

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra
České republiky, IČO: 47114304
se sídlem v Praze 3, 130 00, Vinohradská 2577/178
Kód pojišťovny: 211
(Obchodní rejstřík: Městský soud Praha A/7216)

zastoupená: [redacted]
ředitelem divize Morava
kontaktní adresa: Cejl 5, P.O.BOX 216
658 16 Brno

ZP-0359293/09-19



POLIKLINIKA ŽDÁR N/S, p.o.

Studentská 1699/4
591 01 Žďár nad Sázavou 1

(dále jen "Pojišťovna")

a

Poskytovatel zdravotních služeb

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

IČO poskytovatele zdravotních služeb: 48899119
IČZ poskytovatele zdravotních služeb: 84312000
Interní označení poskytovatele zdravotních služeb: 4889911961

(dále jen "Poskytovatel")

DODATEK KOMPL/2019 KE SMLouvĚ O POSKYTOVÁNÍ A ÚHRADĚ HRAZENÝCH SLUŽEB č. 7KOMP00067 na rok 2019

Shora označené smluvní strany se v souladu s ustanovením § 17 odst. 5 větou šestou zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, a v návaznosti na ustanovení § 10 Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 201/2018 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2019 (dále jen „Vyhláška MZ č. 201/2018 Sb.“), dohodly, že hrazené služby poskytované Poskytovatelem pojištěncům Pojišťovny v roce 2019, budou hrazeny podle dále uvedených ustanovení tohoto Dodatku ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb (dále jen „Dodatek“).

Článek 1

- 1) Hrazené služby poskytované Poskytovatelem v odbornostech 222, 801, 802, 807, 808, 812 až 815, 817, 818, 819 a 823 podle Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění (dále jen „Vyhláška MZ č. 134/1998 Sb.“), budou v roce 2019 hrazeny výkonově podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. s hodnotou bodu dle odstavce 3) tohoto článku Dodatku.
- 2) V případě hrazených služeb poskytovaných v odbornostech: 222, 801, 807, 808, 812 až 815, 817, 818, 819 a 823 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. činí hodnota bodu 0,71 Kč. Pro hrazené služby poskytované v odbornosti 802 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. činí hodnota bodu 0,85 Kč. V případě, že Poskytovatel do 31. 12. 2019 neprokáže, že je v celém hodnoceném období držitelem Osvědčení o akreditaci dle ČSN ISO 15189 nebo Osvědčení o auditu II NASKL, hodnota bodu za hrazené služby dle věty první a druhé činí 0,40 Kč.
- 3) Hrazené služby poskytované Poskytovatelem v odbornosti 816 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., budou v roce 2019 hrazeny výkonově podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. s hodnotou bodu dle odstavce 4) tohoto článku Dodatku s výjimkou vybraných metod dle Pravidel pro nasmlouvání a úhradu vyjmenovaných metod autorské odbornosti 816 (molekulární genetika) – metodika 2019 (dále jen „Pravidla“) zveřejněných na webu Pojišťovny v sekci: Lékaři → Úhrady zdravotních služeb → Laboratoře¹, které budou hrazeny za podmínek uvedených v článku 2 Dodatku výhradně balíčky v cenách uvedených v Pravidlech.
- 4) V případě hrazených služeb poskytovaných v odbornosti 816 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. činí hodnota bodu 0,80 Kč.
- 5) Pro výkony 09119 a 97111 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. je stanovena hodnota bodu ve výši 1,03 Kč s tím, že tyto výkony nevstupují do výpočtu celkové výše úhrady podle odstavce 8) tohoto článku Dodatku.
- 6) Celková výše úhrady Poskytovateli poskytujícím výkony 09119 a 97111 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. je stanovena v souladu s odstavcem 2 písm. g) Přílohy č. 5 k Vyhlášce MZ č. 201/2018 Sb.

- 7) Celková výše úhrady Poskytovateli poskytujícímu hrazené služby v odbornostech podle odstavce 2) a 4) tohoto článku Dodatku nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$\text{POP} * \max\{1; (\text{HBmin} / \text{HBskut})\} * \text{PURO} * 1,04,$$

kde:

- POP** počet unikátních pojištěnců Pojišťovny ošetřených Poskytovatelem ve všech odbornostech uvedených v odstavci 2) a 4) tohoto článku Dodatku v hodnoceném období, kterým se rozumí rok 2019, kromě unikátních pojištěnců, na které byl v hodnoceném období vykázan pouze výkon 09119 nebo 97111
- PURO** průměrná úhrada za výkony, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného Poskytovatelem ve všech odbornostech uvedených v odstavci 2) a 4) tohoto článku Dodatku v referenčním období, do kterého jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2017. Do průměrné úhrady se nezapočítává úhrada za výkony 09119 nebo 97111 vypočtená na základě skutečné hodnoty bodu (HBskut)
- HBmin** je minimální hodnota bodu stanovená ve výši
- 85 % hodnoty bodu dané odborností v referenčním období v případě odborností dle odst. 2),
 - HBskut v případě odborností dle odst. 4).
- HBskut** je skutečná hodnota bodu Poskytovatele stanovená vždy souhrnně za všechny odbornosti uvedené v odstavci 2) resp. 4) tohoto článku Dodatku jako:

$$\text{HBskut} = \text{UHRref} / \text{PBref}$$

kde:

- UHRref** je celková výše úhrady Poskytovatele v referenčním období,
- PBref** je celkový počet Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období.

Pokud nebyl Poskytovatel poskytující hrazené služby dle odstavce 2) věty první tohoto článku Dodatku v referenčním období držitelem Osvědčení o akreditaci dle ČSN ISO 15189 nebo Osvědčení o auditu II NASKL, ale pro hodnocené období předloží platné Osvědčení o akreditaci dle ČSN ISO 15189 nebo Osvědčení o auditu II NASKL, provede Pojišťovna přepočet PURO s použitím hodnoty bodu 0,71 Kč a 0,85 Kč u Poskytovatele poskytujícího hrazené služby dle odstavce 2) věty druhé tohoto článku Dodatku.

- 8) Unikátním pojištěncem Pojišťovny se rozumí jeden pojištěnec Pojišťovny ošetřený Poskytovatelem v dané skupině odborností v hodnoceném nebo referenčním období alespoň jedenkrát, přičemž není rozhodné, zda se jedná o ošetření v rámci vlastní péče nebo péče vyžádané. Pokud byl tento pojištěnec Pojišťovny Poskytovatelem v dané skupině odborností ošetřen v příslušném roce vícekrát, zahrnuje se do počtu unikátních pojištěnců Pojišťovny, ošetřených v dané skupině odborností, pouze jedenkrát.
- 9) Celková výše úhrady dle odstavce 7) tohoto článku Dodatku se stanoví souhrnně pro všechny odbornosti uvedené v odstavci 2) a 4) tohoto článku Dodatku.
- 10) Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se výpočet celkové úhrady podle odstavce 6) a 7) tohoto článku Dodatku nepoužije.
- 11) Pokud Poskytovatel poskytl hrazené služby v referenčním či hodnoceném období 10 a méně unikátním pojištěncům Pojišťovny nebo ukončil-li Poskytovatel svoji činnost v průběhu hodnoceného období, výpočet celkové úhrady podle odstavce 6) a 7) tohoto článku Dodatku se nepoužije.
- 12) Pokud dojde u Poskytovatele ke změnám v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb v porovnání s referenčním obdobím a Pojišťovna tyto změny odsouhlasí, zohlední je ve Smlouvě v rámci Přílohy č. 2.
- 13) Za každý Poskytovatelem oprávněně vykázaný a Pojišťovnou uznaný výkon 09543, podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. uhradí Pojišťovna Poskytovateli 30 Kč.
- 14) Maximální úhrada Poskytovateli za vykázané výkony č. 09543 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. v hodnoceném období nepřekročí částku ve výši třicetinasobku počtu výkonů č. 09543 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., ve znění účinném v roce 2017, Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných v roce 2017.

Článek 2

- 1) Vyšetření germinálního genomu indikuje ošetřující lékař pacienta odborností 208, podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., event. odborností dle dokumentu „Pravidla pro nasmlouvání a úhradu vyjmenovaných metod autorské odbornosti 816 – molekulární genetika“, který je zveřejněn na webu Pojišťovny v sekci Lékaři → Úhrady zdravotních služeb → Laboratoře¹ a to na základě řádně zdokumentovaného klinického vyšetření (tj. vyšetření spojeného s fyzickou přítomností pacienta v ordinaci).
- 2) Pro vyšetření somatického genomu je nutno uvést účel provádění (dle diagnostických skupin) a očekávaný rozsah (předpokládaný počet vyšetření za rok).
- 3) Hrazené služby včetně podmínek pro jejich nasmlouvání a vykazování definované Pravidly lze vykázat výhradně ve spojitosti s příslušnými diagnózami a to balíčkovými výkony dle Pravidel. Podmínkou pro úhradu hrazených služeb definovaných ve větě první je nasmlouvání příslušných balíčkových výkonů v rámci Přílohy č. 2 ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb mezi Poskytovatelem a Pojišťovnou. Pokud Poskytovatel nebude mít příslušný balíčkový výkon nasmlouván, nesmí hrazené služby dle tohoto odstavce vykazovat žádným jiným způsobem.

- 4) V případě, že lékař odb. 208 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., event. odborností dle Pravidel, na základě odborné úvahy indikuje další doplňující vyšetření k péči vykázané balíčkovým výkonem dle Pravidel na stejného pacienta a stejnou hlavní dg., Poskytovatel vykáže na rodné číslo pacienta za účelem dovyšetření zároveň výkon 94948.
- 5) V případě vyšetření geneticky příbuzných probanda je vyšetření cílené mutace vykazováno výkony dle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb.
- 6) Při vykázání balíčků 94982, 94983 a 94984 (Komplexní molekulární analýza 1 – 3) dle Pravidel je Poskytovatel povinen v této souvislosti vykazovat signální výkon 94996 (Nespecifický ORPHA).

Článek 3

- 1) Pojišťovna bude v roce 2019 provádět Poskytovateli předběžnou úhradu ve výši 1/12 105 % objemu úhrady v roce 2017. Výše předběžné měsíční úhrady Poskytovateli pro rok 2019 činí: **186856,00 Kč**.
- 2) V případě změny spektra nebo rozsahu hrazených služeb poskytovaných Poskytovatelem pojištěncům Pojišťovny, má Poskytovatel právo písemně požádat Pojišťovnu o změnu výše předběžné úhrady.
- 3) Finanční vypořádání hrazených služeb Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných podle článku 1 odstavce 6), 7) a 14) Dodatku za rok 2019 bude provedeno do 31. 05. 2020. Pokud vznikne nedoplatek ze strany Pojišťovny, bude Poskytovateli příslušná částka poukázána zvláštní platbou. Přeplatek ze strany Pojišťovny je Pojišťovna oprávněna započítat proti kterékoliv pohledávce Poskytovatele za Pojišťovnou, a to poté, co doručí Poskytovateli vyúčtování, v němž bude přeplatek uveden.
- 4) Poskytovatel se zavazuje vyúčtovat hrazené služby poskytnuté v roce 2019 nejpozději do 28. 2. 2020. Tímto není dotčeno jeho právo na uplatnění případných opravných dávek po tomto termínu. Pojišťovna však není povinna započítat opravné dávky uplatněné po 28. 2. 2020 do finančního vypořádání dle článku 1 odstavce 6), 7) a 14) tohoto Dodatku.
- 5) Jestliže Poskytovatel ukončí svoji činnost v průběhu hodnoceného období, bude obsahem finančního vypořádání hrazených služeb Poskytovateli vyrovnání poskytnutých předběžných úhrad dle odstavce 1) tohoto článku Dodatku vůči výkonovému ocenění (včetně zvlášť účtovaných léčivých přípravků a zvlášť účtovaného materiálu) Poskytovatelem provedených hrazených služeb dle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. hodnotou bodu dle článku 1 odstavce 2) a 4), resp. dle odstavce 3) tohoto Dodatku. V tomto případě bude finanční vypořádání provedeno do 150 dnů po zániku nebo ukončení Smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb.
- 6) Hrazené služby poskytnuté v období před 1. 1. 2019 jsou vykazovány a hrazeny způsobem dohodnutým ve Smlouvě. Pro úhradu těchto služeb platí Dodatky platné pro příslušné kalendářní období, ve kterém byly hrazené služby poskytnuty. Tyto dodatečně účtované hrazené služby se vykazují samostatnou dávkou a samostatnou fakturou.

Článek 4

- 1) Poskytování hrazených služeb pojištěncům členských států Evropské unie (EU), Evropského hospodářského prostoru (EHP) a Švýcarska (dále jen „členské země“) a dalších smluvních zemí (Tunisko, Albánie, Jugoslávie – Srbsko a Černá Hora, Turecko a Republika Makedonie) se bude řídit právními předpisy platnými pro české pojištěnce. Vykazování poskytnutých hrazených služeb za pojištěnce z členských a smluvních zemí Pojišťovně se řídí Metodikou pro pořizování a předávání dokladů pro komunikaci mezi poskytovateli zdravotních služeb a zdravotními pojišťovnami, v platném znění. Úhrada bude prováděna výkonově podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., v platném znění, podle Nařízení Evropského parlamentu a rady (ES) č. 883/2004 a 987/2009, Nařízení Evropského parlamentu a rady (EU) č. 1231/2010 a Nařízení Evropského parlamentu a rady (EU) č. 465/2012 a metodických pokynů Ministerstva zdravotnictví České republiky zveřejněných ve Věstníku MZ částce 3/2011.
- 2) Poskytovatel se zavazuje zasílat vyúčtování za hrazené služby poskytované pojištěncům z členských a smluvních zemí samostatnou fakturou a dávkou v elektronické či papírové formě na následující adresu Pojišťovny: Skupina mezistátních úhrad, ZP MV ČR, Vinohradská 2577/178, 130 00 Praha 3. O případné změně formy předávání vyúčtování za hrazené služby poskytnuté pojištěncům z členských a smluvních zemí bude Poskytovatel informován. Pro přidělení čísla pro pojištěnce z členské nebo smluvní země, který zvolil přímý přístup k lékaři bez předchozí registrace, má Poskytovatel možnost kontaktovat v pracovní době od 8.00 hodin do 15.00 hodin (v pátek od 8.00 hodin do 14.00 hodin) pracovníka skupiny mezistátních úhrad ZP MV ČR. Při kontaktu formou faxu nebo e-mailu musí být v žádosti o přidělení čísla cizímu pojištěnci uvedeny následující údaje: stát pojištění, příjmení a jméno pojištěnce, datum narození, kód kompetentní instituce, číslo průkazu a datum konce jeho platnosti.

Článek 5

- 1) Tento Dodatek nabývá platnosti dnem doručení Dodatku podepsaným Poskytovatelem do Pojišťovny.
- 2) Smluvní strany výslovně prohlašují, že tento Dodatek potvrzuje veškerá jejich právní jednání a ujednání učiněná mezi nimi, související s plněním tohoto Dodatku, v období od 1. 1. 2019, ne však dříve než od data uvedeného v platné uzavřené Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb, do dne doručení Dodatku podepsaného Poskytovatelem do Pojišťovny, a že na takovém základě uznávají tento Dodatek za platný a účinný i pro uvedené období, včetně období do dne jeho zveřejnění.
- 3) Dodatek je vyhotoven ve dvou stejnopisech s platností originálu, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.
- 4) Pro Poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 816 jsou součástí Dodatku ke Smlouvě „Pravidla pro nasmlouvání a úhradu vyjmenovaných metod autorské odbornosti 816 – molekulární genetika“, která jsou zveřejněna na webu Pojišťovny v sekci Lékaři → Úhrady zdravotních služeb → Laboratoře¹.
- 5) Smluvní strany se dohodly, že tento Dodatek, řádně podepsaný a opatřený razítky, připojují jako nedílnou součást ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb.

- 6) Poskytovatel bere na vědomí, že tento Dodatek bude zveřejněn ve smyslu ustanovení § 17 odst. 9 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.
- 7) Veškeré změny a doplňky tohoto Dodatku lze provádět výhradně písemnými očíslovanými dodatky, podepsanými na znamení souhlasu oběma smluvními stranami.
- 8) Smluvní strany v souladu s ustanovením § 1740 odst. 3 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, vylučují přijetí návrhu nebo změny Dodatku s jakoukoliv výhradou, dodatkem nebo odchylkou od učiněného návrhu.
- 9) Poskytovatel se v souvislosti s ustanovením § 17 odst. 9 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, zavazuje, že vrátí podepsaný Dodatek neprodleně zpět do Pojišťovny, nejpozději však do 30. 11. 2019. Pokud tato podmínka splněna nebude, platnost návrhu na uzavření tohoto Dodatku, případně platnost oboustranně podepsaného Dodatku zaniká.
- 10) Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že Dodatek byl uzavřen podle jejich svobodné vůle a že souhlasí s jeho obsahem.