

Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank,
pojišťoven a stavebnictví

IČ: 47114321, DIČ: CZ47114321, kód 207

Zástupce: **Ing. Radovan Kouřil**
generální ředitelse sídlem: **Roškotova 1225/1**
140 21 Praha 4zapsaná v obchodním rejstříku, vedeném
Městským soudem v Praze spis. zn. A 7232

Bankovní spojení: Česká národní banka., č. ú.: 2070101041/0710

(dále jen Zdravotní pojišťovna) na straně jedné
a

Kontaktní adresa:

10/11

8174/253

Poskytovatel²⁾:		
IČ:	specifikace¹⁾:	IČZ³⁾:
Sídlo:		IČP³⁾:
		PSC:
Zástupce:		

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

DODATEK GYN-LIM 2017

(dále jen „Dodatek“)

I.

- Předmětem tohoto Dodatku je stanovení podmínek, způsobu a výše úhrady **specializovaných ambulantních zdravotních služeb v odbornosti 603 – gynekologie a porodnictví a/nebo 604 – dětská gynekologie** hrazených z veřejného zdravotního pojištění a poskytnutých v roce 2017 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 **specializované ambulantní zdravotní služby v odbornosti 603 – gynekologie a porodnictví a/nebo 604 – dětská gynekologie** poskytnuté pojištěncům Zdravotní pojišťovny a Zahraničním pojištěncům v roce 2017 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 výkonovým způsobem v **hodnotě bodu 1,08 Kč/bod**. Celková výše úhrady Zdravotní pojišťovny Poskytovateli za rok 2017 nepřekročí částku, která se vypočte takto:

POPzpo x [(1,035 x PUROo) + BORDO] kde**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 nebo č. 09511 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 nebo výkon č.09511 podle Seznamu zdravotních výkonů. Referenčním obdobím se rozumí rok 2015.**BORDO** je navýšení úhrady v hodnotě:

- 30 Kč**, pokud Poskytovatel poskytuje hrazené služby po celé období roku 2017 v rozsahu alespoň 24 ordinálních hodin rozložených do 4 pracovních dnů týdne, přičemž alespoň 1 den v týdnu má ordinální hodiny prodlouženy nejméně do 18:00.
- 40 Kč**, pokud Poskytovatel poskytuje hrazené služby po celé období roku 2017 v rozsahu alespoň 27 ordinálních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdne, přičemž alespoň 1 den v týdnu má ordinální hodiny prodlouženy nejméně do 18:00.
- 50 Kč**, pokud Poskytovatel poskytuje hrazené služby po celé období roku 2017 v rozsahu alespoň 30 ordinálních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdne, přičemž alespoň 1 den v týdnu má ordinální hodiny prodlouženy nejméně do 18:00 a alespoň 1 den v týdnu začínají ordinální hodiny nejpozději od 7:00.

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

Omezení úhrady uvedené v čl. II. odst. 1 větě druhé se nepoužije v případě zdravotních služeb poskytovaných Zahraničním pojištěncům a v případě zvlášť účtovaného léčivého přípravku používaného v rámci anti D imunizace.

2. Smluvní strany se dále dohodly, že **celková výše úhrady** podle odst. 1 tohoto článku bude při splnění níže uvedených podmínek **navýšena o bonifikace**. Zdravotní pojišťovna uhradí **po skončení hodnoceného období** Poskytovateli:
- a) **Bonifikaci za zvýšené náklady na preventivní péči a prenatální péči:**
100,-Kč za provedení jedné preventivní prohlídky (kód výkonu 63050) unikátní pojištěnce Zdravotní pojišťovny v hodnoceném období,
2000,-Kč za komplexní prenatální vyšetření a další péči o těhotnou pojištěnku Zdravotní pojišťovny v hodnoceném období (bonifikace je přiznána ve vazbě na vykázaný výkonu s kódem 63053 za podmínky, že pojištěnka je po celou dobu těhotenství v péči Poskytovatele a další prenatální péče je účtovaná výkonem s kódem 63055).

Tyto bonifikace budou Poskytovateli přiznány v případě, že podíl preventivně, respektive v těhotenství komplexně ošetřených pojištěnek Zdravotní pojišťovny z celkového počtu ošetřených registrovaných pojištěnek Zdravotní pojišťovny v roce 2017 bude činit minimálně 50 %.

- b) **Bonifikaci za specializovanou způsobilost v oboru a vyšší kvalitu poskytovaných služeb při získání 3 a více bodů při splnění následujících pravidel:**
- Držitel certifikátu ISO 9001 – 1 bod (prokazuje se doložením kopie certifikátu),
 - Držitel funkční licence F017 expertní kolposkopie – 1 bod (prokazuje se doložením kopie funkční licence),
 - Atestace vyššího stupně v oboru nebo nástavbová atestace v příbuzném či jiném oboru, případně získání minimálně 16 kreditů/rok v rámci celoživotního vzdělávání – 1 bod (prokazuje se doložením kopie diplomu dokladujícího získání příslušné specializace, případně doložením kopie diplomu celoživotního vzdělávání),
 - Poskytování zdravotních služeb v celé komplexnosti (dostupnost komplexní základní diagnostiky v oboru u Poskytovatele bez nutnosti indukce zdravotních služeb v rámci těžce odbornosti) – 1 bod.

Při získání 3 bodů bude celková úhrada náležející Poskytovateli po odečtení ZÚM a ZÚLP a **po odečtení bonifikací dle odst. 2 písm. a)** tohoto článku **navýšena indexem 1,01.**

Při získání 4 bodů bude celková úhrada náležející Poskytovateli po odečtení ZÚM a ZÚLP a **po odečtení bonifikací dle odst. 2 písm. a)** tohoto článku **navýšena indexem 1,025.**

3. Poskytovatel je povinen bezodkladně písemně poskytnout Zdravotní pojišťovně informace v případě změn souvisejících s údaji pro přiznání bonifikací (získání certifikátu ISO 9001 apod.).
4. Bonifikace budou Poskytovateli Zdravotní pojišťovnou uhrzeny jednorázově v rámci konečného finančního vyrovnání roku 2017, nejpozději do 120 dnů po skončení roku 2017. Bonifikace se nevztahuje na zdravotní služby poskytnuté Zahraničním pojištěncům.
5. Smluvní strany se dohodly, že za každý Poskytovatelem vykázaný a Zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09543 podle Seznamu zdravotních výkonů uhradí Zdravotní pojišťovna Poskytovateli částku 30,- Kč, která bude zaplacená nad rámec předběžné úhrady uvedené v odst. 6. tohoto článku a nebude započtena do limitu celkové úhrady uvedeného v odstavci 1 tohoto článku.
6. Zdravotní služby vyúčtované Poskytovatelem budou Zdravotní pojišťovnou hrazeny maximální měsíční předběžnou úhradou ve výši níže uvedené. V případě, že Poskytovatel v daném měsíci vyúčtuje menší objem poskytnutých zdravotních služeb, než je maximální výše 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 maximální výše měsíční předběžné úhrady navýšena o nedočerpanou výši maximální měsíční předběžné úhrady z předchozích měsíců.

Maximální měsíční předběžná úhrada pro rok 2017	,-Kč
--	-------------

7. Smluvní strany se dohodly na uplatnění následujících regulačních mechanismů:
- 7.1 Pokud Poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 105 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, Zdravotní pojišťovna sníží Poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.
- 7.2 Pokud Poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádané výkony v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 812 až 819, 820, 822 a 823 (dále jen „Vyjmenované odbornosti“) v hodnoceném období vyšší než 105 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve Vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, Zdravotní pojišťovna sníží Poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Do vyžádané péče se nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, kolorektálního karcinomu a výkon č. 95201, prováděné Poskytovatelem, který má se Zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto výkonů uzavřenou smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení podle Seznamu zdravotních výkonů hodnotami bodu platnými v hodnoceném období.
- 7.3 Referenčním obdobím se pro účely odstavce 7 rozumí rok 2015.
- 7.4 Regulační omezení podle odst. 7.1. tohoto článku se nepoužije, pokud celková úhrada Zdravotní pojišťovny za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovateli poskytujícími specializovanou ambulantní zdravotní péči v roce 2017 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento typ zdravotní péče na rok 2017 vycházející ze zdravotně pojistného plánu Zdravotní pojišťovny.
- 7.5 Regulační omezení podle odst. 7.2. tohoto článku se nepoužije, pokud celková úhrada Zdravotní pojišťovny za vyžádané služby ve Vyjmenovaných odbornostech v roce 2017 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh služeb na rok 2017 vycházející ze zdravotně pojistného plánu Zdravotní pojišťovny.

- 7.6 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 vykázání 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.
- 7.7 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. 7.1. a 7.2. tohoto článku referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
- 7.8 Regulační omezení podle odst. 7.1. a 7.2. 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 ordinačních hodin týdně. V případě smluvně dohodnuté kapacity poskytovaných služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny přepočítává koeficientem $n/30$, kde n se rovná kapacitě smluvně dohodnutých zdravotních služeb.
- 7.9 Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační omezení podle odst. 7.1. a 7.2. tohoto článku maximálně do výše odpovídající 25% objemu úhrady poskytnuté Poskytovateli za výkony snížené o objem úhrady za ZÚM a ZÚLP za rok 2017.
8. Smluvní strany se dohodly, že za zdravotní služby v odbornosti 603 a 604 poskytnuté v roce 2017 se považují veškeré hrazené zdravotní služby tohoto druhu poskytnuté pojištěncům Zdravotní pojišťovny v období od 1.1.2017 do 31.12.2017, které Poskytovatel vykáže do 31.3.2018.
9. V návaznosti na termíny pro vykázání zdravotních služeb uvedené v předchozím odstavci se Zdravotní pojišťovna zavazuje finančně vypořádat předběžné úhrady a regulační srážky dle předchozích ustanovení za rok 2017 nejpozději do 120 dnů po skončení roku 2017 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 příslušnému 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 účinnosti 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 1.1.2017 do 31.12.2017.
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

V

dne

za Zdravotní pojišťovnu

za Poskytovatele