Příloha č. …. k vyhlášce č. ……….. Sb.

**Návrh rámcové smlouvy**

pro ~~zdravotnická zařízení poskytující zdravotní péči~~ poskytovatele zdravotních služeb v nemocnicích, odborných léčebných ústavech, odborných dětských léčebnách a ozdravovnách a léčebnách dlouhodobě nemocných a zdravotní pojišťovny

ČÁST PRVNÍ PŘÍLOHY

**Obecná ustanovení**

Článek 1

**Smluvní vztahy**

(1) Rámcová smlouva stanoví podmínky, za nichž se uzavírají smlouvy mezi ~~zdravotnickými zařízeními~~ poskytovateli zdravotních služeb poskytujícími zdravotní ~~péči~~ služby v nemocnicích, odborných léčebných ústavech, odborných dětských léčebnách a ozdravovnách a léčebnách dlouhodobě nemocných a pojišťovnami, a to za účelem zajištění věcného plnění při poskytování a úhradě ~~hrazené zdravotní péče~~~~1)~~ hrazených zdravotních služeb.

(2) Právní vztahy upravené ve smlouvě uzavírané mezi jednotlivými pojišťovnami a ~~zdravotnickými zařízeními~~ poskytovateli zdravotních služeb se nesmí odchýlit od ustanovení rámcové smlouvy podle této vyhlášky, s výjimkou těch ustanovení, u kterých takovou možnost tato rámcová smlouva výslovně uvádí.

ČÁST DRUHÁ PŘÍLOHY

**Smlouvy**

Článek 2

**Uzavírání smluv**

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

(2) Základní podmínkou pro uzavření smlouvy je oprávnění ~~zdravotnického zařízení k poskytování zdravotní péče~~ poskytovatele zdravotních služeb k poskytování zdravotních služeb v příslušném oboru.

(3) Smlouva obsahuje

a) práva a povinnosti smluvních stran,

b) podmínky kvality a účelnosti poskytování ~~zdravotní péče~~ zdravotních služeb, zejména druh, obor a rozsah ~~poskytované zdravotní péče~~ poskytovaných zdravotních služeb specifikovaný seznamem výkonů s bodovými hodnotami podle druhů ~~péče~~ služeb, kterou je ~~zdravotnické zařízení oprávněno~~ poskytovatel zdravotních služeb oprávněn poskytovat, včetně věcného a technického vybavení a personálního zajištění, pokud není stanoveno právními předpisy jinak,

c) spádové území (území, pro které ~~zdravotnické zařízení~~ poskytovatel zdravotních služeb zajišťuje zdravotní ~~péči~~ služby); stanovením spádového území není dotčena svobodná volba ~~zdravotnického zařízení~~ poskytovatele podle ~~§ 11 písm. b)~~ příslušného zákona,

d) hodnoty bodu, výši úhrad ~~hrazené zdravotní péče~~ hrazených zdravotních služeb a regulační omezení objemu ~~poskytnuté hrazené zdravotní péče~~ poskytnutých hrazených služeb v souladu s vyhláškou vydanou podle § 17 odst. 6 příslušného zákona,

e) způsob provádění úhrady ~~poskytované zdravotní péče~~ poskytovaných hrazených služeb, včetně stanovení náležitostí vyúčtování,

f) podmínky nezbytné ke kontrole plnění smlouvy, včetně správnosti a oprávněnosti účtovaných částek,

g) rozsah a způsob vzájemného sdělování údajů nutných ke kontrole plnění smlouvy,

h) ustanovení o řešení rozporů ve smírčím jednání, popřípadě ustanovení o použití rozhodčího řízení,

i) ustanovení o akceptaci a dodržování dohodnutého postupu pro pořizování, předávání a vyhodnocování dokladů v souladu s metodikou, pravidly a jednotným datovým rozhraním, vytvářenými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky v součinnosti se zástupci pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů ~~zdravotní péče~~ zdravotních služeb a vydávanými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky, platnými v době uzavření smlouvy,

j) ustanovení o způsobu seznámení ~~zdravotnického zařízení~~ poskytovatele zdravotních služeb s případnými změnami metodiky a pravidel, včetně způsobu předávání těchto změn.

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

Článek 3

**Práva a povinnosti smluvních stran**

(1) Smluvní strany

a) dodržují při vykazování a úhradě ~~hrazené zdravotní~~ ~~péče~~ hrazených zdravotních služeb dohodnutou metodiku, pravidla a datové rozhraní; ve smlouvě se uvede číslo verze platné v době uzavření smlouvy,

b) zaváží své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců, k zachování povinné mlčenlivosti o osobních údajích 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.

(2) ~~Zdravotnické zařízení~~ Poskytovatel zdravotních služeb

a) poskytuje ~~hrazenou zdravotní péči~~ hrazené zdravotní služby v souladu s právními předpisy v odbornostech a rozsahu dohodnutých a vymezených ve smlouvě, pro které je věcně a technicky vybaveno a personálně zajištěno,

b) poskytuje ~~hrazenou zdravotní péči~~ hrazené zdravotní služby pojištěncům z EU za stejných podmínek jako pojištěncům pojišťovny, v rozsahu dle jimi předložených dokladů, tak aby nedocházelo k jejich diskriminaci ani upřednostňování zejména při přijímání na operace a jiné lékařské zákroky, na které se čeká, a to ani v případě, že by pojištěnec z EU hradil ~~zdravotní péči~~ zdravotní služby v hotovosti. ~~Tato péče je však vykazována, vyúčtována a hrazena~~ Tyto péče jsou však vykazovány, vyúčtovány a hrazeny samostatně, odděleně od ~~péče poskytované~~ služeb poskytovaných pojištěncům zdravotní pojišťovny,

c) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci kteří budou pojištěncům poskytovat ve smlouvě ~~sjednanou hrazenou zdravotní péči~~ sjednané hrazené služby, splňují požadavky stanovené právními předpisy pro výkon této činnosti,

d) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím ~~poskytovanou zdravotní péči~~ poskytované zdravotní služby podle zvláštního právního předpisu9),

e) poskytuje ~~hrazenou zdravotní péči~~ hrazené zdravotní služby ~~„lege artis“~~ na náležité odborné úrovni bez nadbytečných nákladů, vždy však se zřetelem k tomu, aby potřebného diagnostického nebo léčebného efektu bylo dosaženo s ohledem na individuální zdravotní stav pojištěnce,

f) přijme pojištěnce k hospitalizaci jen vyžaduje-li to jeho zdravotní stav, zpravidla na doporučení ošetřujícího lékaře,

g) povede pro posouzení oprávněnosti ~~vyúčtované zdravotní péče~~ vyúčtovaných zdravotních služeb v průkazné formě zdravotní dokumentaci o léčení pojištěnců, ve které budou zaznamenávány provedené zdravotní výkony, vyžádaná zdravotní péče včetně zdravotní dopravy, předepisované léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a uchovány v ní i doručené výsledky vyžádaných a provedených vyšetření a ošetření, v souladu se zvláštním právním předpisem10),

h) zajistí, v případě nepřítomnosti ve smlouvě dohodnutého nositele výkonu, zástup jiným kvalifikovaným nositelem výkonu a ve smluvně dohodnutých případech tuto skutečnost vhodným způsobem oznámí pojištěncům a pojišťovně,

i) poskytne v souladu s právními předpisy ~~zdravotnickým zařízením~~ poskytovatelům zdravotních služeb, kterým pojištěnce předá do péče nebo které si pojištěnec zvolí, informace potřebné pro zajištění návaznosti ~~zdravotní péče~~ zdravotních služeb a k zamezení duplicitního provádění diagnostických a léčebných výkonů a při převzetí pojištěnce do péče bude takové informace od příslušných ~~zařízení~~ poskytovatelů vyžadovat,

j) neodmítne přijetí pojištěnce do své péče,

k) nepodmíní právo pojištěnce na svobodnou volbu lékaře, ~~zdravotnického zařízení~~ poskytovatele zdravotních služeb nebo na poskytnutí ~~hrazené zdravotní péče~~ hrazených zdravotních služeb žádnými registračními poplatky nebo sponzorskými dary a za ~~poskytnutou zdravotní péči~~ poskytnuté zdravotní služby ~~hrazenou~~ hrazené pojišťovnou nebude od pojištěnce, pokud to nevyplývá z právních předpisů, vybírat žádnou finanční úhradu,

1) nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí ~~hrazené zdravotní péče~~ hrazených zdravotních služeb změnou pojišťovny nebo jiným způsobem,

m) nebude zvýhodňovat pojištěnce jedné nebo více pojišťoven v neprospěch pojištěnců pojišťoven ostatních a zhoršovat dostupnost ~~zdravotní péče~~ zdravotních služeb ~~hrazené~~ hrazených pojišťovnou přednostním poskytováním péče hrazené jiným způsobem,

n) oznámí pojišťovně, v souladu s § 55 zákona úrazy nebo jiná poškození zdraví osob, kterým poskytlo ~~hrazenou zdravotní péči~~ hrazené zdravotní služby, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby,

o) odpovídá podle zvláštního právního předpisu11) za správné a úplné vyplnění tiskopisu receptu; dále odpovídá za správné a úplné vyplnění poukazu na zdravotnické prostředky nebo poukazu na vyšetření/ošetření nebo příkazu ke zdravotní dopravě. Pokud při preskripci nebylo respektováno preskripční omezení vyplývající z právních předpisů a pojišťovna tento léčivý přípravek zařízení lékárenské péče uhradila, má pojišťovna právo požadovat od ~~zdravotnického zařízení~~ poskytovatele zdravotních služeb úhradu zaplacené částky,

p) doloží při uzavírání smlouvy s pojišťovnou doklad o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou občanům v souvislosti s poskytováním ~~zdravotní péče~~ zdravotních služeb a bude pojištěno po celou dobu trvání smluvního vztahu s pojišťovnou.

(3) Pojišťovna

a) uhradí ~~zdravotnickému zařízení~~ poskytovateli zdravotních služeb ~~provedenou hrazenou zdravotní péči~~ provedené hrazené zdravotní služby, průkazně ~~zdokumentovanou~~ zdokumentované a odůvodněně ~~poskytnutou~~ poskytnuté jejím pojištěncům i pojištěncům z EU, kteří si pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie v souladu s právními předpisy a smlouvou,

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

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

d) je oprávněna provádět kontrolu plnění smluvně dohodnutých věcných a technických podmínek a smluvně dohodnutého personálního zajištění ~~hrazené zdravotní péče~~ hrazených zdravotních služeb ~~poskytované zdravotnickým zařízením~~ poskytovaných poskytovatele zdravotních služeb podle smlouvy,

e) poskytuje ~~zdravotnickému zařízení~~ poskytovateli zdravotních služeb k zajištění jednotných podmínek dohodnutou metodiku, pravidla, datové rozhraní a příslušné číselníky vydávané Všeobecnou zdravotní pojišťovnou k vykazování a výpočtu úhrady ~~hrazené zdravotní péče~~ hrazených zdravotních služeb,

f) seznámí ~~zdravotnické zařízení~~ poskytovatele zdravotních služeb s dohodnutými změnami metodiky, pravidel a se změnami číselníků alespoň jeden měsíc a se změnou datového rozhraní alespoň dva měsíce před stanoveným termínem jejich platnosti. V případě změny právních předpisů, která neumožní tuto lhůtu dodržet, může být uvedená lhůta přiměřeně zkrácena.

Článek 4

**Úhrada ~~poskytované hrazené zdravotní péče~~ poskytovaných hrazených služeb**

(1) Hodnoty bodu pro zdravotní ~~péči hrazenou~~ služby hrazené podle seznamu výkonů, výše úhrad ~~hrazené zdravotní péče~~ hrazených zdravotních služeb a regulační omezení objemu ~~poskytnuté hrazené zdravotní péče~~ poskytnutých hrazených služeb podle § 17 odst. 6 zákona se uvedou v dodatku ke smlouvě podle zvláštního právního předpisu. V dětských ozdravovnách se úhrada ~~poskytované hrazené péče~~ poskytovaných hrazených služeb sjednává dodatkem ke smlouvě v souladu s platným cenovým Výměrem Ministerstva financí pro příslušné období.

(2) Za způsoby úhrady se považují:

a) úhrada za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami,

b) paušální úhrada za ~~poskytnutou zdravotní péči~~ poskytovatele zdravotních služeb,

c) úhrada za registrované pojištěnce (kombinovaná kapitačně výkonová platba),

d) platba za diagnózu,

e) paušální úhrada za ~~poskytnutou péči~~ poskytnuté zdravotní služby v dětských ozdravovnách, v souladu s příslušným Výměrem ministerstva financí, zveřejněným v Cenovém věstníku Ministerstva financí, nebo

f) jiný dohodnutý způsob úhrady.

(3) Mezi smluvními stranami musí být vždy předem dohodnuto zvýšení nebo snížení objemu ~~poskytované hrazené zdravotní péče~~ poskytovaných hrazených zdravotních služeb z důvodu změny kapacity, struktury ~~zdravotnického zařízení~~ poskytovatele zdravotních služeb nebo změny či obnovy přístrojového vybavení specifikovaného ve smlouvě.

(4) ~~Zdravotnické zařízení~~ Poskytovatel zdravotních služeb pro uplatnění nároků na úhradu ~~poskytnuté hrazené zdravotní péče~~ poskytnutých hrazených zdravotních služeb předává pojišťovně jednou měsíčně vyúčtování ~~poskytnuté péče~~ poskytnutých zdravotních služeb fakturou s přílohami, pokud se smluvní strany nedohodnou na předávání vyúčtování za delší období. Faktura obsahuje náležitosti účetního dokladu. Náležitosti přílohy jsou obsaženy v metodice nebo se v souladu s metodikou upřesní ve smlouvě. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu a příloha neobsahuje náležitosti podle dohodnuté metodiky nebo smlouvy, má pojišťovna právo ji odmítnout a vrátit bez zbytečného odkladu zdravotnickému zařízení k doplnění, popřípadě k opravě; v takovém případě běží lhůta splatnosti až od termínu jejího opětovného převzetí pojišťovnou.

(5) ~~Zdravotnické zařízení~~ Poskytovatel zdravotních služeb odpovídá za úplnost, formální i věcnou správnost dokladů a za jejich předávání způsobem dohodnutým v metodice a datovém rozhraní. Doklady za ~~hrazenou zdravotní péči~~ hrazené zdravotní služby ~~poskytnutou~~ poskytnuté pojištěncům pojišťovny a pojištěncům z EU, kteří si pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie, předává ~~zdravotnické zařízení~~ poskytovatel zdravotních služeb pojišťovně spolu s vyúčtováním v termínu a způsobem dohodnutým ve smlouvě (na elektronickém nosiči či v elektronické podobě nebo na papírových dokladech).

(6) Zjistí-li pojišťovna ve vyúčtování před provedením úhrady nesprávně nebo neoprávněně ~~vyúčtovanou péči~~ vyúčtované zdravotní služby, úhradu této části ~~vyúčtované péče~~ vyúčtovaných zdravotních služeb v termínu splatnosti neprovede. Pojišťovna prokazatelným způsobem oznámí ~~zdravotnickému zařízení~~ poskytovateli zdravotních služeb bez zbytečného odkladu rozsah, důvod a částku vyúčtované, ale neuhrazené péče. Tím pojišťovna vyzve ~~zdravotnické zařízení~~ poskytovatele zdravotních služeb k opravě nesprávně ~~vyúčtované péče~~ vyúčtovaných zdravotních služeb nebo k doložení poskytnutí ~~hrazené zdravotní péče~~ hrazených zdravotních služeb. Řádně ~~poskytnutou a vyúčtovanou péči~~ poskytnuté a vyúčtované zdravotní služby pojišťovna uhradí v nejbližším termínu úhrady.

(7) Pojišťovna provede za své pojištěnce i pojištěnce EU, kteří si pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie, úhradu ~~hrazené zdravotní péče~~  hrazených zdravotních služeb, ~~vyúčtované~~ vyúčtovaných 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~~ poskytovateli zdravotních služeb 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~~ poskytovatelem zdravotních služeb dodatečně, tj. po úhradě a ~~zdravotnické zařízení~~ poskytovatel zdravotních služeb do 10 pracovních dnů od doručení písemné výzvy pojišťovny příslušnou částku ~~samo~~ sám neuhradí, nebo nedoloží oprávněnost vyúčtované sporné Částky nebo nebude mezi smluvními stranami dohodnut jiný termín úhrady, pojišťovna jednostranným započtením pohledávky ve smyslu zvláštního právního předpisu (občanského zákoníku) sníží ~~zdravotnickému zařízení~~ poskytovateli zdravotních služeb o příslušnou částku úhradu za vyúčtování ~~hrazené zdravotní péče~~ hrazených zdravotních služeb předložené v následujícím zúčtovacím období; pokud jde o započtení proti pohledávce státu je přípustné pouze na základě dohody (§42 odst.2 z č. [219/2000 Sb.](https://www.fulsoft.cz/33/219-2000-sb-zakon-o-majetku-ceske-republiky-a-jejim-vystupovani-v-pravnich-vztazich-ve-zneni-ucinnem-k-1-7-2017-uniqueidLDdwXXEYhyOlD8jGAK9LpF0Jt6YAoajZ_rZrj8Cj7KzMd0nnDx07nrdiORvFMlqOkaei9FWOr7U/)),

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

(10) V případě poruchy výpočetního systému, znemožňující včasné provedení vyúčtování nebo úhrady ~~hrazené zdravotní péče~~ hrazených zdravotních služeb, poskytne pojišťovna ~~zdravotnickému zařízení~~ poskytovateli zdravotních služeb v dohodnutém termínu úhrady zálohu ve výši průměrného měsíčního objemu ~~vykázané zdravotní péče~~ vykázaných zdravotních služeb, vypočteného z posledních dvou uzavřených kalendářních čtvrtletí, pokud se smluvní strany v daném případě nedohodnou jinak.

Článek 5

**Kontrola**

(1) Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona a smlouvou kontrolu využívání a poskytování ~~hrazené zdravotní péče~~ hrazených zdravotních služeb 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~~ hrazených zdravotních služeb 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~~ Poskytovatel zdravotních služeb poskytne pojišťovně při výkonu kontroly nezbytnou součinnost, zejména předkládá požadované doklady, sděluje údaje a poskytuje vysvětlení. Umožní revizním lékařům a odborným pracovníkům pojišťovny vstup do svého objektu, nahlížení do zdravotnické dokumentace pojištěnců v souladu se zvláštním právním předpisem a dalších dokladů bezprostředně souvisejících s prováděnou kontrolou vyúčtovaných zdravotních výkonů, léčiv a zdravotnických prostředků, včetně zvlášť účtovaných léčiv a zvlášť účtovaného materiálu.

(5) V případě kontroly (šetření) ~~ve zdravotnickém zařízení~~ u poskytovatele bude na místě zpracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a stanoviska pracovníka ~~zdravotnického zařízení~~ poskytovatele zdravotních služeb přítomného kontrole. Tento záznam nenahrazuje zprávu podle odstavce 6.

(6) Zprávu, obsahující závěry kontroly, pojišťovna zpracuje a předá ~~zdravotnickému zařízení~~ poskytovateli zdravotních služeb do 15 kalendářních dnů po ukončení kontroly; pokud nebude možno z objektivních důvodů tuto lhůtu dodržet, oznámí pojišťovna tuto skutečnost ~~zdravotnickému zařízení~~ poskytovateli zdravotních služeb. Kontrola bude ukončena zpravidla do 30 kalendářních dnů od jejího zahájení.

(7) ~~Zdravotnické zařízení~~ Poskytovatel zdravotních služeb je ~~oprávněno~~ oprávněn do 15 kalendářních dnů od převzetí závěru kontroly podat pojišťovně písemně zdůvodněné námitky. K námitkám sdělí pojišťovna stanovisko do 30 kalendářních dnů od jejich doručení. Pokud nebude možno z objektivních důvodů tyto lhůty dodržet, prodlouží se příslušná lhůta až na dvojnásobek. Ve stanovené lhůtě pojišťovna sdělí ~~zdravotnickému zařízení~~ poskytovateli zdravotních služeb, zda potvrzuje nebo mění závěry kontroly. Podání námitek nemá z hlediska finančních nároků pojišťovny vůči ~~zdravotnickému zařízení~~ poskytovateli zdravotních služeb odkladný účinek. Tím není dotčeno právo ~~zdravotnického zařízení~~ poskytovatele zdravotních služeb uplatnit svůj nesouhlas s rozhodnutím pojišťovny v jiném řízení.

(8) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování ~~hrazené zdravotní péče~~ hrazených zdravotních služeb nebo její neodůvodněné poskytování, pojišťovna podle § 42 odstavce 3 zákona ~~takovou péči~~ takové zdravotní služby neuhradí a je oprávněna postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě. V případě, že se závěry kontroly prokáží jako neodůvodněné, uhradí pojišťovna ~~zdravotnickému zařízení~~ poskytovateli zdravotních služeb částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu ~~poskytnuté hrazené zdravotní péče~~ poskytnutých hrazených zdravotních služeb. ~~Zdravotnické zařízení~~ Poskytovatel zdravotních služeb je ~~oprávněno~~ oprávněn postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě.

Článek 6

**Sankční ujednání**

(1) Smluvní strany si pro neplnění smluvních povinností a porušení smlouvy podle odstavce 2 nebo z dalších důvodů dohodnutých ve smlouvě mohou sjednat smluvní pokutu a její výši.

(2) Za porušení smlouvy se považují případy, kdy

a) smluvní strana

1. uvede nepravdivé, neúplné či zkreslující údaje při uzavírání smlouvy, nebo při jejím plnění,

2. nedodrží ustanovení smlouvy, s následkem prokazatelně neúčelného vynaložení prostředků veřejného zdravotního pojištění,

3. neposkytne informace sjednané ve smlouvě,

b) ~~zdravotnické zařízení~~ poskytovatel zdravotních služeb

1. neoprávněně nebo vícenásobně účtuje ~~zdravotní péči~~ zdravotní služby,

2. neposkytne povinná hlášení vyplývající z právních předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění,

3. neodůvodněně opožděně vykazuje ~~poskytnutou hrazenou zdravotní péči~~ poskytnuté hrazené zdravotní služby,

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

c) pojišťovna

1. neodůvodněně sníží nebo odmítne úhradu ~~poskytnuté hrazené zdravotní péče~~ poskytnutých hrazených zdravotních služeb,

2. provádí úhradu oprávněně ~~vyúčtované~~ ~~poskytnuté hrazené zdravotní péče~~ vyúčtovaných poskytnutých hrazených zdravotních služeb s prodlením, kromě případů, kdy není za prodlení odpovědna.

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

Článek 7

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

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

Článek 8

Smlouva nebo její část zaniká:

a) dnem, kdy nabylo právní moci rozhodnutí o zrušení nebo změně registrace nebo její části podle ~~zákona č.~~ [~~160/1992 Sb.~~](https://www.fulsoft.cz/33/160-1992-sb-zakon-ceske-narodni-rady-o-zdravotni-peci-v-nestatnich-zdravotnickych-zarizenich-ve-zneni-ucinnem-k-1-7-2010-uniqueidLDdwXXEYhyOlD8jGAK9LpGvH9rw-vt7FA-3KAFNtlmonoCLcKVomZuiw4qkeLtiqkaei9FWOr7U/)~~, o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů~~ příslušného zákona, nebo došlo ke zrušení nebo změně činnosti uvedené ve zřizovací listině~~, vydané zdravotnickému zařízení~~ poskytovatele,

b) dnem zániku ~~zdravotnického zařízení~~ poskytovatele zdravotních služeb nebo pojišťovny nebo dnem úmrtí fyzické osoby, která byla ~~provozovatelem zdravotnického zařízení~~ poskytovatelem zdravotních služeb,

c) dnem uvedeným v písemném oznámení pojišťovně, pokud ~~zdravotnické zařízení~~ poskytovatel zdravotních služeb z provozních důvodů nemůže ~~zdravotní péči~~ zdravotní služby nadále poskytovat,

d) dnem, kdy ~~zdravotnické zařízení~~ poskytovatel zdravotních služeb ~~pozbylo~~ pozbyl věcné, technické nebo personální předpoklady pro poskytování ~~zdravotní péče~~ zdravotních služeb ve sjednaném rozsahu, stanovené právním předpisem nebo smlouvou, ve smyslu či. 3 odst. 2 písni, a), pokud ~~zdravotnické zařízení~~ poskytovatel zdravotních služeb nedostatky ~~neodstranilo~~ neodstranil ani po dodatečně stanovené přiměřené lhůtě; smlouva nebo její část zaniká pouze v části vymezující rozsah ~~nasmlouvané zdravotní péče~~ nasmlouvaných zdravotních služeb, ve kterém ~~zdravotnické zařízení~~ poskytovatel zdravotních služeb nesplňuje právním předpisem nebo smlouvou stanovené předpoklady, ledaže by šlo o tak závažné okolnosti, pro které nelze očekávat další plnění smlouvy v celém rozsahu.

Článek 9

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

a) smluvní strana

1. uvedla při uzavření smlouvy nebo při jejím plnění druhou smluvní stranu v omyl ve věci podstatné pro plnění smlouvy,

2. ve smluvních vztazích hrubým způsobem porušila závažnou povinnost uloženou jí příslušným právním předpisem, upravujícím veřejné zdravotní pojištění nebo poskytování ~~zdravotní péče~~ zdravotních služeb, nebo smlouvou,

3. opakovaně poruší povinnost vyplývající z § 41 zákona,

4. vstoupí do likvidace nebo na její majetek soud prohlásí konkurz,

b) ~~zdravotnické zařízení~~ poskytovatel zdravotních služeb

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

2. přes písemné upozornění bez předchozí dohody s pojišťovnou opakovaně účtuje hrazené zdravotní ~~péči~~ služby ~~poskytnutou~~ 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 zdravotní ~~péči~~ služby bez odpovídajícího věcného a technického vybavení a personálního zajištění,

5. prokazatelně neposkytuje pojištěncům hrazené zdravotní ~~péči~~ služby kvalitně a „lege artis“, popřípadě opakovaně odmítne poskytnutí ~~zdravotní péče~~ zdravotních služeb z jiných, než právními předpisy stanovených důvodů,

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

7. přes písemné upozornění prokazatelně opakovaně neoprávněně účtuje zdravotní ~~péči~~ služby,

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

c) pojišťovna

1. přes písemné upozornění opakovaně neoprávněně neuhradí ~~zdravotnickému zařízení poskytnutou hrazenou zdravotní péči~~ poskytovateli zdravotních služeb poskytnuté hrazené zdravotní služby,

2. přes písemné upozornění opakovaně nedodrží lhůty splatnosti dohodnuté ve smlouvě,

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

4. poskytne třetí straně údaje o ~~zdravotnickém zařízení~~ poskytovateli zdravotních služeb nad rámec právních předpisů nebo smlouvy.

Článek 10

Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit

a) stanoví-li tak zákon,

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

Článek 11

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

(1) Smluvní strany

a) používají pro jednoznačnou identifikaci ~~zdravotnického zařízení~~ poskytovatele zdravotních služeb, v souladu s metodikou, identifikační číslo organizace (IČ), identifikační číslo zařízení (IČZ), identifikační číslo pracoviště (IČP),

b) sdělují si údaje nutné ke kontrole plnění smlouvy,

c) zajistí trvale přístupné a jasné informace o existenci smluvního vztahu a právech vyplývajících z něho pro pojištěnce,

d) mohou si předávat údaje nezbytné k hodnocení kvality a efektivity ~~poskytované hrazené zdravotní péče~~ poskytovaných hrazených zdravotních služeb, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve smlouvě.

(2) ~~Zdravotnické zařízení~~ Poskytovatel zdravotních služeb

a) doloží pojišťovně, při důvodném podezření na nedodržení postupu „lege artis“, že zdravotnické prostředky byly při poskytování ~~hrazené zdravotní péče~~ hrazených zdravotních služeb použity v souladu se zvláštními právními předpisy,

b) oznámí neprodleně, nejpozději do 30 kalendářních dnů druhé smluvní straně skutečnosti, které by podstatným způsobem mohly ovlivnit plnění smlouvy, např. vznik závad na výpočetním systému, změny údajů uvedených ve smlouvě, pokud dojde

1. ke zrušení pracoviště nebo jeho části bez náhrady, nebo jeho uzavření na dobu delší než 30 kalendářních dnů,

2. k odchodu zaměstnance jmenovitě uvedeného ve smlouvě,

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

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

(3) Pojišťovna

a) může poskytnout ~~zdravotnickému zařízení~~ poskytovateli zdravotních služeb v zobecněné formě informace potřebné k ekonomizaci jeho činnosti nebo k jeho vědecké a výzkumné činnosti a ke kontrole kvality ~~poskytované hrazené zdravotní péče~~ poskytovaných hrazených zdravotních služeb, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve smlouvě,

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

Článek 12

**Řešení sporů**

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

(2) Smírčí jednání navrhuje jedna ze smluvních stran. Návrh musí obsahovat přesné a dostatečně podrobné vymezení sporu. Účastníkem smírčího jednání je smluvní strana, která podala návrh na projednání sporu, smluvní strana, které je návrh na projednání sporu adresován, zástupce příslušných skupinových smluvních ~~zdravotnických zařízení~~ poskytovatelů zdravotních služeb zastupovaných svými zájmovými sdruženími podle § 17 odstavce 3 zákona a zástupce pojišťovny. K projednání sporu si každá smluvní strana může přizvat nejvýše dva odborné poradce. Smírčí jednání se ukončí zápisem, obsahujícím smír nebo závěr, že rozpor nebyl odstraněn s uvedením stanovisek obou stran.