

## Text Dodatku ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb pro segment ambulantní specializované péče pro rok 2017 – výkonová předběžná úhrada (vzor AS\_vyk)

Shora označené smluvní strany se v souladu s ustanovením § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, dohodly, že hrazené služby poskytované Poskytovatelem pojištěncům Pojišťovny v roce 2017 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 rámci specializované ambulantní péče budou v roce 2017 hrazeny výkonově 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.“), s hodnotou bodu dle odst. 2 a 3 Dodatku.
- 2) Pro poskytnuté výkony:
  - a) 43311, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629, 43633 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. poskytované v odbornosti 403 – radiační onkologie podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. a výkony 75347, 75348 a 75427 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. poskytované v odbornosti 705 – oftalmologie podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. se stanoví hodnota bodu ve výši 0,68 Kč,
  - b) 15101, 15103, 15105, 15107, 15440, 15445 a 15950 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. poskytované v odbornosti 105 – gastroenterologie podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. se stanoví hodnota bodu ve výši 1,03 Kč,
  - c) 73028 a 73029 (novorozenecký screening) podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. poskytované v odbornostech 701 – ORL nebo 702 – foniatrie podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. se stanoví hodnota bodu ve výši 1,00 Kč,
- 3) Pro Poskytovatele poskytující specializovanou ambulantní zdravotní péči neuvedenou v odstavci 2 se stanoví výše úhrady podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu ve výši 1,03 Kč. Celková výše úhrady bez zahrnutí zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků Poskytovateli nepřekročí částku, která se vypočte následovně:

$$1,035 \times \text{POPHOo} \times \text{PUROo}$$

kde

**POPHOo** počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázan pouze výkon č. 09513 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2017.

**PUROo** průměrná úhrada za výkony podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. bez zahrnutí zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce Pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti Poskytovatelem v referenčním období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázan pouze výkon č. 09513 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. Referenčním obdobím se rozumí rok 2015.

Unikátním pojištěncem Pojišťovny se rozumí jeden pojištěnec Pojišťovny ošetřený Poskytovatelem v dané odbornosti 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 odbornosti ošetřen v příslušném roce vícekrát, zahrnuje se do počtu unikátních pojištěnců Pojišťovny, ošetřených v dané odbornosti, pouze jedenkrát.

- 4) U Poskytovatele, s nímž Pojišťovna nasmlouvala oproti referenčnímu období nové výkony, jejichž vlivem dojde v některé odbornosti k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady Poskyvateli podle odstavce 3 Dodatku navýší o hodnotu Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných výkonů. Nově nasmlouvané výkony se pro tyto účely ocení podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. s použitím hodnoty bodu podle odstavce 3 Dodatku.
- 5) Výpočet celkové výše úhrady v dané odbornosti podle ustanovení odstavce 3 Dodatku se nepoužije v případě:
  - a) Poskytovatele, který v referenčním nebo hodnoceném období v rámci jedné odbornosti ošetřil 50 a méně unikátních pojištěnců Pojišťovny, při nasmlouvané hodnotě poměrného kapacitního čísla 1,00. V případě

poměrného kapacitního čísla menšího než 1,00 se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců Pojišťovny přepočítává nasmlouvanou hodnotou poměrného kapacitního čísla pro danou odbornost. Poměrné kapacitní číslo vyjadřuje hodnotově velikost nasmlouvaného rozsahu hrazených služeb pro danou odbornost poskytované jedním nositelem výkonu s Pojišťovnou,

- b) hrazených služeb poskytovaných zahraničním pojištěncům,
- c) Poskytovatele, který ukončí poskytování hrazených služeb v průběhu hodnoceného období.

V těchto případech se výkony hradí hodnotou bodu ve výši 1,03 Kč.

- 6) Do výpočtu celkové výše úhrady se nezahrne úhrada za zdravotní služby v odbornosti 305, 306, 308 nebo 309 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. poskytnutá v souvislosti s péčí o osoby, jimž bylo soudem nařízeno ochranné léčení.
- 7) Za každý Poskytovatelem oprávněně vykázaný a Pojišťovnou uznaný výkon 09543, za podmínek stanovených zákonem č. 48/1997 Sb., ve znění účinném do 31. 12. 2014, podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. uhradí Pojišťovna Poskytovateli 30 Kč.
- 8) Maximální úhrada Poskytovateli za vykázané výkony 09543 dle odstavce 7 Dodatku v roce 2017 nepřekročí částku ve výši třicetinásobku počtu výkonů 09543 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., ve znění účinném v roce 2014, vykázaných Pojišťovně v roce 2014.
- 9) Pojišťovna se zavazuje uhradit Poskytovateli uznané náklady hrazených služeb poskytnutých jejím pojištěncům v roce 2017, vykázaných podle tohoto Dodatku dle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., v případě hrazených služeb dle odstavce 3 Dodatku zálohovou hodnotou bodu ve výši HB stanovené v odstavci 3 Dodatku.
- 10) Finanční vypořádání hrazených služeb Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných podle odstavce 3 a 8 Dodatku bude provedeno do 30. 4. 2018.
- 11) Poskytovatel se zavazuje vyúčtovat hrazené služby poskytnuté v roce 2017 nejpozději do 28. 2. 2018. Tímto není dotčeno jeho právo na uplatnění případných opravných dávek po tomto termínu. Pojišťovna však není povinna započítat opravné dávky uplatněné po 28. 2. 2018 do finančního vypořádání dle odstavce 3 a 8 Dodatku.
- 12) V individuálních případech zvláštního zřetele hodných, kdy dojde ke změnám struktury a k podstatnému nárůstu objemu poskytovaných hrazených služeb oproti referenčnímu období, může Poskytovatel požádat Pojišťovnu o zohlednění v rámci výpočtu výše celkové úhrady. Poskytovatel musí svou žádost Pojišťovně předat písemně společně s řádným odůvodněním nejpozději do 30 dnů od zaslání vyúčtování. Pojišťovna žádost Poskytovatele posoudí a v případě, že uzná žádost jako odůvodněnou, může výši celkové úhrady částečně nebo plně zohlednit.  
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.
- 13) Hrazené služby poskytnuté v období před 1. 1. 2017 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 2 Regulační omezení**

Pojišťovna vůči Poskytovateli uplatní regulační mechanismy definované v části B) odstavci 2 až 4 Přílohy č. 3 k Vyhlášce Ministerstva zdravotnictví č. 348/2016 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2017 (dále jen „Vyhláška MZ č. 348/2016 Sb.“).

## **Článek 3**

- 1) Poskytování hrazených služeb pojištěncům členských států Evropské unie (EU), Evropského hospodářského prostoru (EHP) a Švýcarska (dále jen „členské země“) a dalších smluvních zemí (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) Hrazené služby poskytnuté pojištěncům z členských a smluvních zemí nebudou zahrnuty do regulačních omezení.
- 3) 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 4

- 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. 2017, ne však dříve než od data uvedeného v čl. XI odst. 2 Smlouvy 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) Smluvní strany se dohodly, že tento Dodatek, řádně podepsaný a opatřený razítky, připojují jako nedílnou součást ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb.
- 5) 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.
- 6) Veškeré změny a doplňky tohoto Dodatku lze provádět výhradně písemnými očíslovanými dodatky, podepsanými na znamení souhlasu oběma smluvními stranami.
- 7) 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.
- 8) 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. 2017. Pokud tato podmínka splněna nebude, platnost návrhu na uzavření tohoto Dodatku, případně platnost oboustranně podepsaného Dodatku zaniká.
- 9) Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že Dodatek byl uzavřen podle jejich svobodné vůle a že souhlasí s jeho obsahem.