

**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 předpisem⁴⁾, se na vypracování textu smlouvy podílejí zástupci pojišťoven a zástupci poskytovatelů zdravotní péče, zmocnění k zastupování v této věci.

Naformátováno: Odrážky a číslování

**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,

Naformátováno: Odrážky a číslování

- 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.

Naformátováno: Odrážky a číslování

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 údajích⁵⁾ a skutečnostech, o nichž se dozvěděli při výkonu své funkce nebo zaměstnání anebo při zpracování údajů z informačního systému na základě smlouvy, popřípadě v souvislosti s 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 zaměstnanci⁷⁾, kteří budou pojištěncům poskytovat ve smlouvě sjednanou hrazenou zdravotní péči, splňují požadavky odborné způsobilosti stanovené právními předpisy pro poskytování této péče⁸⁾,
 - c) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytovanou zdravotní péči podle zvláštního právního předpisu⁹⁾,
 - 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 pojištěnec 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,

Naformátováno: Odrážky a číslování

Naformátováno: Odsazení:
Vlevo: 0,5 cm, Představení:
0,75 cm, Mezera Před: 0 b.

Naformátováno: Písmo: není Tučné

Naformátováno: Písmo: není Tučné

Naformátováno: Písmo: není Tučné

Naformátováno: Písmo: není Tučné

Naformátováno: Písmo: není Tučné

Naformátováno: Písmo: není Tučné

Naformátováno: Odrážky a číslování

Naformátováno: Odrážky a číslování

- 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 poskytlo hrazenou zdravotní péči, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby.
- (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.

Naformátováno: Odrážky a číslování

Naformátováno: Odsazení: Vlevo: 0,5 cm, Představení: 0,75 cm, Mezera Před: 0 b., Bez kontroly osamocených řádků

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.

Naformátováno: Odrážky a číslování

Faktura je účetním dokladem a splňuje náležitosti účetního dokladu¹¹⁾. Náležitosti přílohy jsou stanoveny v metodice nebo se v souladu s metodikou upřesní ve smlouvě. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu¹¹⁾ 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

Naformátováno: Odrážky a číslování

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

Naformátováno: Odrážky a číslování

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 nedodrжуje správný postup, popřípadě opakovaně odmítne poskytnutí zdravotní péče z jiných, než právními předpisy stanovených důvodů.

Naformátováno: Písmo: není Tučné

Naformátováno: Písmo: není Tučné

Naformátováno: Písmo: není Tučné

Naformátováno: Písmo: není Tučné

Naformátováno: Písmo: není Tučné

Naformátováno: Písmo: není Tučné

- c) výpovědi 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 předpisy¹²⁾; 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.

Naformátováno: Odrážky a číslování

Naformátováno: Odsazení: Vlevo: 1,25 cm, Předšazení: 0,5 cm, Bez odrážek a číslování, Bez kontroly osamocených řádků

Naformátováno: Odrážky a číslování

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

Naformátováno: Odsazení: Vlevo: 0 cm, Předšazení: 0,75 cm, Mezera Před: 0 b., Bez odrážek a číslování, Bez kontroly osamocených řádků

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 předpisu¹³⁾.

- (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.](#)