

DOSTÁL CONSULTING

EXCELLENCE IN HEALTH & PHARMA

**Povinnosti poskytovatele zdravotních služeb
Registrace poskytovatelů
Smluvní síť**

JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D., LL.M.

Program

- Provoz poskytovatele zdravotních služeb, smlouvy o poskytování a úhradě služeb se zdravotními pojišťovnami, povinnosti vůči krajským úřadům.
- Právní předpisy: Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Zákon č. 89/2012 Sb., nový občanský zákoník. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Vyhláška č. 134/1998 Sb., o seznamu výkonů s bodovými hodnotami. Vyhláška č. 618/2006 Sb., o rámcových smlouvách. Úhradové vyhlášky a cenové předpisy Ministerstva zdravotnictví.
- Registrace poskytovatele zdravotních služeb, věcné, technické a personální zajištění. Povinnosti a odpovědnost poskytovatele ve vztahu k registraci. Nájem zdravotnického zařízení, spolupráce s externími poskytovateli.
- Tvorba smluvní sítě zdravotních pojišťoven, výběrové řízení. Smlouva o poskytování a úhradě zdravotních služeb, povinnosti poskytovatele a pojišťovny.
- Úhrada zdravotních služeb dle zákona, vyhlášky o Seznamu výkonů a úhradové vyhlášky. Sjednávání individuálních úhradových ujednání.

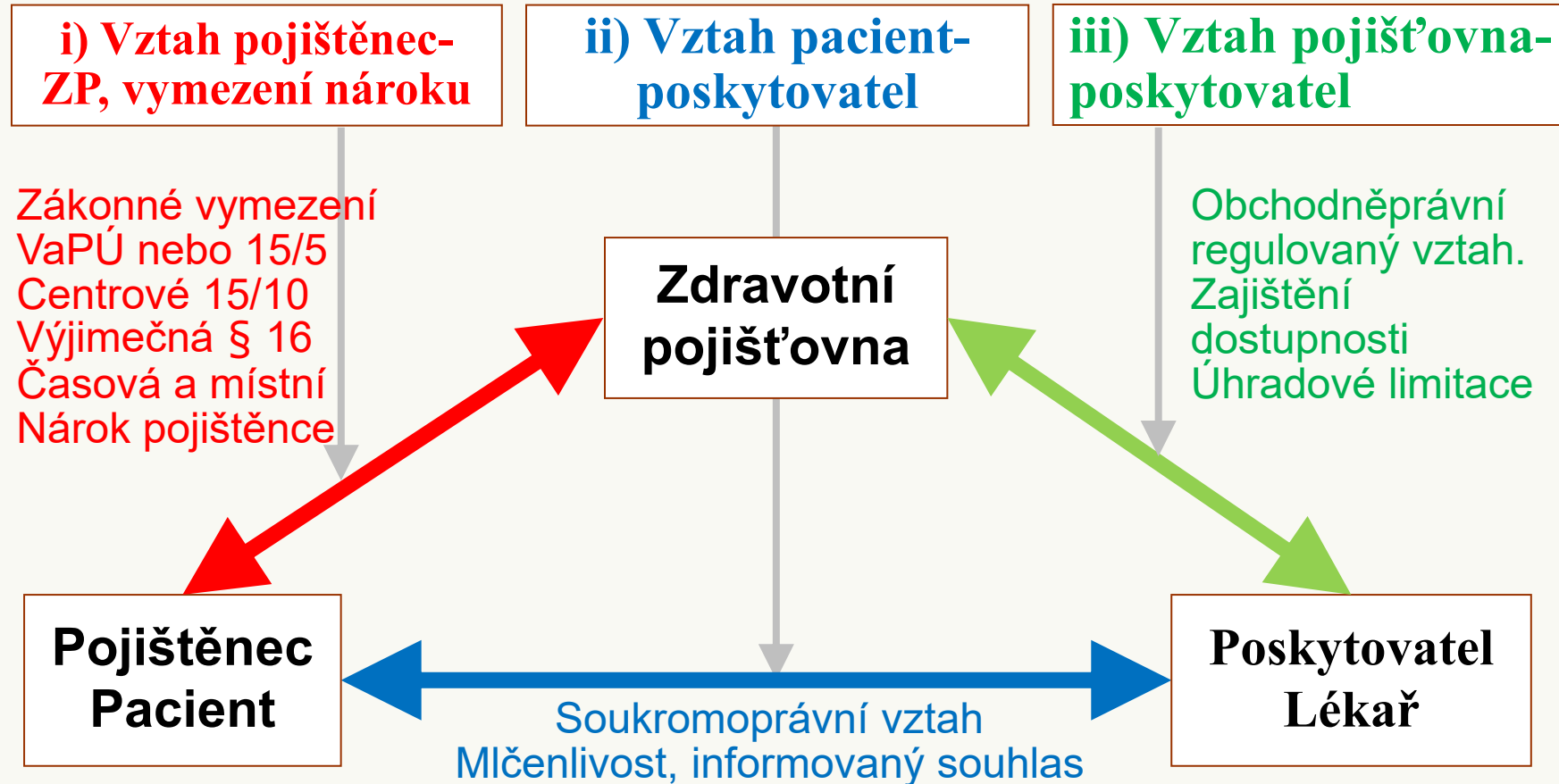
Prezentace, podrobnosti:

<https://www.zdravopravo.cz/kontinualni-vzdelavani-ve-zdravotnictvi/>

Základní pravidla systému

- **Listina základních práv a svobod:**
 - Čl. 31: „Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon“
 - Čl. 4: „Zákonná omezení základních práv a svobod musí platit stejně pro všechny případy, které splňují stanovené podmínky“

Nárok na úhradu ze zdravotního pojištění



Ekonomicko-organizační aspekt

- **Základní rozpor „zdroje-nárok“**

- Nárok dle současného 48/1997 Sb. otevřený, až proklamativní
- Za cca 400+mld. nelze zajistit časovou a místní dostupnost nároku

- **Další komplikace**

- Nerovná expanze v 90.letech a princip historické reference
- Fenomén výhodných a nevýhodných specializací
- Fenomén křížového financování
- Fenomén individuálních ujednání, ne/uznání vyúčtování a promítnutí do historie
- Teoreticky sedm smluvních sítí, s různými pravidly

Právo na hrazenou péči

- **Nález 206/1996 Sb.**
 - Právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky mají občané na základě veřejného pojištění a za podmínek blíže vymezených zákonem. Jestliže tedy tyto podmínky mohou být upraveny pouze zákonem, je zcela nezbytné, aby i rozsah a způsob jejich poskytování byl vymezen stejným legislativním režimem. Jiná než zákonná úprava by byla porušením Listiny, a tedy i ústavnosti.
 - Nelze připustit, aby vymezení rozsahu výše poskytované zdravotní péče za plnou nebo částečnou úhradu byla ponechána na úpravě jiným než zákonným právním předpisům. Tím by se sféra ochrany základních práv a svobod dostala pod pravomoc moci výkonné, která k takovým pravomocím není oprávněna.
- **Významné pro ústavněprávní přezkum (částečně akutní):**
 - Regulaci „nadstandardů“ vyhláškou
 - Regulaci časové a místní dostupnosti (diskriminační vůči non-RS?)
 - Ústavnost limitací ze Sazebníku a úhradové vyhlášky
 - „Zpoplatnění garantovaných práv“ – metodika MZ k „profesornému“

ÚS a limity u neodkladné péče

▪ I. ÚS 2785/08 ze dne 13.09.2011

- I Ústavní soud spatřuje podstatu věci v ústavněkonformním posouzení otázky, zda stěžovatelka v daném období překročila sporné náklady z nezbytných důvodů, tedy aby nutného léčebného efektu bylo dosaženo s ohledem na individuální zdravotní stav konkrétních pojištěnců. Na tuto otázku je třeba se zejména zaměřit v novém řízení a případně v tomto směru doplnit dokazování.
- Ústavní soud poukazuje v této souvislosti na závěr vyjádřený v rozsudku Nejvyššího soudu ze dne 27. 4. 2011, sp. zn. 25 Cdo 3507/2008 (i když skutkové okolnosti případů jsou poněkud jiné), podle něhož pokud zdravotnické zařízení poskytlo nutnou a neodkladnou péči pojištěnci zdravotní pojišťovny, je příslušná pojišťovna povinna tuto péči uhradit i v situaci, že byl dohodnutý finanční limit v daném období vyčerpán. Uvedený závěr považuje i Ústavní soud za ústavně plně konformní; je však třeba doplnit, že tento závěr - sám o sobě - nepokrývá všechny v úvahu přicházející případy, kdy lze smluvně dohodnutý objem zdravotní péče překročit (např. nárůst počtu pacientů dané pojišťovny, preskripce léků u chroniků apod.).

(nejen) evropské právo hospodářské soutěže

- **Vymezení právního postavení ZP**
 - Zdravotní pojišťovna jako veřejná instituce?
 - Zdravotní pojišťovna jako soutěžitel?
 - Případy: AOK Bundesverband, FENIN
- **Vymezení právního postavení ZZ**
 - ZZ jako soutěžitel?
 - Rozdíl „veřejné/soukromé“?
 - Případy: Ambulanz Glockner, Asklepios Kliniken
- **Problematika veřejných podpor**

Vztah pacient - poskytovatel

Zákon 372/2011 Sb. o zdr.službách

- **Základní práva pacienta**
 - Bez ohledu na způsob úhrady
 - Péče lege artis
 - Informovaný souhlas a poučení
 - Mlčenlivost, přístup do zdravotnické dokumentace
- **Povinnosti pacienta**
 - Dodržovat léčebný režim, „chovat se slušně“
 - Zaplatit cenu péče nehrazené
- **Lege artis – co to je?**
 - Náležitá odborná úroveň
 - Všechny medicínsky prospěšné alternativy, bez ohledu na úhradu

Vztah pojištěnec-pojišťovna

- **„Pacient“ nebo „pojištěnec“?**
- **Povinnost pojištěnce**
 - Platit povinné pojistné
- **Povinnost pojišťovny**
 - Zajistit dostupnost hrazené péče prostřednictvím zdravotnických zařízení
- **Co je „hrazená péče“?**
 - Ani dle čl.31 Listiny nemusí být „vše zadarmo“
 - Omezitelná jen zákonem, konkrétně § 11 a násl. zákona 48/1997 Sb.
 - Nárok na hrazenou péči vs. medicínské možnosti (úhradový vs. odborný standard)

Vztahy ZZ-ZP

- **§17 odst. I**
 - Za účelem zajištění věcného plnění při poskytování hrazených služeb pojištěncům uzavírají ZP smlouvy s poskytovateli o poskytování a úhradě hrazených služeb.
 - Smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb lze uzavřít pouze pro zdravotní služby, které je poskytovatel oprávněn poskytovat.
 - Smlouvy se nevyžadují při poskytování
 - a) neodkladné péče pojištěnci,
 - b) zdravotních služeb pojištěncům ve výkonu vazby nebo výkonu trestu odnětí svobody nebo výkonu zabezpečovací detence poskytovatelem určeným Vězeňskou službou,
 - c) zdravotních služeb pojištěnci, který je ve výkonu ochranného léčení nařízeného soudem, jde-li o zdravotní služby poskytované v souvislosti s onemocněním, pro které je pojištěnec povinen se léčení podrobit.

Výběrová řízení (§ 46)

- **(1) Zdravotní pojišťovna je povinna zajistit poskytování zdravotní péče svým pojištěncům. Tuto povinnost plní prostřednictvím zdravotnických zařízení, se kterými uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče. Tato zdravotnická zařízení tvoří síť smluvních zdravotnických zařízení zdravotní pojišťovny (dále jen "sít").**
- **(2) Před uzavřením smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče se koná výběrové řízení. Výběrové řízení se nekoná**
 - a) pro zdravotnická zařízení lékárenské péče,
 - b) pro zdravotnická zařízení Vězeňské služby České republiky 46a),
 - c) v případech rozšíření sítě již smluvního zdravotnického zařízení zdravotnické záchranné služby,
 - d) při uzavírání nové smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče, pokud se jedná o smluvní vztah se stejným subjektem a současně nedochází k rozšíření rozsahu poskytované zdravotní péče.

Výběrová řízení (§ 47)

- **(1) Výběrové řízení vyhláší způsobem v místě obvyklým krajský úřad, v hlavním městě Praze Magistrát hlavního města Prahy (dále jen "krajský úřad"). Místní příslušnost krajského úřadu se řídí místem provozování zdravotnického zařízení. Výběrové řízení na poskytování ústavní a lázeňské zdravotní péče vyhláší Ministerstvo zdravotnictví.**
- **(2) Vyhlášení výběrového řízení musí obsahovat:**
 - a) rozsah zdravotní péče a území, pro které má být poskytována, a označení zdravotní pojišťovny, je-li zdravotní pojišťovna navrhovatelem výběrového řízení,
 - b) lhůtu, ve které lze podat nabídku; tato lhůta nesmí být kratší než 30 pracovních dnů,
 - c) místo pro podání přihlášky.

Výběrová řízení (§ 48)

- **(1) Vyhlášovatel zřizuje pro každé výběrové řízení komisi. Členy komise jsou:**
 - a) zástupce krajského úřadu, jde-li o výběrové řízení vyhlášené krajským úřadem, nebo zástupce Ministerstva zdravotnictví, jde-li o výběrové řízení vyhlášené tímto ministerstvem,
 - b) zástupce příslušné profesní organizace,
 - c) zástupce příslušné zdravotní pojišťovny,
 - d) odborník pro druh zdravotní péče, která má být zdravotnickým zařízením poskytována.
- **(2) Členy komise nemohou být osoby, u nichž se zřetelem na jejich vztah k uchazeči jsou pochybnosti o jejich nepodjatosti, a osoby blízké uvedeným osobám.**

Výběrová řízení (§ 51)

- (1) Při posuzování přihlášek členové komise přihlížejí zejména k dobré pověsti uchazeče (k dodržování postupu lege artis), k disciplinárním opatřením uloženým podle zvláštního zákona, k etickému přístupu k pacientům, k přístupu zdravotnického zařízení v oblasti zvyšování bezpečí pacienta a kvality péče, ke stížnostem na poskytování zdravotní péče, ke zjištěným nedostatkům v hospodaření zdravotnického zařízení, včetně daňových nedoplatků apod.
- (2) Po posouzení přihlášek stanoví komise pořadí uchazečů.

Výběrová řízení (§ 52)

- (1) Vyhlášovatel je povinen zveřejnit výsledek výběrového řízení včetně počtu získaných hlasů podle § 49 odst. 2.
- (2) Zdravotní pojišťovna přihlíží k výsledkům výběrového řízení při uzavírání smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb. Výsledek výběrového řízení nezakládá právo na uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uzavřít smlouvu s uchazečem pouze tehdy, bylo-li uzavření takové smlouvy ve výběrovém řízení doporučeno.

I. ÚS 247/98

- **Právní vztah mezi poskytovatelem zdravotní péče a zdravotní pojišťovnou, v jehož rámci je či není uzavřena smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče, je vztahem soukromoprávním, a jako takovému, s ohledem na to, že mu není poskytnuta ochrana jinak, by mu měla být poskytnuta ochrana podle občanského zákoníku. Orgánem poskytujícím tuto ochranu je vzhledem k § 4 občanského zákoníku soud.**

Soukromoprávní vztah

- **Mezi základními zásadami soukromoprávních vztahů - jako dalšího ze znaků soukromoprávního vztahu - zaujímá dominantní pozici autonomie soukromé vůle účastníků smlouvy. V dané souvislosti proto má význam především:**
 - Pozice účastníků vztahu, tj. skutečnost, že stěžovatel a VZP ČR nejsou jeden na druhém osobně (právně) závislí a jsou vybaveni způsobilostí k úkonu, o který se jedná;
 - autonomie rozhodnutí účastníků vztahu uzavřít smlouvu či nikoli, tj. nepřítomnost kontraktační povinnosti jak na straně stěžovatele, tak na straně VZP ČR;
 - otázka autonomie vůle účastníků volby smluvního partnera, která je sice omezena na skupinu zdravotních pojišťoven, vyloučena však zcela není;
 - autonomie volby obsahu smlouvy, která je limitována typem zúčastněného ekonomického zájmu obou účastníků a veřejným zájmem určujícím obsah smlouvy jednak obecně závaznými právními předpisy, jednak dalšími podmínkami Ministerstva zdravotnictví. Určující jsou tu ekonomické zájmy účastníků smlouvy, přičemž "oktrojované" obsahové náležitosti smlouvy by měly být závazné pro všechny účastníky ve stejné míře a neměly by být tedy pouhou svou povahou diskriminační.

Výběrová řízení

- **Částečná závaznost VŘ:**
 - ZP není vázána, jen negativně
 - VŘ ale musí proběhnout, aby bylo možno přihlédnout
 - Následek neexistence VŘ: neplatnost?

Vztahy ZZ-ZP

- **§17 odst. 2: Rámcové smlouvy**
 - Smlouva mezi ZP a ZZ se řídí rámcovou smlouvou, která je výsledkem dohodovacího řízení mezi zástupci svazů zdravotních pojišťoven a zástupci příslušných skupinových smluvních zdravotnických zařízení zastupovaných svými zájmovými sdruženími.
 - Rámcová smlouva obsahuje vždy ustanovení, které se týká
 - Doby účinnosti, způsobu a důvodu ukončení smlouvy
 - Způsob provádění úhrady poskytované zdravotní péče,
 - Obecné podmínky kvality a účelnosti poskytování zdravotní péče
 - Kontrolní mechanismus
 - Ustanovení o rozhodčím řízení.

Vztahy ZZ-ZP

- **§17 odst. 5 a 6: Seznam a úhrady**
 - Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami vydává Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou.
 - Hodnoty bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení se vždy na následující kalendářní rok dohodnou v dohodovacím řízení zástupců ZP a příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních zdravotnických zařízení.
 - Dojde-li k dohodě, posoudí její obsah MZ z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem.
 - Je-li dohoda v souladu s právními předpisy a veřejným zájmem, vydá ji Ministerstvo zdravotnictví jako vyhlášku.
 - Nedojde-li v dohodovacím řízení k výsledku ...nebo shledá-li MZ, že tato dohoda není v souladu s právními předpisy nebo veřejným zájmem, stanoví hodnoty bodu, výši úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění na následující kalendářní MZ vyhláškou.
 - Vyhláška se použije, pokud se zdravotnické zařízení a zdravotní pojišťovna za podmínky dodržení zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny nedohodnou o způsobu úhrady, výši úhrady a regulačních omezeních jinak

Kontrola

- **ZP kontrolují využívání a poskytování zdravotní péče v jejím objemu a kvalitě včetně dodržování cen u smluvních ZZ a pojišťenců.**
- **Kontrolní činnost provádějí prostřednictvím informačních dat ... a činností revizních lékařů...**
- **Revizní lékaři posuzují**
 - Odůvodněnost léčebného procesu se zvláštním zřetelem na jeho průběh a předepisování léčivých přípravků, prostředků zdravotnické techniky a na posuzování potřeby lázeňského pobytu jako součásti léčebné péče.
 - Zda poskytnutá péče odpovídá péči vyúčtované zdravotní pojišťovně,
 - Zda byly vyúčtovány pouze ty výkony, léčivé přípravky a prostředky zdravotnické techniky, které je zdravotní pojišťovna povinna uhradit,
 - Zda rozsah a druh zdravotní péče odpovídá zdravotnímu stavu pojištěnce.
- **Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování zdravotní péče, zdravotní pojišťovna takovou péči neuhradí.**

Kontrola

- **Oprávnění revizních lékařů**
 - Revizní lékaři jsou oprávněni vstupovat do zdravotnických zařízení.
 - Výkon činnosti revizního lékaře nesmí narušit prováděný léčebný výkon.
 - Zdravotnické zařízení poskytuje zdravotní pojišťovně nezbytnou součinnost při výkonu kontroly, zejména předkládá požadované doklady, sděluje údaje a poskytuje vysvětlení.
- **Revizní lékaři vykonávají kontrolní činnost především v oboru, ve kterém získali specializaci.**
- **Revizní lékaři vykonávají kontrolní činnost v pracovněprávním vztahu ke zdravotní pojišťovně, který je sjednáván na základě výběrového řízení.**
- **Zákaz konfliktu zájmů u revizního lékaře**

Vyhlášky

- **Smlouva ZP-ZZ**
 - Smlouva dle obchodního zákoníku (výchozí režim) – regulovaný soukromoprávní vztah?; smluvní odpovědnost jako v Obch.z.
 - Zvláštní podmínky stanoveny vyhláškami
 - Možnost zvláštních ujednání mezi ZP a ZZ, ale ne právní nárok
 - Lze smlouvu chtít „dle vyhlášky“, ale ne si vybírat

Rámcové smlouvy

- **Vyhláška 618/2006 Sb.**
- **Smlouva ZP-ZZ**
 - Právní vztahy upravené ve smlouvě uzavírané mezi jednotlivými pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními se nesmí odchýlit od ustanovení rámcové smlouvy podle této vyhlášky, s výjimkou těch ustanovení, u kterých takovou možnost tato rámcová smlouva výslovně uvádí.
 - Vždy písemná smlouva
- **Povinnosti stran**
 - Dodržovat dohodnutou metodiku
 - Dodržovat mlčenlivost (NSS: limitace na práva pojištěnců – nikoliv obchodní tajemství či majetkové poměry?)

Rámcové smlouvy

- **Povinnosti ZZ**
 - Odbornost, registrace, věcné, technické vybavení
 - Kvalifikace zaměstnanců, zajištění při nepřítomnosti
 - Pojištění odpovědnosti
 - ZZ „poskytuje hrazenou zdravotní péči "lege artis" bez nadbytečných nákladů, vždy však se zřetelem k tomu, aby potřebného diagnostického nebo léčebného efektu bylo dosaženo s ohledem na individuální zdravotní stav pojištěnce“
 - ZZ „ odpovídá za účelnost indikace při odesílání pojištěnce ke komplementárním a konziliárním vyšetřením a na základě jejich výsledků upravuje diagnózu nebo léčebný postup

Rámcové smlouvy

- **Povinnosti ZZ**
 - ZZ „povede pro posouzení oprávněnosti vyúčtované zdravotní péče 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“
 - Poskytne informace v rámci návaznosti péče, samo je bude požadovat, pro zamezení duplicit
 - Bude hlásit informace pro regresy

Rámcové smlouvy

- **Povinnosti ZZ**
 - neodmítne přijetí pojištěnce do své péče s výjimkou důvodů uvedených v § 11 odstavci 1 písmenu b) zákona,
 - 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,
 - nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí hrazené zdravotní péče změnou pojišťovny nebo jiným způsobem,
 - nebude zvyhodňovat pojištěnce jedné nebo více pojišťoven v neprospěch pojištěnců pojišťoven ostatních a zhoršovat dostupnost zdravotní péče hrazené pojišťovnou přednostním poskytováním péče hrazené jiným způsobem,
 - Neupřednostní pojištěnce z EU

Rámcové smlouvy

- **Povinnosti ZP**
 - Uhradit péči dle smlouvy
 - Dohledat příslušnost pojištěnce k pojišťovně
 - Nepožadovat zvýhodnění svých pojištěnců
 - Poskytnout včas metodiku/číselníky (DRG?)

Rámcové smlouvy

- **Úhrada**
 - Za výkony nebo paušál, se zohledněním regulací (úhradová vyhláška),
 - Na základě měsíční faktury s přílohou (vady – vrácení, prodloužení splatnosti)
 - „Zdravotnické zařízení odpovídá za úplnost, formální i věcnou správnost dokladů a za jejich předávání způsobem dohodnutým v metodice a datovém rozhraní.
 - „Zjistí-li pojišťovna ve vyúčtování před provedením úhrady nesprávně nebo neoprávněně vyúčtovanou péči, úhradu této části vyúčtované péče v termínu splatnosti neprovede. Pojišťovna prokazatelným způsobem oznámí zdravotnickému zařízení bez zbytečného odkladu rozsah a důvod 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.
 - Zpětně zjištěná chyba – jednostranné započtení (stržení z příští úhrady)

Rámcové smlouvy

- **Kontrola**
 - Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona a smlouvou kontrolu využívání a poskytování hrazené zdravotní péče v jejím objemu a kvalitě, včetně dodržování cen, a to prostřednictvím svého informačního systému, revizních lékařů a dalších odborných pracovníků ve zdravotnictví, způsobilých k revizní činnosti
 - V rámci své odborné způsobilosti revizní lékaři a odborní pracovníci oprávnění ke kontrole posuzují, zda zvolený způsob hrazené zdravotní péče byl indikován s ohledem na zdravotní stav pojištěnce, je v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a zda nebyl zbytečně ekonomicky náročný.
 - V případech stanovených právními předpisy revizní lékař (odborný pracovník) posuzuje i odůvodněnost ošetřujícím lékařem navrženého, popřípadě provedeného léčebného postupu a schvaluje, zda použitý postup pojišťovna uhradí. (např. §16)

Rámcové smlouvy

- **Kontrola**
 - ZZ 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 a dalších dokladů bezprostředně souvisejících s prováděnou kontrolou vyúčtovaných zdravotních výkonů, léčiv a zdravotnických prostředků, ...
 - Revizní lékař (revizní odborný pracovník) je povinen postupovat tak, aby kontrola nenarušila prováděný léčebný výkon.
 - V případě kontroly (šetření) ve zdravotnickém zařízení bude na místě zpracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a stanoviska zdravotnického zařízení.
 - 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.

Rámcové smlouvy

- **Kontrola**
 - 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 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.
 - Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazené zdravotní péče nebo její neodůvodněné poskytování, pojišťovna podle § 42 odstavce 3 zákona takovou péči neuhradí a je oprávněna postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě.
 - V případě, že se závěry kontroly prokáží jako neodůvodněné, uhradí pojišťovna zdravotnickému zařízení částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče. Zdravotnické zařízení je oprávněno postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě.

Rámcové smlouvy

- **Sankce**
 - Lze sjednat smluvní pokutu co do výše i důvodů
- **Za porušení smlouvy se považují případy, kdy**
 - Některá smluvní strana uvede nepravdivé informace při uzavření nebo plnění smlouvy nebo je neposkytne
 - ZZ účtuje duplicitně, neposkytne povinná hlášení (§55), opoždí výkazy péče
 - ZP neodůvodněně sníží nebo odmítne úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče, provádí úhradu oprávněně vyúčtované poskytnuté hrazené zdravotní péče s prodlením, kromě případů, kdy není za prodlení odpovědna.
- **Uplatněním sankce není dotčeno právo smluvních stran na vrácení úhrady za neoprávněně nebo nesprávně vyúčtovanou a uhrazenou hrazenou zdravotní péči.**

Rámcové smlouvy

- **Řešení sporů**
 - 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.

Rámcové smlouvy

- **Řešení sporů**
 - 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 zastupovaných svými zájmovými sdruženími 16) 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.

DOSTÁL CONSULTING

EXCELLENCE IN HEALTH & PHARMA

Děkuji za pozornost

Ondřej Dostál

ondrej.dostal@zdravopravo.cz