostřednictvím internetu pojišťovnou, nebo příslušným svazem zdravotních pojišťoven, jehož je pojišťovna členem. Stejným způsobem jsou vydávány a zpřístupňovány i jejich změny, a to alespoň jeden měsíc, v případě změn datového rozhraní pak alespoň dva měsíce, před nabytím jejich účinnosti. Z vážných důvodů, které neumožní tyto lhůty dodržet, mohou být uvedené lhůty přiměřeně zkráceny. Metodika a datová rozhraní, včetně jejich změn, mohou být vydány jen po předchozím projednání návrhu svazy zdravotních pojišťoven a příslušnými skupinami smluvních poskytovatelů, ukončeném společným rozhodnutím o přijetí návrhu. Uplatní-li k návrhu nesouhlas svaz zdravotních pojišťoven, či příslušná skupina smluvních poskytovatelů, která je návrhem podstatným způsobem dotčena, není návrh přijat.

(2) Smluvní strany jsou dále povinny

a) používat pro identifikaci poskytovatele identifikační číslo osoby (IČO), identifikační číslo zařízení (IČZ), identifikační číslo pracoviště (IČP), nedohodnou-li se jinak,

b) sdělovat si údaje nutné pro kontrolu plnění smlouvy,

c) zajistit trvale přístupné informace o trvání smlouvy a právech vyplývajících z ní pro pojištěnce,

d) předávat si údaje nezbytné k hodnocení kvality a efektivity poskytovaných hrazených služeb, bude-li tak mezi nimi dohodnuto.

(3) Poskytovatel

a) poskytuje hrazené služby v odbornostech a rozsahu dohodnutém v příloze smlouvy,

b) poskytuje hrazené služby bez nadbytečných nákladů,

c) je povinen hrazené služby předepsat a vyžádat od jiných poskytovatelů jen v odůvodněných případech a za tím účelem dbát na správnost postupu při jejich předepsání a vyžádání; dojde-li v důsledku porušení této povinnosti k úhradě předepsaných nebo vyžádaných zdravotních služeb jinému poskytovateli, nahradí poskytovatel pojišťovně náklady, odpovídající částce zaplacené jinému poskytovateli, nedohodnou-li smluvní strany jiný způsob řešení následků porušení této povinnosti,

d) poskytuje jiným poskytovatelům informace potřebné k zamezení duplicitního provádění zdravotních výkonů,

e) zajistí v případě nepřítomnosti ve smlouvě uvedeného zdravotnického pracovníka zástup jiným zdravotnickým pracovníkem a ve smluvně dohodnutých případech tuto skutečnost vhodným způsobem oznámí pojištěncům a pojišťovně,

f) nesmí podmínit právo pojištěnce na poskytnutí hrazených služeb změnou pojišťovny nebo jiným způsobem,

g) nesmí zvýhodňovat pojištěnce jedné nebo více pojišťoven v neprospěch pojištěnců pojišťoven ostatních a jakýmkoliv způsobem omezovat poskytování hrazených služeb,

h) poskytuje hrazené služby pojištěncům z EU za stejných podmínek jako pojištěncům pojišťovny, v rozsahu dle jimi předložených dokladů tak, aby nedocházelo k jejich diskriminaci ani upřednostňování,

i) je povinen bezodkladně sdělit pojišťovně skutečnosti, které mu brání, či mohou bránit v plnění smlouvy, např. vznik závad na výpočetním systému, či výpadek přístroje nezbytného pro provádění zdravotního výkonu bez náhrady na dobu delší než třicet dnů.

(4) Pojišťovna

a) uhradí poskytovateli odůvodněně provedené a řádně zdokumentované hrazené služby, poskytnuté jejím pojištěncům i pojištěncům z EU, kteří si pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie,

b) dohledá na žádost poskytovatele bez zbytečného prodlení příslušnost pojištěnce k pojišťovně v případech, kdy není dostupný průkaz pojištěnce a jsou dostupné jeho osobní údaje,

c) nebude vyžadovat zvýhodňování svých pojištěnců na úkor pojištěnců ostatních pojišťoven,

d) je oprávněna provádět kontrolu plnění smluvně dohodnutých věcných a technických podmínek a smluvně dohodnutého personálního zabezpečení hrazených služeb poskytovaných poskytovatelem podle smlouvy,

e) může poskytnout poskytovateli v zobecněné formě informace potřebné k ekonomizaci jeho činnosti nebo k jeho vědecké a výzkumné činnosti a ke kontrole kvality poskytovaných hrazených služeb, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve smlouvě,

f) může zveřejnit za účelem zajištění informovanosti pojištěnců o dostupnosti hrazených služeb, obchodní jméno či firmu a adresu poskytovatele, jeho odbornost a telefonické, případně e-mailové spojení či další údaje vzájemně dohodnuté.

(5) Smluvní strany si mohou sjednat pro případ porušení smluvené povinnosti smluvní pokutu.

Článek 3

**Úhrada hrazených služeb**

1. Dojde-li mezi smluvními stranami k dohodě o způsobu úhrady, výši úhrady a regulačních omezení, bude obsah takové dohody uveden v dodatku ke smlouvě.
2. Mezi smluvními stranami musí být vždy předem dohodnuty změny v rozsahu poskytovaných hrazených služeb*.* Součástí takové dohody bude i ujednání o způsobu úhrady, výši úhrady a regulačních omezení spojené se změnami v rozsahu poskytovaných služeb.
3. Poskytovatel vykazuje pojišťovně jednou měsíčně dávky dokladů o poskytnutých hrazených službách, a to
4. do desátého kalendářního dne měsíce následujícího po měsíci, v němž byly hrazené služby poskytnuty,
5. v elektronické podobě způsobem dohodnutým mezi smluvními stranami,

nebylo-li smluvními stranami dohodnuto jinak. Metodika může stanovit další podklady, které je poskytovatel povinen předkládat spolu s dávkami dokladů o poskytnutých hrazených službách. Řádné a úplné předání dávek dokladů o poskytnutých hrazených službách a dalších podkladů stanovených metodikou nebo dohodnutých mezi smluvními stranami je považováno za výzvu k úhradě. V případě, že poskytovatelem předané podklady k úhradě nejsou úplné, nebo neobsahují požadované náležitosti, může je pojišťovna bez zbytečného odkladu odmítnout a sdělit poskytovateli důvod jejich odmítnutí. V takovém případě běží doba splatnosti ode dne jejich opětovného převzetí pojišťovnou za předpokladu, že odpadne důvod k jejich odmítnutí.

1. Budou-li hrazené služby v určitém úhradovém období hrazeny ve formě předběžných měsíčních úhrad a pojišťovna zjistí, že poskytovatel určité zdravotní služby vykázal k úhradě nesprávně, nebo neoprávněně, oznámí pojišťovna poskytovateli bez zbytečného odkladu rozsah a důvod nesprávně, nebo neoprávněně vykázaných zdravotních služeb. Tím pojišťovna vyzve poskytovatele k opravě nesprávně, nebo neoprávněně vykázaných zdravotních služeb, nebo k doložení poskytnutí hrazených služeb. Do celkového finančního vypořádání předběžných měsíčních úhrad vstoupí pouze správně a oprávněně vykázané hrazené služby.
2. Budou-li hrazené služby v určitém úhradovém období hrazeny způsobem, který nepředpokládá celkové finanční vypořádání předběžných měsíčních úhrad, a pojišťovna před provedením úhrady zjistí nesprávně, nebo neoprávněně vykázané zdravotní služby, úhradu nesprávně, nebo neoprávněně vykázaných zdravotních služeb neprovede. Pojišťovna oznámí poskytovateli bez zbytečného odkladu rozsah a důvod nesprávně, či neoprávněně vykázaných zdravotních služeb. Tím pojišťovna vyzve poskytovatele k opravě nesprávně, nebo neoprávněně vykázaných zdravotních služeb, nebo k doložení poskytnutí hrazených služeb.
3. Není-li mezi smluvními stranami dohodnuto jinak, je úhrada splatná do třiceti dnů ode dne, kdy byly pojišťovně doručeny řádné a úplné dávky dokladů o poskytnutých hrazených službách a další podklady stanovené metodikou, nebo dohodnuté mezi smluvními stranami.
4. V případě poruchy výpočetního systému znemožňující včasné vykázání, nebo provedení úhrady hrazených služeb, poskytne pojišťovna poskytovateli v dohodnutém termínu úhrady zálohu ve výši průměrné měsíční úhrady hrazených služeb, vypočtené z posledního uzavřeného kalendářního roku, pokud se smluvní strany nedohodnou jinak. To neplatí v případě, kdy je úhrada prováděna formou předběžných měsíčních úhrad.
5. Pojišťovna po úhradě předá poskytovateli informaci obsahující zejména výši a identifikaci provedené úhrady.
6. Pokud vznikne při úhradě hrazených služeb nedoplatek ze strany pojišťovny, bude poskytovateli příslušná částka poukázána samostatnou platbou. Přeplatek ze strany pojišťovny je pojišťovna oprávněna započíst proti kterékoliv pohledávce poskytovatele za pojišťovnou, a to poté, co doručí poskytovateli vyúčtování, či jiný dokument obdobné povahy, v němž bude přeplatek uveden.

Článek 4

**Kontrola**

(1) V případě, že u poskytovatele provede pojišťovna kontrolu využívání a poskytování hrazených služeb a jejich vykázání k úhradě pojišťovně, bude na místě zpracován záznam o proběhlém šetření, k němuž je poskytovatel oprávněn uvést své stanovisko.

(2) Kontrolní zprávu pojišťovna zpracuje a předá poskytovateli do třiceti dnů ode dne proběhlého šetření. Bude-li šetření probíhat více dní, počítá se běh této lhůty od posledního dne šetření. Pojišťovna je oprávněna tuto lhůtu prodloužit až na sto osmdesát dnů. O prodloužení lhůty je pojišťovna povinna poskytovatele vyrozumět.

(3) Poskytovatel je oprávněn do třiceti dnů od převzetí kontrolní zprávy podat pojišťovně písemné námitky. K námitkám sdělí pojišťovna poskytovateli stanovisko do třiceti dnů od jejich doručení. Ve stanovisku pojišťovna uvede, zda potvrzuje či mění kontrolní zprávu. Pojišťovna i poskytovatel jsou oprávněni lhůty prodloužit až na šedesát dnů, nedohodnou-li se jinak. O prodloužení lhůty smluvní strana vyrozumí druhou smluvní stranu.

Článek 5

**Doba trvání smlouvy**

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

Článek 6

**Způsob a důvody ukončení smlouvy**

(1) Smlouva nebo její část zaniká:

a) dnem zániku oprávnění k poskytování zdravotních služeb poskytovatele, nebo zrušením registrace,

b) dnem zániku pojišťovny,

c) dnem právní moci rozhodnutí o prohlášení konkursu na majetek některé ze smluvních stran nebo jejím vstupem do likvidace,

d) dnem, kdy poskytovatel pozbyl věcné, technické nebo personální předpoklady pro poskytování hrazených služeb ve sjednaném rozsahu, pokud poskytovatel nedostatky neodstranil ani po dodatečně stanovené přiměřené lhůtě; smlouva zaniká pouze v části vymezující rozsah dohodnutých hrazených služeb, ve které poskytovatel nesplňuje stanovené předpoklady, ledaže by šlo o tak závažné okolnosti, pro které nelze očekávat další plnění smlouvy v celém rozsahu.

(2) Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit písemnou výpovědí s výpovědní dobou pěti měsíců, která začne běžet prvním dnem měsíce následujícího po doručení výpovědi druhé smluvní straně, jestliže v důsledku závažných okolností nelze rozumně očekávat další plnění smlouvy. Závažnými skutečnostmi, pro něž nelze rozumně očekávat další plnění smlouvy, se rozumí zejména jednání, kdy

a) smluvní strana ve smluvních vztazích hrubým způsobem porušila závažnou povinnost uloženou jí právním předpisem, upravujícím veřejné zdravotní pojištění nebo poskytování zdravotních služeb, nebo smlouvou,

b) poskytovatel

1. bez předchozí dohody s pojišťovnou bezdůvodně neposkytuje hrazené služby ve sjednaném rozsahu a kvalitě,

2. přes písemné upozornění bez předchozí dohody s pojišťovnou opakovaně účtuje hrazené služby poskytnuté nad rámec sjednaného druhu, odbornosti a rozsahu činnosti,

3. přes písemné upozornění neodůvodněně omezuje pro pojištěnce pojišťovny ordinační dobu sjednanou ve smlouvě,

4. poskytuje hrazené služby bez odpovídajícího věcného a technického vybavení a personálního zajištění,

5. prokazatelně neposkytuje pojištěncům zdravotní péči kvalitně a na náležité odborné úrovni, popřípadě opakovaně odmítne poskytnutí hrazených služeb z jiných, než právními předpisy stanovených důvodů,

6. požaduje v rozporu s právními předpisy od pojištěnců finanční úhradu za hrazené služby, nebo za přijetí pojištěnce do péče,

7. přes písemné upozornění prokazatelně opakovaně neoprávněně vykazuje zdravotní služby,

8. neposkytne nezbytnou součinnost k výkonu kontrolní činnosti prováděné pojišťovnou v souladu se zákonem,

c) pojišťovna

1. přes písemné upozornění opakovaně neoprávněně neuhradí poskytovateli poskytnuté hrazené služby,

2. přes písemné upozornění opakovaně nedodrží dobu splatnosti dohodnutou ve smlouvě,

3. přes písemné upozornění opakovaně překračuje rozsah kontrolní činnosti stanovený zákonem,

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

(3) Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit

a) stanoví-li tak zákon,

b) písemnou dohodou smluvních stran,

c) písemnou výpovědí poskytovatele danou pro nesouhlas se změnami metodiky, pravidel, datových rozhraní a číselníků s výpovědní dobou pěti měsíců, která začne běžet prvním dnem měsíce následujícího po doručení výpovědi pojišťovně. Výpověď je poskytovatel povinen doručit pojišťovně ve lhůtě jednoho měsíce ode dne zpřístupnění změn metodiky, pravidel a číselníků a ve lhůtě dvou měsíců ode dne zpřístupnění změn datových rozhraní.

Článek 7

**Řešení sporů**

(1) Smluvní strany budou řešit případné spory týkající se plnění smlouvy především vzájemným jednáním. Dohodnou-li se tak smluvní strany, mohou projednat spor ve smírčím jednání. Tím není dotčeno právo smluvních stran uplatnit svůj nárok na řešení sporu u soudu nebo v rozhodčím řízení, pokud se smluvní strany na řešení sporu v rozhodčím řízení dohodnou.

(2) Smírčí jednání navrhuje jedna ze smluvních stran. Návrh musí obsahovat přesné a dostatečně podrobné vymezení sporu společně s návrhem na jeho řešení. Účastníky smírčího jednání jsou obě smluvní strany a spolek uplatňující zájmy jednotlivých skupin poskytovatelů, nedohodnou-li se smluvní strany jinak. K projednání sporu si každá smluvní strana může přizvat nejvýše dva odborné poradce, nedohodnou-li se smluvní strany jinak. Smírčí jednání se ukončí zápisem, obsahujícím výsledek smírčího jednání a stanoviska obou stran.