



Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank,
pojišťoven a stavebnictví

IČ: 47114321, DIČ: CZ47114321, kód 207

Zástupce:

generální ředitel
Roškotova 1225/1
140 21 Praha 4

se sídlem

zapsaná

v obchodním rejstříku, vedeném
Městským soudem v Praze
spis. zn. A 7232

Bankovní spojení:

Poliklinika Žďár nad Sázavou
Studentská 1699/4
591 01 Žďár nad Sázavou 1

a

Poskytovatel₂ : Poliklinika Žďár nad Sázavou

IČ : 48899119

specifikace₁ :

IČZ₃ : 84312000

Sídlo : Studentská 1699/4
Žďár nad Sázavou 1

IČP₃ :

PSC : 591 01

Zástupce:

(dále jen „Poskytovatel“) na straně druhé
uzavírají po dohodě tento

DODATEK POL-LIM 2018

(dále jen „Dodatek“)

I.

- Předmětem tohoto Dodatku je stanovení podmínek, způsobu a výše úhrady **ambulantních zdravotních služeb** hrazených z veřejného zdravotního pojištění a poskytnutých **v roce 2018** Poskytovatelem pojištěncům Zdravotní pojišťovny a pojištěncům z ostatních členských států Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru a Švýcarska podle příslušných předpisů Evropské unie a pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny mezinárodní smlouvy o sociálním zabezpečení vztahující se i na oblast zdravotní péče (dále jen „Zahraniční pojištěnec“), v případě, že se pojištěnec prokázal platným „Potvrzením o registraci“ vydaným Zdravotní pojišťovnou.
- Smluvní strany se zavazují postupovat při vyúčtování a úhradě zdravotních služeb poskytnutých Zahraničním pojištěncům podle nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení a č. 987/2009, kterým se stanoví prováděcí pravidla k nařízení (ES) č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení, a metodického pokynu Ministerstva zdravotnictví ČR, publikovaného ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR, částka 6, z května 2010.
- V návaznosti na článek I. odst. 2 tohoto Dodatku se Poskytovatel zavazuje, že vykáže zdravotní služby poskytnuté Zahraničním pojištěncům v souladu s uvedeným metodickým pokynem Ministerstva zdravotnictví ČR, a to samostatnou fakturou a dávkou. Přílohou vyúčtování musí být vyplněné „Potvrzení o nároku cizího pojištěnce“ s tím, že „Potvrzení o nároku cizího pojištěnce“ není nutné dokládat v případě, že se Zahraniční pojištěnec prokázal platným „Potvrzením o registraci“ vydaným Zdravotní pojišťovnou.

II.

- Smluvní strany se dohodly, že **zdravotní služby** poskytované pojištěncům Zdravotní pojišťovny a Zahraničním pojištěncům v roce 2018 Poskytovatelem, vykázané dle vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění (dále jen „Seznam zdravotních výkonů“), **budou hrazeny úhradou za poskytnuté výkony, za zvlášť účtované léčivé přípravky (dále jen „ZULP“) a zvlášť účtovaný materiál (dále jen „ZUM“) dle následujících ustanovení:**

1.1. Specializované ambulantní zdravotní služby budou hrazeny dle následujících ustanovení:

- Zdravotní služby v odbornostech 305, 306, 308 a 309 podle Seznamu zdravotních výkonů budou hrazeny v hodnotě bodu 1,05 Kč/bod bez dalších omezení.
- Zdravotní služby v odbornosti 910 - psychoterapie společně s ošetřovacím dnem denního stacionáře a v odbornosti 901 – klinická psychologie a 931 – dětská psychologie budou hrazeny v hodnotě bodu 1,08 Kč/bod.
- Zdravotní služby v odbornosti 927 – ortoptika, v odbornosti 905 – zrakový terapeut a v odbornosti 919 - adiktolog je dohodnuta hodnota bodu 1,00 Kč/bod.
- Výkony 43311, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629 a 43633 v odbornosti 403 – radiační onkologie budou hrazeny v hodnotě bodu 0,68 Kč/bod a výkony 43652 a 43653 v odbornosti 403 – radiační onkologie budou hrazeny v hodnotě bodu 1,- Kč/bod.
- Výkony 75427, 75347 a 75348 v odbornosti 705 – oftalmologie budou hrazeny v hodnotě bodu 0,68 Kč/bod.
- Výkony 15101, 15103, 15105, 15107, 15440, 15445 a 15950 v odbornosti 105 – gastroenterologie, vykázané v souvislosti se screeningem karcinomu kolorekta, budou hrazeny na základě samostatného dodatku.
- Výkony 73028 a 73029 v odbornosti 701 – otorinolaryngologie nebo 702 - foniatrie budou hrazeny na základě samostatného dodatku.
- Zdravotní služby v odbornosti 603 – gynekologie a porodnictví a odbornosti 604 – dětská gynekologie budou hrazeny v hodnotě bodu 1,08 Kč/bod.
- Zdravotní služby v ostatních odbornostech specializovaných ambulantních služeb budou hrazeny v hodnotě bodu 1,03 Kč/bod s výjimkou výkonu 89312, pro který je dohodnuta hodnota bodu 1,- Kč/bod.

Celková výše úhrady Zdravotní pojišťovny za rok 2018 nepřekročí v jednotlivých odbornostech specializovaných ambulantních hrazených služeb částku, která se vypočte takto

Inu x POPzpo x PU00 kde

1) Vyplní Zdravotní pojišťovna

2) Obchodní jméno (obchodní název) Zdravotnického zařízení dle údajů v Obchodním rejstříku, živnostenském listu, event. v žádosti o přidělení IČO, příp. dle názvu ve zřizovací listině

3) Případná další IČZ, IČP přidělená zdravotnickému zařízení uveďte ve zvláštní příloze

POPzpo je počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období. Do počtu unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle Seznamu zdravotních výkonů.

PUROo je průměrná úhrada za výkony podle Seznamu zdravotních výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce Zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti Poskytovatelem v referenčním období. Do počtu unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle Seznamu zdravotních výkonů.

Inu je index navýšení úhrady, který je roven hodnotě 1,018.

Pokud Poskytovatel doloží Zdravotní pojišťovně do 31.12.2018 platný diplom celoživotního vzdělávání u alespoň 50% nositelů výkonů v dané odbornosti, bude Inu pro tuto odbornost navýšen o +0,012 (tj. limit maximální úhrady rozhodný pro provedení celkového finančního vyrovnání předběžné úhrady bude u Poskytovatele spočítán při hodnotě **Inu = 1,03**).

Pokud z evidence Zdravotní pojišťovny zároveň vyplývá nebo Poskytovatel do 31.12.2018 Zdravotní pojišťovně doloží, že ordinační doba Poskytovatele v dané odbornosti činí minimálně 30 hodin týdně v případě neoperačních oborů, respektive 24 hodin týdně u operačních oborů za podmínky, že 1 den v týdnu Poskytovatel průkazně operuje, a zároveň alespoň 1x v týdnu Poskytovatel poskytuje zdravotní služby v této odbornosti v prodloužené ordinační době do 18.00 hod, bude Inu navýšený dle předchozí věty navýšen o dalších +0,01 (tj. limit maximální úhrady rozhodný pro provedení celkového finančního vyrovnání předběžné úhrady bude u Poskytovatele spočítán při hodnotě **Inu = 1,04**).

Pokud Poskytovatel nepředloží Zdravotní pojišťovně do 31.12.2018 kopii diplomu celoživotního vzdělávání u alespoň 50% nositelů výkonů dané odbornosti, bude Inu rozhodný pro výpočet maximální úhrady roven hodnotě **Inu = 1,018** dle vyhlášky č. 353/2017 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2018.

Navýšení úhrady dle předchozích ustanovení při splnění zde uvedených podmínek bude realizováno v rámci celkového finančního vyrovnání předběžné úhrady.

Referenčním obdobím pro odbornosti specializovaných ambulantních zdravotních služeb se rozumí rok 2016 a hodnoceným obdobím se rozumí rok 2018.

Výše uvedené omezení úhrady na jednoho unikátního pojištěnce se pro odbornost specializovaných ambulantních zdravotních služeb nepoužije, pokud Poskytovatel ošetřil v referenčním nebo v hodnoceném období 50 a méně unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny při smluvně dohodnuté kapacitě poskytovaných služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně v dané odbornosti. V případě smluvně dohodnuté kapacity poskytovaných služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně v dané odbornosti se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny přepočítává koeficientem $n/30$, kde n se rovná kapacitě smluvně dohodnutých zdravotních služeb pro danou odbornost. Dále se toto omezení nepoužije v případě zdravotních služeb poskytovaných Zahraničním pojištěncům.

- 1.2. **Fyzioterapie a ergoterapie** (odbornost 902 a 917) bude hrazena **v hodnotě bodu 0,80 Kč/bod**. Celková výše úhrady Poskytovateli za hrazené zdravotní služby v odbornosti 902 a 917 pojištěncům Zdravotní pojišťovny v roce 2018 nepřekročí částku, která se vypočte dle následujícího vzorce:

$$1,05 \times \text{POPzpoZ} \times \text{PUROo} + 1,05 \times \max[\text{PUROo} \times \text{POPzpoMh}; (\text{UHRMh} - \text{UHRMr})] \quad \text{kde}$$

POPzpoMh je počet mimořádně nákladných unikátních pojištěnců ošetřených Poskytovatelem v dané odbornosti v hodnoceném období; mimořádně nákladným unikátním pojištěncem se rozumí pojištěnec s diagnózou mozková obrna - (G80) nebo následky cévních nemocí mozku - (I69), pokud úhrada za jemu poskytnuté výkony podle Seznamu zdravotních výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků ošetřeného v dané odbornosti Poskytovatelem v hodnoceném období je rovna nebo překročí pětinašobek průměrné úhrady za výkony podle Seznamu zdravotních výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce Zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti Poskytovatelem v referenčním období.

POPzpoZ je počet základních unikátních pojištěnců ošetřených Poskytovatelem v dané odbornosti v hodnoceném období, do počtu základních unikátních pojištěnců se nezahrne mimořádně nákladný unikátní pojištěnec.

PUROo je průměrná úhrada za výkony podle Seznamu zdravotních výkonů včetně ZUM a ZULP na jednoho unikátního pojištěnce Zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti Poskytovatelem v referenčním období.

UHRMh je úhrada za výkony podle Seznamu zdravotních výkonů včetně ZUM a ZULP za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce Zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti Poskytovatelem v hodnoceném období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce se zahrne úhrada za pojištěnce s diagnózou mozková obrna nebo následky cévních nemocí mozku, pokud tato úhrada za výkony podle Seznamu zdravotních výkonů včetně ZUM a ZULP ošetřeného v dané odbornosti Poskytovatelem v hodnoceném období je rovna nebo překročí pětinašobek průměrné úhrady za výkony podle Seznamu zdravotních výkonů včetně ZUM a ZULP na jednoho unikátního pojištěnce Zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti Poskytovatelem v referenčním období.

UHRMr je úhrada za výkony podle Seznamu zdravotních výkonů včetně ZUM a ZULP za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce Zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti Poskytovatelem v referenčním období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce se zahrne úhrada za pojištěnce s diagnózou mozková obrna - (G80) nebo následky cévních nemocí mozku - (I69), pokud tato úhrada za výkony podle Seznamu zdravotních výkonů včetně ZUM a ZULP ošetřeného v dané odbornosti Poskytovatelem v referenčním období je rovna nebo překročí pětinašobek průměrné úhrady za výkony podle Seznamu zdravotních výkonů včetně ZUM a ZULP na jednoho unikátního pojištěnce Zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti Poskytovatelem v referenčním období.

Referenčním obdobím pro zdravotní služby v odbornosti 902 a 917 se rozumí rok 2016 a hodnoceným obdobím se rozumí rok 2018.

Poskytovatel, který v referenčním období ošetřil méně než 50 unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny v odbornosti 902 a 917, bude v těchto odbornostech v roce 2018 hrazen výkonovým způsobem bez omezení.

- 1.3. **Zdravotní služby v odbornosti 925** budou hrazeny **výkonovým způsobem úhrady v hodnotě bodu 1,02 Kč/bod**.
- 1.4. **Zdravotní služby v odbornosti 914** budou hrazeny **výkonovým způsobem úhrady v hodnotě bodu 0,95 Kč/bod**.
- 1.5. **Zdravotní služby v odbornosti 911, 916 a 921** budou hrazeny **výkonovým způsobem úhrady v hodnotě bodu 0,90 Kč/bod**.
- 1.6. **Zdravotní služby komplementu** budou hrazeny výkonovým způsobem úhrady dle následujících ustanovení:
 - 1.6.1. Pro hrazené služby poskytované **v odbornostech 222, 801, 807, 808, 812 až 815, 817, 818, 819 a 823** a vyúčtované podle Seznamu zdravotních výkonů je dohodnuta **hodnota bodu ve výši 0,71 Kč/bod** pro odbornosti, pro které je Poskytovatel v hodnoceném období držitelem Osvědčení o akreditaci dle ČSN ISO 15189 nebo Osvědčení o auditu II

NASKL. Pro hrazené služby poskytované v odbornosti 802, vyúčtované podle Seznamu zdravotních výkonů, je dohodnuta **hodnota bodu ve výši 0,85 Kč/bod** pro držitele Osvědčení o akreditaci dle ČSN ISO 15189 nebo Osvědčení o auditu II NASKL v této odbornosti v hodnoceném období. V případě, že v průběhu hodnoceného období dojde k ukončení platnosti osvědčení, je nezbytné, aby Poskytovatel doložil Zdravotní pojišťovně osvědčení, jehož platnost navazuje na platnost původního osvědčení. Nové osvědčení pro hodnocené období předloží Poskytovatel nejpozději do 31. 12. 2018, přičemž hodnota bodu podle věty první nebo druhé bude Poskytovateli stanovena od data platnosti osvědčení. Pro výkony všech ostatních neakreditovaných odborností, případně odborností, pro které nejsou splněny výše uvedené podmínky, je dohodnuta **hodnota bodu ve výši 0,40 Kč/bod**.

1.6.2. Hrazené služby poskytované v odbornosti 816 a vyúčtované podle Seznamu zdravotních výkonů budou hrazeny v hodnotě bodu ve výši 0,80 Kč/bod, přičemž pro níže uvedené metody je dohodnuta úhrada ve výši:

- dvě trombotomutace společně (kód 94973) 2 898 Kč
- Cystická fibróza 36/50 mutací (kód 94977) 9 690 Kč
- tři trombotomutace společně (kód 94974) 4 030 Kč
- Bechtěrev HLA B27 (kód 94978) 1 766 Kč
- pět trombotomutací společně (kód 94975) 5 162 Kč
- BRCA komplet (kód 94976) 30 066 Kč

Celková výše úhrady Poskytovateli za poskytované hrazené zdravotní služby komplementu pojištěncům Zdravotní pojišťovny v roce 2018 podle odstavce 1.6.1. a 1.6.2. tohoto článku nepřekročí částku, která se vypočte dle následujícího vzorce:

POPk x PUROK x 1,02

POPk je počet unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny ošetřených Poskytovatelem ve všech odbornostech uvedených v odstavci 1.6.1., respektive 1.6.2. tohoto článku v hodnoceném období.

PUROK je průměrná úhrada za výkony, včetně ZUM a ZULP na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného Poskytovatelem ve všech odbornostech uvedených v odstavci 1.6.1, respektive 1.6.2. tohoto článku v referenčním období.

1.6.3. Pro zdravotní služby poskytované v odbornosti 809 a 810 a vyúčtované dle Seznamu zdravotních výkonů je dohodnuta hodnota bodu (HB) ve výši 1,12 Kč/bod a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,37 Kč/bod. Výjimku tvoří smluvně sjednané **výkony 89711 až 89725 a výkony 89611 až 89619**, vyúčtované podle Seznamu zdravotních výkonů, které budou účtovány samostatnou dávkou pod příslušným označením, je-li samostatné účtování smluvně sjednáno, a pro které je dohodnuta **hodnota bodu (HB) ve výši 0,53 Kč/bod a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,37 Kč/bod za výkony 89711 až 89725, hodnota bodu (HB) ve výši 0,55 Kč / bod a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,37 Kč / bod za výkony 89611 až 89619, a výkon 89312** vyúčtovaný podle Seznamu zdravotních výkonů, pro který je dohodnuta **hodnota bodu (HB) ve výši 1,- Kč/bod a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,48 Kč/bod**.

Celková výše úhrady Poskytovateli za hrazené zdravotní služby poskytované pojištěncům Zdravotní pojišťovny v roce 2018 podle odstavce 1.6.3 tohoto článku se vypočte podle Seznamu zdravotních výkonů úhradou za poskytnuté výkony s výslednou hodnotou bodu (HBred), včetně včetně ZUM a ZULP, podle následujícího vzorce:

HBred = FS + VS kde

HBred je výsledná hodnota bodu, která je dohodnuta v hodnoceném období pro ocenění poskytnutých výkonů

FS je fixní složka úhrady podle odst. 1.6.3. tohoto článku

VS je variabilní složka úhrady, která se stanoví podle níže uvedeného vzorce:

$$VS = (HB - FS) \times \min \{ 1 ; (PBref / UOPref) / (PBho / UOPho) \} \quad \text{kde}$$

HB je hodnota bodu podle odst. 1.6.3. tohoto článku

PBref je celkový počet Poskytovatelem vykázaných a Zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období přepočtený podle Seznamu zdravotních výkonů ve znění účinném k 1.1.2018

PBho je celkový počet Poskytovatelem vykázaných a Zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v hodnoceném období

UOPref je celkový počet Poskytovatelem vykázaných a Zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v referenčním období

UOPho je celkový počet Poskytovatelem vykázaných a Zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období

1.6.4. Výkony mamografického screeningu, resp. screeningu děložního hrdla budou hrazeny na základě samostatných dodatků na tyto druhy služeb a budou účtovány samostatnou dávkou pod příslušným označením.

Referenčním obdobím pro zdravotní služby komplementu se rozumí rok 2016 a hodnoceným obdobím se rozumí rok 2018. Poskytovatel, který v referenčním období ošetřil méně než 50 unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny v odbornostech komplementu, bude v odbornostech komplementu v roce 2018 hrazen výkonovým způsobem v příslušných hodnotách za bod sjednaných pro jednotlivé odbornosti.

1.7. Zdravotnické dopravní služby budou hrazeny výkonovým způsobem úhrady **v hodnotě bodu 1,02 Kč / bod**, pokud jsou zdravotnické dopravní služby poskytovány v nepřetržitém provozu, a **v hodnotě 0,85 Kč / bod** v ostatních případech.

1.8. Zdravotnická záchranná služba (odbornost 709) bude hrazena výkonovým způsobem úhrady **v hodnotě bodu 1,15 Kč/bod** s výjimkou nasmlouvaných **přepravních kódů** podle Seznamu zdravotních výkonů, které budou **hrazeny v hodnotě bodu 1,12 Kč/bod** a s výjimkou výkonu č. 06714, který bude hrazen **v hodnotě bodu 1,00 Kč/bod**.

1.9. Hrazené služby poskytované Poskytovatelem přepravy pacientů neodkladné péče (odbornost 799) budou hrazeny **v hodnotě bodu ve výši 1,12 Kč/bod** s výjimkou nasmlouvaných **přepravních kódů** podle Seznamu zdravotních výkonů, které budou hrazeny **v hodnotě bodu 1,11 Kč/bod** a s výjimkou výkonu č. 06714, který bude hrazen **v hodnotě bodu 1,00 Kč/bod**.

1.10. Lékařská pohotovostní služba v odbornosti 003 bude hrazena výkonovým způsobem úhrady **v hodnotě bodu 1,00 Kč/bod bez dalších omezení**.

1.11. Zdravotní služby poskytované praktickými lékaři a praktickými lékaři pro děti a dorost budou hrazeny kombinovanou kapitačně výkonovou platbou na základě uzavření samostatného Dodatku nebo výkonovým způsobem **v hodnotě bodu 1,00 Kč/bod**.

1.12. Zdravotní služby v rámci hemodialýzy v odbornosti 128 budou hrazeny na základě uzavření samostatného dodatku nebo výkonovým způsobem **v hodnotě bodu 0,91 Kč/bod**, s výjimkou výkonů 18530 a 18550, které budou hrazeny **v hodnotě bodu 0,76 Kč/bod**.

2. Unikátním pojištěncem Zdravotní pojišťovny se rozumí jeden pojištěnec Zdravotní pojišťovny, kterému Poskytovatel poskytl zdravotní služby v příslušném roce alespoň jedenkrát, přičemž není rozhodné, zda se jedná o ošetření v rámci služeb vlastních nebo služeb vyžádaných.

3. U poskytovatele, který v roce 2016 nebo jeho části neexistoval, neměl uzavřenou smlouvu se Zdravotní pojišťovnou, nebo neposkytoval zdravotní služby v dané odbornosti, může Zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové úhrady za zdravotní služby poskytnuté v roce 2018 použít průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce Zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti v roce 2016 u srovnatelných poskytovatelů.

4. Za každý Poskytovatelem vykázaný a Zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09543 podle Seznamu zdravotních výkonů je dohodnuta úhrada ve výši 30,- Kč bez dalších omezení, která bude zaplacená nad rámec předběžné úhrady uvedené v odst. 6. tohoto článku.

5. Smluvní strany se dohodly na uplatnění následujících regulačních mechanismů:
- 5.1. Pokud Poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce Zdravotní pojišťovny za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 100% průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce Zdravotní pojišťovny za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, sníží Zdravotní pojišťovna po skončení roku 2018 úhradu o částku odpovídající součinu 2,5% z překročení referenční průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny v hodnoceném období za každé započaté 0,5% překročení referenční průměrné úhrady, nejvýše však 40% z překročení. Do regulačního omezení se nezahrnují zdravotnické prostředky schválené revizním lékařem.
- 5.2. Pokud Poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce Zdravotní pojišťovny za vyžádané služby v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 809, 810, 812 až 819, 822 a 823 (dále jen „Vyjmenované odbornosti“) v hodnoceném období vyšší než 102% průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce Zdravotní pojišťovny za vyžádané služby ve Vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, sníží Zdravotní pojišťovna po skončení roku 2018 úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení referenční průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5% překročení referenční průměrné úhrady, nejvýše však 40% z překročení. Mezi vyžádané služby se nezahrnují zdravotní výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu prováděné poskytovatelem, který má se Zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto výkonů uzavřenu smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky, podle věty první, se výkony vyžádaných služeb v hodnoceném i referenčním období ocení podle Seznamu zdravotních výkonů hodnotami bodu platnými v hodnoceném období.
- 5.3. Referenčním obdobím (uvedeným v odst. 5.1. a 5.2. tohoto článku) se rozumí rok 2016. Průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce Zdravotní pojišťovny v referenčním i hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny v referenčním i hodnoceném období podle odst. 5.1 a 5.2 tohoto článku se vypočtou z celkového počtu unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci Zdravotní pojišťovny, na které byl vykázan pouze zdravotní výkon 09513 podle Seznamu zdravotních výkonů.
- 5.4. Regulační omezení podle odst. 5.1. tohoto článku se nepoužije, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané Poskytovateli poskytujícími specializované ambulantní hrazené zdravotní služby v roce 2018 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento typ zdravotní péče na rok 2018 vycházející ze zdravotně pojistného plánu Zdravotní pojišťovny.
- 5.5. Regulační omezení podle odst. 5.2. tohoto článku se nepoužije, pokud celková úhrada za vyžádané služby ve Vyjmenovaných odbornostech v roce 2018 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh služeb na rok 2018 vycházející ze zdravotně pojistného plánu Zdravotní pojišťovny.
- 5.6. Pokud Poskytovatel vykáže větší průměrný objem předepsaných léčivých přípravků a zdravotnických prostředků, respektive vyžádané péče ve Vyjmenovaných odbornostech, než je jeho referenční průměr na jednoho unikátního pojištěnce Zdravotní pojišťovny, a Poskytovatel bezodkladně písemně po obdržení oznámení o výši regulační srážky prokáže, že k vykázaní většího objemu předepsaných léčivých přípravků a zdravotnických prostředků, respektive vyžádané péče ve Vyjmenovaných odbornostech, došlo z nepředvídatelných a neovlivnitelných důvodů, které Poskytovateli objektivně znemožnily dodržet smluvně dohodnutý objem preskripce, respektive vyžádané péče, a bude neprodleně iniciovat jednání o navýšení referenčního průměru, dojde ze strany Zdravotní pojišťovny po odsouhlasení těchto skutečností k poměrnému navýšení referenčních průměrných hodnot, o čemž bude Poskytovatel písemně informován.
- 5.7. U Poskytovatele, který v referenčním období nebo v jeho části neexistoval nebo neměl uzavřenu smlouvu se Zdravotní pojišťovnou, použije Zdravotní pojišťovna pro účely uplatnění regulačních omezení podle odst. 5.1. a 5.2. tohoto článku referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
- 5.8. Regulační omezení podle odst. 5.1. a 5.2. tohoto článku se nepoužije u poskytovatelů poskytující hrazené služby v odbornosti 305, 306, 308 nebo 309.
- 5.9. Regulační omezení podle odst. 5.1. a 5.2. tohoto článku se nepoužije, pokud Poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období 50 a méně unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny, při smluvně dohodnuté kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinálních hodin týdně. V případě smluvně dohodnuté kapacity poskytovaných služeb menší než 30 ordinálních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny přepočítává koeficientem $n/30$, kde n se rovná kapacitě smluvně dohodnutých zdravotních služeb.
- 5.10 Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační omezení podle odst. 5.1. a 5.2. tohoto článku maximálně do výše odpovídající 15% objemu úhrady poskytnuté Poskytovateli za výkony snížené o objem úhrady za ZUM a ZULP za rok 2018.
6. Zdravotní služby vyúčtované Poskytovatelem budou hrazeny maximální měsíční předběžnou úhradou. V případě, že Poskytovatel v daném měsíci vyúčtuje menší objem poskytnutých zdravotních služeb, než jaký odpovídá výši maximální měsíční předběžné úhrady, bude Poskytovateli v daném měsíci zaplacen výkonovým způsobem podle Seznamu zdravotních výkonů tak, aby Zdravotní pojišťovna minimalizovala dodatečné srážky. V případě, že Poskytovatel v dalším měsíci vyúčtuje vyšší objem poskytnutých zdravotních služeb, bude výše maximální měsíční předběžné úhrady navýšena o nedočerpanou výši maximální měsíční předběžné úhrady z předchozích měsíců.

Maximální měsíční předběžná úhrada pro rok 2018

53 990 Kč

/ Pokud není vyplněna hodnota, bude Poskytovateli předběžně hrazeno výkonově podle Seznamu zdravotních výkonů.*

7. V rámci celkového finančního vyrovnání předběžné úhrady obdrží Poskytovatel za každou vystavenou a Zdravotní pojišťovnou uznanou položku na receptu v elektronické podobě v roce 2018, na základě které dojde k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, úhradu ve výši 1,70 Kč.
8. Smluvní strany se dohodly, že za zdravotní služby uvedené v odstavci 1 tohoto článku poskytnuté v roce 2018 se považují veškeré hrazené zdravotní služby tohoto druhu poskytnuté pojištěncům Zdravotní pojišťovny v období od 1.1.2018 do 31.12.2018, které Poskytovatel vykáže do 31.3.2019.
9. V návaznosti na termíny pro vyúčtování zdravotních služeb uvedené v předchozím odstavci se Zdravotní pojišťovna zavazuje finančně vypořádat předběžné úhrady a maximální úhrady dle předchozích ustanovení za rok 2018 nejpozději do 150 dnů po skončení roku 2018 s tím, že případné srážky započte proti dalším vyúčtováním předloženým Poskytovatelem.
10. Poskytovatel se zavazuje, že vyúčtování za poskytnuté zdravotní služby bude zasílat Zdravotní pojišťovnou stanovenému místně příslušnému pracovišti Zdravotní pojišťovny. Nebude-li tato povinnost ze strany Poskytovatele splněna, lhůta splatnosti, dohodnutá smluvními stranami, se prodlužuje o dobu nezbytnou k doručení vyúčtování příslušnému pracovišti Zdravotní pojišťovny.
11. V individuálních případech zvláštního zřetele hodných, kdy dojde k nárůstu poskytnutých hrazených služeb proti referenčnímu období z hlediska jejich celkového objemu nebo v průměru na jednoho ošetřeného pojištěnce, může Poskytovatel požádat Zdravotní pojišťovnu o navýšení úhrady. Žádost musí být písemná a musí obsahovat konkrétní objektivní důvody požadovaného navýšení úhrady. Zdravotní pojišťovna posoudí relevanci Poskytovatelem uvedených důvodů a uzná-li jeho žádost jako důvodnou, může nárůst poskytnutých hrazených služeb částečně nebo plně zohlednit a odpovídajícím způsobem následně upravit výslednou celkovou výši úhrady vypočtenou dle příslušných odstavců tohoto článku.

III.

1. Smlouvou, ve smyslu tohoto Dodatku, je dříve uzavřená příslušná Smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče, resp. příslušná Smlouva o poskytování a úhradě zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění (dále jen „Smlouva“).
2. Poměry, které nejsou výslovně upraveny tímto Dodatkem, se řídí příslušnými ustanoveními platné Smlouvy.
3. Tento Dodatek se stává nedílnou součástí platné Smlouvy.
4. Tento Dodatek nabývá platnosti dnem podpisu oběma smluvními stranami a účinností dnem zveřejnění podle Zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.
5. Smluvní strany se dohodly, že tento Dodatek, a zejména způsob úhrady, výše úhrady a regulační omezení úhrady sjednané v tomto Dodatku, se použijí pro období od 1.1.2018 do 31.12.2018.
6. Smluvní strany berou na vědomí, že Smlouva včetně jejích příloh, změn a všech dodatků, z nichž vyplývá výše úhrady zdravotní pojišťovny Poskytovateli za poskytnuté hrazené služby nebo rozsah poskytovaných hrazených služeb, bude zveřejněna na základě zákonem uložené povinnosti Zdravotní pojišťovny.
7. Smluvní strany se dohodly, že v případě aktivované datové schránky může být doručování prostřednictvím datové schránky použito k závazným smluvním jednáním.
8. Smluvní strany se dohodly, že písemnosti doručované v souvislosti s plněním Smlouvy se považují za doručené nejpozději desátým dnem po jejich uložení na poště, respektive po doručení do datové schránky v případě doručování písemností datovou schránkou.
9. Případné nesrovnalosti vyplývající ze smluvního vztahu budou řešeny vzájemným jednáním.
10. Smluvní strany stvrzují, že Dodatek byl uzavřen podle jejich svobodné vůle a že s jeho obsahem souhlasí.
11. Za Zdravotní pojišťovnu jsou k podpisu tohoto Dodatku oprávněny osoby, které zmocnil k podpisu statutární zástupce.
12. Dodatek je vyhotoven ve dvou stejnopisech, z nichž každá ze smluvních stran obdrží po jednom vyhotovení v případě, že nebude Dodatek uzavřen cestou datových schránek způsobem uvedeným v článku III. odst. 7 tohoto Dodatku.

V _____ Praze _____ dne _____

za Zdravotní pojišťovnu

