



Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank,  
pojišťoven a stavebnictví  
IČ: 47114321, DIČ: CZ47114321, kód 207  
Zástupce: Ing. Ladislav Friedrich, CSc.  
generální ředitel  
se sídlem: Roškotova 1225/1  
140 21 Praha 4  
zapsaná v obchodním rejstříku, vedeném  
Městským soudem v Praze oddíl A, vložka 7232  
Bankovní spojení: Komerční banka, a.s., pobočka  
Praha 4 č.ú.:10006-18432071/0100  
(dále jen „Zdravotní pojišťovna“) na straně jedné a

10/2  
1948/301

Poskytovatel 2): [REDACTED]		
IČ: [REDACTED]	Specifikace 1):	IČZ 3): [REDACTED]
Sídlo: [REDACTED]		IČP 3): [REDACTED]
		PSČ: [REDACTED]
Zástupce: [REDACTED]		

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

## DODATEK A-LIM 2015

### I.

- Předmětem tohoto Dodatku je stanovení podmínek, způsobu a výše úhrady **specializovaných ambulantních zdravotních služeb** hrazených z veřejného zdravotního pojištění a poskytnutých v roce 2015 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 zdravotních služeb (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 č. 883/2004 a 987/2009 a metodického pokynu Ministerstva zdravotnictví ČR, publikovaných ve Věstníku MZ ČR, částka 6, z května 2010.
- V návaznosti na ustanovení bodu 2 části I. tohoto Dodatku se Poskytovatel zavazuje, že vykáže zdravotní služby poskytnuté pojištěncům z členských států v souladu s metodickým pokynem Ministerstva zdravotnictví, publikovaným ve Věstníku MZ ČR, částka 6, z května 2010, 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 pojištěnec prokázal platným „Potvrzením o registraci“ vydaným Zdravotní pojišťovnou.

### II.

- Smluvní strany se dohodly, že **specializované ambulantní zdravotní služby** poskytované pojištěncům Zdravotní pojišťovny v roce 2015 Poskytovatelem, vyúčtované podle vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami ve znění pozdějších předpisů (dále jen „Seznam zdravotních výkonů“), budou hrazeny úhradou za poskytnuté výkony, včetně zvlášť účtovaných léčivých přípravků a zvlášť účtovaných zdravotnických prostředků, v hodnotě bodu 1,04 Kč/bod při omezení maximální úhradou na 1 unikátního pojištěnce a rok ve výši 102% úhrady v dané odbornosti na 1 unikátního pojištěnce v roce 2013. Do maximální úhrady není započtena úhrada za výkon 09555, který bude v rámci finančního vyrovnání za rok 2015 uhrazen výkonově v hodnotě bodu 1,04 Kč/bod bez omezení a úhrada za výkon 09543, u kterého je úhrada a maximální úhrada dohodnuta v bodě 4 části II. tohoto Dodatku.

Maximální úhrada na 1 unikátního pojištěnce pro rok 2015 v odbornosti 102	1 010,- Kč/1 URČ/rok
---	----------------------

*\* Pokud nejsou vyplněny hodnoty, nepodléhá Poskytovatel v dané odbornosti omezení objemu zdravotních služeb*

Toto omezení úhrady se nepoužije, pokud Poskytovatel ošetřil v referenčním nebo v hodnoceném období 100 a méně unikátních pojištěnců při smluvně dohodnuté kapacitě poskytovaných služeb nejméně 30 ordinálních hodin týdně. V případě smluvně dohodnuté kapacity poskytovaných služeb menší než 30 ordinálních hodin týdně se limit 100 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem n/30, kde n se rovná kapacitě smluvně dohodnutých služeb pro danou odbornost. Dále se toto omezení nepoužije v případě zdravotních služeb poskytovaných zahraničním pojištěncům.

- Unikátním pojištěncem 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. Do počtu unikátních pojištěnců za hodnocené období nebudou zahrnuti pojištěnci, na které byl vykázan pouze zdravotní výkon 09513. Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2015.
- U Poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, popřípadě, který neposkytoval služby v dané odbornosti, může Zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové úhrady použít průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti v referenčním období u srovnatelných poskytovatelů.
- Za každý Poskytovatelem vykázaný a Zdravotní pojišťovnou uznávaný výkon č. 09543 podle Seznamu zdravotních výkonů je dohodnuta úhrada ve výši 30 Kč, která bude zaplacená nad rámec předběžné úhrady uvedené v bodě 6. Maximální úhrada Poskytovateli za vykázané výkony č. 09543 podle Seznamu zdravotních výkonů v hodnoceném období nepřekročí částku ve výši třicetnásobku počtu výkonů č. 09543 podle Seznamu zdravotních výkonů, ve znění účinném v referenčním období, vykázaných Zdravotní pojišťovně v referenčním období. Referenčním obdobím se pro tyto účely rozumí rok 2013.

Maximální úhrada za vykázané výkony č. 09543	13 860 Kč
--	-----------

*\* Pokud není vyplněna hodnota, nenáleží Poskytovateli úhrada za vykázané výkony č. 09543*

- Smluvní strany se dohodly na uplatnění následujících regulačních mechanismů:
  - Pokud Poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 102% průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, sníží Zdravotní pojišťovna po skončení roku 2015 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. Do regulačního omezení se nezahrnují zdravotnické prostředky schválené revizním lékařem. 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 podle věty první částka 105% průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období.
  - Pokud Poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce 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 za vyžádané služby ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, sníží Zdravotní pojišťovna po skončení roku 2015 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,

1) Vyplní Zdravotní pojišťovna

2) Jméno Poskytovatele dle údajů v Obchodním rejstříku, živnostenském rejstříku event. v žádosti o přidělení IČ, příp. dle názvu ve zřizovací listině

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

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 ve znění účinném k 1. 1. 2015 hodnotami bodu platnými v hodnoceném období.

- 5.3. Referenčním obdobím (uvedeným v bodech 5.1. a 5.2.) se rozumí rok 2013. Průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle bodu 5.1 a 5.2 se vypočítou z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze zdravotní výkon 09513.
- 5.4. Regulační omezení podle bodu 5.1. se nepoužije, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovateli poskytujícími specializovanou ambulantní zdravotní péči v roce 2015 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento typ zdravotní péče na rok 2015 vycházející ze zdravotně pojistného plánu Zdravotní pojišťovny.
- 5.5. Regulační omezení podle bodu 5.2. se nepoužije, pokud celková úhrada za vyžádané služby ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2015 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh služeb na rok 2015 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 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.
- 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 bodů 5.1. a 5.2. referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
- 5.8. Regulační omezení podle bodu 5.1. a 5.2. se nepoužije, pokud Poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období 50 a méně unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny, při smluvně dohodnuté kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejmeně 30 ordinálních hodin týdně. V případě smluvně dohodnuté kapacity poskytovaných služeb menší než 30 ordinálních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem n/30, kde n se rovná kapacitě smluvně dohodnutých služeb.
- 5.9. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační omezení podle bodů 5.1. a 5.2. maximálně do výše odpovídající 15% objemu úhrady poskytnuté Poskytovateli za výkony snížené o objem úhrady za ZÚM a ZÚLP za rok 2015.

	<b>Rok 2013</b>
Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky	86 Kč / 1 URČ
Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádané služby v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 809, 810, 812 až 819, 822 a 823	Kč / 1 URČ

*\* Pokud nejsou uvedeny hodnoty, neměla Zdravotní pojišťovna pro jejich stanovení statisticky dostatečný počet případů, případně bude Poskytovatel regulován dle bodu 5.7.*

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 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 2015**

**38 210 Kč**

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

7. Poskytovatel se zavazuje vyúčtovat zdravotní služby poskytnuté v roce 2015 nejpozději do 31.3.2016. Tímto není dotčeno právo na uplatnění případných opravných dávek po tomto termínu. Zdravotní pojišťovna však není povinna započítat opravné dávky uplatněné po 31.3.2016 do finančního vyrovnání za rok 2015.
8. V návaznosti na termíny pro vyúčtování zdravotních služeb uvedené v předchozím ustanovení se Zdravotní pojišťovna zavazuje finančně vypořádat předběžné úhrady za rok 2015 nejpozději do 120 dnů po skončení roku 2015 s tím, že případné srážky si započte proti dalším vyúčtováním předloženým Poskytovatelem.
9. Poskytovatel se zavazuje, že vyúčtování za poskytnuté zdravotní služby bude postupovat Zdravotní pojišťovnou stanovenému místně příslušnému pracovišti Zdravotní pojišťovny. Nebude-li tento závazek ze strany Poskytovatele splněn, lhůta splatnosti, dohodnutá smluvními stranami, se prodlužuje o dobu, nezbytnou k doručení vyúčtování příslušnému pracovišti Zdravotní pojišťovny.

### III.

1. Smluvní strany konstatují, že 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.
2. Vztahy, 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 účinnosti dne 1.ledna 2015.
5. Smluvní strany berou na vědomí, že Smlouva včetně jejích příloh, změn a všech dodatků může být uveřejněna i na základě zákonem uložené povinnosti.
6. Smluvní strany se dohodly, že v případě aktivované datové schránky může být doručování prostřednictvím datové schránky použito k závazným smluvním jednáním.
7. 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.
8. Případné nesrovnalosti vyplývající ze smluvního vztahu budou řešeny vzájemným jednáním.
9. Smluvní strany stvrzují, že Dodatek byl uzavřen podle jejich svobodné vůle a že s jeho obsahem souhlasí.
10. Za Zdravotní pojišťovnu jsou k podpisu tohoto Dodatku oprávněny osoby, které zmocnil k podpisu statutární zástupce.
11. 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 bodě 6. části III. tohoto Dodatku.

V Praze

dne

V

dne

za Zdravotní pojišťovnu

za Poskytovatele