



**Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank,
pojišťoven a stavebnictví**

IČ: 47114321, DIČ: CZ47114321, kód 207

Zástupce: **Ing. Radovan Kouřil**
generální ředitel

se sídlem: **Roškotova 1225/1**
140 21 Praha 4

zapsaná 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:

51/11

8172/16

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

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

DODATEK PL-VÚ 2017
úhrada výkonovou platbou
(dále jen „Dodatek“)

I.

- Předmětem tohoto Dodatku je stanovení podmínek, způsobu a výše úhrady **zdravotních služeb poskytovaných v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost** 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 zdravotní služby** poskytnuté Poskytovatelem pojištěncům Zdravotní pojišťovny a Zahraničním pojištěncům a vykázané podle vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterými se vydává Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (dále jen „Seznam zdravotních výkonů“), **budou v roce 2017 hrazeny výkonovým způsobem s hodnotou bodu 1,00 Kč/bod.**
- Hodnota bodu dopravních služeb** používaných v návštěvní službě, pokud není mezi Poskytovatelem a Zdravotní pojišťovnou smluvně sjednán paušální způsob úhrady, **bude v roce 2017 činit 0,90 Kč/bod.**
- 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 ve výši 30,- Kč bez dalších omezení.
- Při registraci pojištěnců, vykazování a úhradě zdravotních služeb bude akceptován dohodnutý postup pro pořizování, předávání a vyhodnocování dokladů v souladu s Metodikou pro pořizování a předávání dokladů v platném znění (dále jen "Metodika"), Pravidly pro vyhodnocování dokladů v platném znění (dále jen "Pravidla") a jednotným datovým rozhraním, vytvářenými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky (dále jen „VZP ČR“) v součinnosti se zástupci zdravotních pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů a vydávaných VZP ČR v platném znění.
- Zdravotní služby poskytnuté neregistrovaným pojištěncům Zdravotní pojišťovny se považují **za nepravdivé služby**. Nepravdivé služby uhradí Zdravotní pojišťovna Poskytovateli pouze v případě, že prokazatelně nemohly být poskytnuty tomuto pojištěnci registrujícím Poskytovatelem. Úhrada bude provedena způsobem a ve výši stanovené v odst. 1 článku II. tohoto Dodatku.
- Přerušil-li Poskytovatel poskytování zdravotních služeb na dobu delší než 3 pracovní dny v kalendářním měsíci, je povinen zajistit poskytování zdravotních služeb pro jím registrované pojištěnce v dostupném zdravotnickém zařízení jiného poskytovatele. Toto zajištění je povinen Poskytovatel na vyžádání průkazně doložit. Přerušování poskytování hrazených služeb je Poskytovatel povinen písemně oznámit Zdravotní pojišťovně a dát na vědomí pojištěncům.
- Zdravotní pojišťovna uhradí v termínech splatnosti dohodnutých ve Smlouvě o poskytování a úhradě zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění, případně Smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění (dále jen „Smlouva“) Poskytovateli zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění, pokud byly Poskytovatelem poskytnuty jejím pojištěncům v souladu s obecně závaznými právními předpisy v odbornostech a rozsahu dohodnutých a vymezených v Příloze č. 2 Smlouvy. Termíny splatnosti dohodnuté ve Smlouvě se v návaznosti na činnost Kapitačního centra upravují tak, že, pokud je termín splatnosti kratší než 6 pracovních dnů po převedení údajů z Kapitačního centra, pak se za termín splatnosti považuje datum převzetí údajů z Kapitačního centra Zdravotní pojišťovnou plus 6 pracovních dnů.
- Základním fakturačním obdobím je kalendářní měsíc.
- Poskytovatel se zavazuje předávat doklady o změnách v registraci pojištěnců Zdravotní pojišťovny nejpozději do pátého kalendářního dne měsíce následujícího po měsíci, za který jsou nové registrace Zdravotní pojišťovny předávány. Na přihlášce registrovaných pojištěnců je Poskytovatel povinen uvádět odbornost pracoviště.

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

10. Poskytovatel se zavazuje poskytovat pojištěncům Zdravotní pojišťovny potřebné zdravotní služby efektivně a v souladu s uznávanými léčebnými postupy a dále se zavazuje, že v souvislosti s uplatněním výkonové platby nesníží dostupnost ani kvalitu poskytovaných zdravotních služeb a nebude od pojištěnců Zdravotní pojišťovny vybírat žádné registrační poplatky a jinou finanční úhradu za poskytnuté zdravotní služby hrazené Zdravotní pojišťovnou.
11. Poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost, který do 31.3.2018 předloží Zdravotní pojišťovně za hodnocené období potvrzení poskytovatele, který zajišťuje lékařskou pohotovostní službu, že se prostřednictvím praktických lékařů nebo praktických lékařů pro děti a dorost, kteří u něj působí jako nositelé výkonů odbornosti 001 nebo 002, účastnil alespoň 10 služeb v rámci lékařské pohotovostní služby podle § 110 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, se zvýší roční úhrada o **K x 35 000 Kč**, kde K – koeficient poměru počtu pojištěnců dané pojišťovny v daném kraji, kde je poskytována lékařská pohotovostní služba, uvedený ve vyhlášce č. 348/2016 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2017. Úhrada bude provedena jednorázově v rámci finančního vyrovnaní roku 2017.
12. Smluvní strany se dohodly na **uplatnění regulačních mechanismů**:
 - 12.1 Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky (s výjimkou pomůcek pro inkontinentní) předepsané Poskytovatelem vztahované na jednoho přepočteného pojištěnce Zdravotní pojišťovny dle věkových indexů stanovených podle skutečných celorepublikových nákladů v roce 2017 převyší 120 % celostátní průměrné úhrady za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky (s výjimkou pomůcek pro inkontinentní) předepsané Poskytovatelem v roce 2016 a zároveň pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky (s výjimkou pomůcek pro inkontinentní) předepsané Poskytovatelem v hodnoceném období převyší 100 % celkové úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané Poskytovatelem v roce 2016, Zdravotní pojišťovna sníží Poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5% z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu přepočtených pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5% překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 25 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho přepočteného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u nichž předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle ustanovení § 32 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů (dále jen „Zákon č. 48/1997 Sb.“) a které Zdravotní pojišťovna uhradila. Pokud Poskytovatel doloží, že zvýšená průměrná úhrada za Poskytovatelem předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky (s výjimkou pomůcek pro inkontinentní) vztahovaná na jednoho přepočteného pojištěnce byla způsobena změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců, použije Zdravotní pojišťovna regulační omezení přiměřeně. Vystaví-li Poskytovatel v hodnoceném období alespoň 50 % lékařských předpisů, na základě nichž dojde k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, v elektronické podobě, použije se jako hranice pro snížení celkové úhrady částka 101 % celkové úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané Poskytovatelem v roce 2016.
 - 12.2 Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 812 až 819, 822 a 823 (dále jen „ve Vyjmenovaných odbornostech“), podle Seznamu zdravotních výkonů a za výkony CRP (02230) a INR (01443), popřípadě i jiné výkony rychlé diagnostiky, s výjimkou výkonů mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu, pokud jsou smluvně sjednány mezi Poskytovatelem a Zdravotní pojišťovnou, vztahovaná na jednoho přepočteného pojištěnce dle věkových indexů stanovených podle skutečných celorepublikových nákladů v roce 2017 převyší 120 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči ve Vyjmenovaných odbornostech v roce 2016 a zároveň pokud celková úhrada za Poskytovatelem vyžádanou péči v hodnoceném období převyší 100 % celkové úhrady za vyžádanou péči ve Vyjmenovaných odbornostech v roce 2016, Zdravotní pojišťovna sníží Poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5% z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu přepočtených pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5% překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 30% z překročení.
13. Regulační omezení podle odst. 12. se nepoužijí nebo použijí jen zčásti, pokud Poskytovatel důvodně poskytne zdravotní služby, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad nebo pokud Zdravotní pojišťovna rozбором vykázaných služeb zjistí, že nastaly skutečnosti, jejichž akceptace je částečně nebo úplně vhodná (např. mimořádný nárůst nákladově odlišných pacientů apod.). Předmětem zohlednění nebudou náklady za léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely, jejichž cena by v případě úhrady z veřejného zdravotního pojištění byla rovna nebo nižší než 50,- Kč.
14. Regulační omezení podle odst. 12. se nepoužijí, pokud Poskytovatel v roce 2017 registroval 50 a méně pojištěnců Zdravotní pojišťovny.
15. Úhrady za zdravotní služby poskytnuté Zahraničním pojištěncům nepodléhají regulačním omezením.
16. Zdravotní pojišťovna nepoužije regulační omezení podle odst. 12.1, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané Poskytovatelem v roce 2017 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotních služeb na rok 2017 vycházející ze zdravotně pojistného plánu Zdravotní pojišťovny.
17. Zdravotní pojišťovna nepoužije regulační omezení podle odst. 12.2, pokud celková úhrada za vyžádané služby ve Vyjmenovaných odbornostech v roce 2017 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tyto zdravotní služby na rok 2017 vycházející ze zdravotně pojistného plánu Zdravotní pojišťovny.
18. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle odst. 12. maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté Zdravotní pojišťovnou Poskytovateli za zdravotní výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2017.
19. Informační povinnosti vyplývající z tohoto Dodatku může Zdravotní pojišťovna plnit i prostřednictvím elektronické komunikace.
20. Smluvní strany se dohodly, že za zdravotní služby 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. Vyhodnocení dopadu regulačních mechanismů předloží Zdravotní pojišťovna Poskytovateli nejpozději do 120 dnů po skončení roku 2017 a ponechá Poskytovateli 30denní lhůtu pro uplatnění případných námitek.
21. V případě uplatnění námitek k vyhodnocení regulačních mechanismů za rok 2017 se Poskytovatel zavazuje uvést Zdravotní pojišťovně důvody překročení parametrů úhrad uvedených v tomto Dodatku, tj. konkrétní zdůvodnění zvýšených nákladů.

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