

Příloha č. 1 k zápisu z 4. jednání dílčího dohodovacího řízení o rámcové smlouvě pro skupinu poskytovatelů mimolůžkových ambulantních specializovaných služeb (s výjimkou poskytovatelů ambulantních hemodialyzačních služeb, fyzioterapeutů a ergoterapeutů), klinické psychology, klinické logopedy, ortoptisty a zrakové terapie

**Rámcová smlouva pro poskytovatele mimolůžkových ambulantních specializovaných služeb (s výjimkou poskytovatelů ambulantních hemodialyzačních služeb, fyzioterapeutů a ergoterapeutů), klinické psychology, klinické logopedy, ortoptisty a zrakové terapie a zdravotní pojišťovny**

**Článek 1**

**Smluvní vztahy**

(1) Rámcová smlouva stanoví podmínky, za nichž se uzavírají smlouvy mezi poskytovateli mimolůžkových ambulantních specializovaných služeb (s výjimkou poskytovatelů ambulantních hemodialyzačních služeb, fyzioterapeutů a ergoterapeutů), klinickými psychology, klinickými logopedy, ortoptisty a zrakovými terapeuty a pojišťovnami, a to za účelem zajištění věcného plnění při poskytování a úhradě hrazených služeb (dále jen „smlouvy“).

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

**Článek 2**

**Uzavírání smluv**

(1) Právní vztahy mezi pojišťovnou a poskytovatelem se řídí písemnou smlouvou uzavřenou podle této rámcové smlouvy, právních předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění a poskytování 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 občanským zákoníkem.

(2) Základní podmínkou pro uzavření smlouvy je oprávnění poskytovatele k poskytování zdravotních služeb udělené poskytovateli pro dané zdravotní služby příslušným správním orgánem.

(3) Smlouva obsahuje:

- a) práva a povinnosti smluvních stran,
- b) podmínky kvality a účelnosti poskytování hrazených služeb, zejména druh, obor a rozsah poskytovaných hrazených služeb specifikovaný seznamem výkonů s bodovými hodnotami, které je poskytovatel oprávněn poskytovat, včetně věcného a technického vybavení a personálního zajištění,
- c) způsob provádění úhrady hrazených služeb,
- d) podmínky nezbytné ke kontrole plnění smlouvy, včetně správnosti a oprávněnosti účtovaných částek,
- e) rozsah a způsob vzájemného sdělování údajů nutných ke kontrole plnění smlouvy,
- f) ustanovení o řešení rozporů ve smířím jednání, popřípadě ustanovení o použití rozhodčího řízení,
- g) dobu účinnosti smlouvy, způsob a důvody jejího ukončení,
- h) ustanovení o akceptaci a dodržování metodiky upravující podmínky a způsob pořizování a předávání a vyhodnocování dokladů pro provedení úhrady hrazených služeb (dále jen „metodika“), pravidel upravujících postup při převzetí, zpracování a ohodnocení dokladů za hrazené služby (dále jen „pravidla“) a datových rozhraní upravujících postup při předávání dat mezi pojišťovnou a poskytovateli v elektronické podobě (dále jen „datová rozhraní“) a číselníků k vykazování a výpočtu úhrady hrazených služeb (dále jen „číselníky“) vydávaných pojišťovnou,
- i) ustanovení o způsobu seznámení poskytovatele s případnými změnami metodiky, pravidel, datových rozhraní a číselníků.

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

**Článek 3**

**Práva a povinnosti smluvních stran**

(1) Smluvní strany

- a) dodržují při vykazování a úhradě hrazených služeb metodiku, pravidla, datová rozhraní a 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

Příloha č. 1 k zápisu z 4. jednání dílčího dohodovacího řízení o rámcové smlouvě pro skupinu poskytovatelů mimolůžkových ambulantních specializovaných služeb (s výjimkou poskytovatelů ambulantních hemodialyzačních služeb, fyzioterapeutů a ergoterapeutů), klinické psychology, klinické logopedy, ortoptisty a zrakové terapeutky

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 dotčena, není návrh přijat,

b) zavázá své zaměstnance, případně i další osoby, 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.

c) zahájí nejpozději 24 měsíců před ukončením doby trvání stávající smlouvy jednání o případném pokračování ve smluvním vztahu, či o uzavření nové smlouvy; jednání bude ukončeno nejpozději 12 měsíců před ukončením doby trvání stávající smlouvy, nedohodnou-li se smluvní strany jinak

## (2) Poskytovatel

- a) poskytuje hrazené služby v souladu s právními předpisy v odbornostech a rozsahu dohodnutých a vymezených ve smlouvě, pro které je věcně a technicky vybaven a personálně zajištěn,
- b) poskytuje hrazené služby pojištěncům z členských států EU, EHP a Švýcarska, podle příslušných předpisů Evropské unie a pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny smlouvy o sociálním zabezpečení (dále jen „pojištěnci 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 k plánované hrazené péči, a to ani v případě, že by pojištěnec z EU hradil tyto služby v hotovosti,
- c) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci, kteří budou pojištěncům poskytovat ve smlouvě sjednané hrazené služby, splňují požadavky stanovené právními předpisy pro výkon této činnosti,
- d) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytované hrazené služby podle zvláštního právního předpisu,
- e) poskytuje hrazené služby 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) odpovídá za účelnost indikace při odesílání pojištěnce ke komplementárním a konziliárním vyšetřením a na základě jejich výsledků upravuje diagnózu nebo léčebný postup,
- g) povede pro posouzení oprávněnosti vykázaných hrazených služeb v průkazné formě zdravotnickou dokumentaci, ve které budou zaznamenávány provedené zdravotní výkony, vyžádané hrazené služby, včetně zdravotnické přepravy, předepisované léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a uchovány v ní i doručené výsledky vyžádaných a provedených vyšetření a ošetření, v souladu se zvláštním právním předpisem,
- h) zajistí, v případě nepřítomnosti ve smlouvě dohodnutého nositele výkonu, zástup jiným kvalifikovaným nositelem výkonu a ve smluvně dohodnutých případech tuto skutečnost oznámí pojištěncům; v případě, že nepřítomnost nositele výkonu, znamenající nedostupnost příslušné odbornosti, bude delší než 7 dnů, sdělí tuto skutečnost pojišťovně,
- i) poskytně v souladu s právními předpisy poskytovatelům, kterým pojištěnce předá do péče nebo které si pojištěnec zvolí, informace potřebné pro zajištění návaznosti poskytování hrazených služeb a k zamezení duplicitního provádění diagnostických a léčebných výkonů a při převzetí pojištěnce do péče bude takové informace od příslušných poskytovatelů vyžadovat,
- j) neodmítne přijetí pojištěnce do své péče s výjimkou důvodů uvedených v právních předpisech,
- k) nepodmíní právo pojištěnce na volbu poskytovatele nebo na poskytnutí hrazených služeb žádnými registračními poplatky nebo sponzorskými dary a za poskytnuté hrazené služby nebude od pojištěnce, pokud to nevyplývá z právních předpisů, vybírat žádnou finanční úhradu,
- l) nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí hrazených služeb změnou pojišťovny nebo jiným způsobem,
- m) nebude zvyhodňovat pojištěnce jedné nebo více pojišťoven v neprospěch pojištěnců pojišťoven ostatních a zhoršovat dostupnost hrazených služeb přednostním poskytováním zdravotních služeb hrazených jiným způsobem,
- n) oznámí pojišťovně, v souladu s § 55 zákona, úrazy nebo jiná poškození zdraví osob, kterým poskytl hrazené služby, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby,
- o) který předepisuje a vyžádává hrazené služby od jiných poskytovatelů, je povinen tak činit jen v odůvodněných případech a za tím účelem dbát na správnost postupu při jejich předepsání a vyžádání; správností postupu se rozumí zejména dodržení postupu respektujícího náležitou odbornou úroveň, rozsah hrazených služeb a správného a úplného vyplnění dokladu sloužícího k vyžádání nebo předepsání hrazené služby u jiného poskytovatele; dojde-li v důsledku porušení této povinnosti k úhradě předepsaných nebo vyžádaných zdravotních služeb jinému poskytovateli, nahradí poskytovatel pojišťovně náklady, odpovídající částce zaplacené jinému

Příloha č. 1 k zápisu z 4. jednání dílčího dohodovacího řízení o rámcové smlouvě pro skupinu poskytovatelů mimořádkových ambulantních specializovaných služeb (s výjimkou poskytovatelů ambulantních hemodialyzačních služeb, fyzioterapeutů a ergoterapeutů), klinické psychology, klinické logopedy, ortoptisty a zrakové terapeuty

poskytovateli, nedohodnou-li smluvní strany jiný způsob řešení následků porušení této povinnosti,

- p) v odbornostech klinická logopedie, zrakový terapeut a ortoptista, který poskytuje vyžádané hrazené služby, je povinen tak činit jen na základě indikace ošetřujícího lékaře.

(3) Pojišťovna

- a) uhradí poskytovateli poskytnuté hrazené služby, průkazně zdokumentované a odůvodněné 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 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 personálního zajištění hrazených služeb poskytovaných poskytovatelem podle smlouvy.

#### Článek 4

##### Úhrada poskytovaných hrazených služeb

(1) Hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení se uvedou v dodatku ke smlouvě, pokud se na nich smluvní strany dohodnou.

(2) Za způsoby úhrady se považují:

- a) úhrada za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, nebo
- b) jiný dohodnutý způsob úhrady.

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

(4) Poskytovatel vykazuje pojišťovně jednou měsíčně dávky dokladů o poskytnutých hrazených službách, a to

- a) do desátého kalendářního dne měsíce následujícího po měsíci, v němž byly hrazené služby poskytnuty,
- b) 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.

(5) 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.

(6) 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.

(7) 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. Doba splatnosti je dodržena, je-li platba poslední den doby připsána na účet poskytovatele.

(8) 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.

(9) Pojišťovna po úhradě předá poskytovateli informaci obsahující zejména výši a identifikaci provedené úhrady.

Příloha č. 1 k zápisu z 4. jednání dílčího dohodovacího řízení o rámcové smlouvě pro skupinu poskytovatelů mimolůžkových ambulantních specializovaných služeb (s výjimkou poskytovatelů ambulantních hemodialyzačních služeb, fyzioterapeutů a ergoterapeutů), klinické psychology, klinické logopedy, ortoptisty a zrakové terapeutů

(10) Pokud vznikne při úhradě hrazených služeb nedoplatek ze strany pojišťovny, bude poskytovateli příslušná částka poukázána samostatnou platbou se splatností třiceti dnů ode dne odeslání vyúčtování poskytovateli. 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. Jde-li o přeplatek vzniklý z uplatněných regulačních omezení či výsledku kontroly, je pojišťovna oprávněna přeplatek započíst nejdříve po uplynutí patnácti dnů ode dne doručení vyúčtování poskytovateli s tím, že pokud poskytovatel doručí v této lhůtě pojišťovně námitky, je pojišťovna oprávněna započíst přeplatek nejdříve v den, kdy odešle poskytovateli vypořádání námitek vedoucí k potvrzení či změně výše přeplatku, není-li dohodnuto jinak. To neplatí pro opakované námitky.

## Článek 5

### Kontrola

(1) Pojišťovna provádí v souladu se zákonem a smlouvou kontrolu využívání a poskytování hrazených služeb a jejich vykazování z hlediska jejich objemu a kvality, včetně dodržování cen, a to prostřednictvím svého informačního systému, přístupu do Centrálního úložiště elektronických receptů, revizních lékařů a dalších odborných pracovníků ve zdravotnictví, způsobilých k revizní činnosti (dále jen „odborní pracovníci“).

(2) Revizní lékaři a odborní pracovníci oprávnění ke kontrole posuzují, zda zvolený způsob hrazených 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 lékaři a odborní pracovníci posuzují i odůvodněnost poskytovatelem navrženého, popřípadě provedeného léčebného postupu a schvalují, zda použitý postup pojišťovna uhradí.

(4) Poskytovatel 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 zdravotnického zařízení, nahlížení do zdravotnické dokumentace pojištěnců v souladu se zvláštním právním předpisem a dalších dokladů bezprostředně souvisejících s prováděnou kontrolou vykázaných hrazených služeb. Revizní lékař a odborný pracovník je povinen postupovat tak, aby kontrola nenarušila prováděný léčebný výkon.

(5) V případě kontroly (šetření) u poskytovatele bude na místě zpracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a stanoviska poskytovatele. Tento záznam nenahrazuje zprávu podle odstavce 6.

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

(7) Poskytovatel je oprávněn do 15 kalendářních dnů od převzetí kontrolní zprávy 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 poskytovateli, zda potvrzuje nebo mění závěry kontroly. Tím není dotčeno právo poskytovatele uplatnit svůj nesouhlas s rozhodnutím pojišťovny v jiném řízení.

(8) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vykázaní hrazených služeb nebo jejich neodůvodněné poskytování, pojišťovna takové služby neuhradí. V případě, že se závěry kontroly prokáží jako neodůvodněné, uhradí pojišťovna poskytovateli částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnutých hrazených služeb.

## Článek 6

### Doba účinnosti smlouvy

Smlouva se uzavírá na dobu 8 let, pokud se smluvní strany nedohodnou, nebo dříve nedohodly jinak. Dosud uzavřené smlouvy mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami se, pokud jde o dobu účinnosti smlouvy, přijetím této rámcové smlouvy nemění.

## Článek 7

### 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 poskytovatele nebo pojišťovny,
  - c) dnem uvedeným v písemném oznámení pojišťovně, pokud poskytovatel ze závažných zdravotních či provozních důvodů nemůže hrazené služby nadále poskytovat,
  - d) dnem, kdy poskytovatel pozbyl věcné, technické nebo personální předpoklady pro poskytování hrazených služeb ve sjednaném rozsahu, stanovené právním předpisem nebo smlouvou, ve smyslu čl. 3. odst. 2 písm. a), pokud poskytovatel nedostatky neodstraní ani po dodatečně stanovené přiměřené lhůtě; smlouva nebo její část zaniká

Příloha č. 1 k zápisu z 4. jednání dílčího dohodovacího řízení o rámcové smlouvě pro skupinu poskytovatelů mimolůžkových ambulantních specializovaných služeb (s výjimkou poskytovatelů ambulantních hemodialyzačních služeb, fyzioterapeutů a ergoterapeutů), klinické psychology, klinické logopedy, ortoptisty a zrakové terapeuty

pouze v části vymezující rozsah nasmlouvaných hrazených služeb, ve kterém poskytovatel nespĺňuje právním předpisem nebo smlouvou 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, 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, nezakládá-li toto jednání neplatnost smlouvy,
  2. ve smluvních vztazích hrubým způsobem porušila závažnou povinnost uloženou jí příslušným právním předpisem, upravujícím veřejné zdravotní pojištění nebo poskytování zdravotních služeb, nebo smlouvou,
  3. vstoupí do likvidace nebo na její majetek soud prohlásí konkurz,
- 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 vykazuje zdravotní služby poskytnuté nad rámec sjednaného druhu, odbornosti a rozsahu činnosti,
  3. přes písemné upozornění neodůvodněně omezuje pro pojištěnce ordinační dobu sjednanou ve smlouvě,
  4. poskytuje zdravotní služby bez odpovídajícího věcného a technického vybavení a personálního zajištění, není-li tato skutečnost důvodem zániku smlouvy dle odst. 1 písm. d) tohoto článku,
  5. prokazatelně neposkytuje pojištěncům zdravotní služby na náležitě 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 doby splatnosti dohodnuté 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, a to za podmínek a ve lhůtě uvedené v této dohodě,
- 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 8

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

- (1) Smluvní strany
  - a) používají pro jednoznačnou identifikaci poskytovatele v souladu s metodikou identifikační číslo osoby (IČO), 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 poskytovaných hrazených služeb, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve smlouvě.
- (2) Poskytovatel
  - a) doloží pojišťovně, při důvodném podezření na nedodržení postupu náležité odborné úrovně, že zdravotnické prostředky byly při poskytování hrazených služeb použity v souladu se zvláštními právními předpisy,
  - b) oznámí neprodleně, nejpozději do 30 kalendářních dnů pojišťovně skutečnosti, které by podstatným způsobem mohly ovlivnit plnění smlouvy, např. vznik závad na výpočetním systému nebo 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 poskytování hrazených služeb bez náhrady na dobu delší než 30 kalendářních dnů.

Nespĺnění povinností uvedených v písmenech a) nebo b), anebo pozdní splnění povinností uvedených v písmenu b) se považuje za závažné porušení smluvní povinnosti. Naplnění skutečností, uvedených v odst. 2 písm. b), bodu 1. tohoto článku

Příloha č. 1 k zápisu z 4. jednání dílčího dohodovacího řízení o rámcové smlouvě pro skupinu poskytovatelů mimolůžkových ambulantních specializovaných služeb (s výjimkou poskytovatelů ambulantních hemodialyzačních služeb, fyzioterapeutů a ergoterapeutů), klinické psychology, klinické logopedy, ortoptisty a zrakové terapeutů

nezakládá nárok smluvní strany na změnu smlouvy a při splnění předpokladů uvedených v článku 7 může vést k ukončení smlouvy, nebo její části.

(3) Pojišťovna

a) 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,

b) může zveřejnit v rámci seznamu smluvních poskytovatelů obchodní jméno či firmu a adresu poskytovatele, jeho odbornost a telefonické, případně e-mailové spojení či další údaje vzájemně dohodnuté.

Článek 9

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 a právnická osoba uplatňující zájmy jednotlivých poskytovatelů. 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.

**Ke stvrzení dosažení dohody o obsahu shora uvedené rámcové smlouvy účastníci připojují níže svoje podpisy:**

  
Mgr. Radomíra Jahodářová  
za Otevřený svaz zdravotních pojišťoven

  
MUDr. Zorjan Jojko  
za segment

  
Mgr. Martin Balada, LL.M.  
za Svaz zdravotních pojišťoven České republiky