

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:

10/5

8185/1029

Poskytovatel ₂₎		
IČ :	specifikace ₁₎ :	IČZ ₃₎ :
Sídlo :		IČP ₃₎ :
		PSC :
Zástupce :		

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

Dodatek A-LIM 2017

(dále jen „Dodatek“)

I.

- Předmětem tohoto Dodatku je stanovení podmínek, způsobu a výše úhrady **specializovaných ambulantních zdravotních služeb** 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 „Zahraníční 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 Zahraníčním 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 Zahraníčním 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 Zahraníční pojištěnec prokázal platným „Potvrzením o registraci“ vydaným Zdravotní pojišťovnou.

II.

- Smluvní strany se dohodly, že **specializované ambulantní zdravotní služby** poskytované pojištěncům Zdravotní pojišťovny a Zahraníčním 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** úhradou za poskytnuté výkony, za zvlášť účtované léčivé přípravky (dále jen „ZÚLP“) a zvlášť účtovaný zdravotnický materiál (dále jen „ZÚM“) s hodnotou bodu ve výši 1,03 Kč / bod. Celková výše úhrady Zdravotní pojišťovny Poskytovateli za rok 2017 nepřekročí částku, která se vypočte takto:

POPzpo x PUROo x Izu 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 vykázan pouze výkon č. 09513 podle Seznamu zdravotních výkonů.

PUROo je průměrná úhrada za výkony podle Seznamu zdravotních výkonů včetně ZÚM a ZÚLP 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 vykázan pouze výkon č. 09513 podle Seznamu zdravotních výkonů.

Izu je index změny úhrady, který dosahuje základní hodnoty 1,04. Pokud Poskytovatel doloží do 30.6.2017 platný diplom celoživotního vzdělávání u alespoň 50% nositelů výkonů v dané odbornosti, bude index změny úhrady pro tuto odbornost navýšen o 0,005 v rámci finančního vypořádání roku 2017 podle odstavce 10 tohoto článku.

- Referenčním obdobím se rozumí rok 2015 a hodnoceným obdobím se rozumí rok 2017.
- Unikátním pojištěncem Zdravotní pojišťovny se rozumí 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.

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

4. Omezení úhrady uvedené v odst. 1. tohoto článku se nepoužije, pokud Poskytovatel ošetřil v referenčním nebo v hodnoceném období 50 a méně unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny při smluvně dohodnuté kapacitě poskytovaných 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 pro danou odbornost. Dále se toto omezení nepoužije v případě zdravotních služeb poskytovaných Zahraničním pojištěncům.
5. U Poskytovatele, který v roce 2015 nebo jeho části neexistoval, neměl uzavřenou smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče (služeb) se Zdravotní pojišťovnou, nebo neposkytoval zdravotní služby v dané odbornosti, může Zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období (PUR0o) použít hodnoty za referenční období u srovnatelných poskytovatelů zdravotních služeb.
6. Za každý Poskytovatelem vykázaný a Zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09543 podle Seznamu zdravotních výkonů je dohodnuta úhrada ve výši 30,- Kč bez dalších omezení, která bude zaplacená nad rámec předběžné úhrady uvedené v odstavci 8 tohoto článku a nebude započtena do limitu celkové úhrady uvedené v odstavci 1 tohoto článku.
7. Smluvní strany se dohodly na uplatnění následujících regulačních mechanismů:
 - 7.1. Pokud Poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce Zdravotní pojišťovny za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 102% průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce Zdravotní pojišťovny za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, sníží Zdravotní pojišťovna po skončení roku 2017 úhradu o částku odpovídající součinu 2,5% z překročení referenční průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny 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 Zdravotní pojišťovny. 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 Zdravotní pojišťovny za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období.
 - 7.2. Pokud Poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce Zdravotní pojišťovny 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 Zdravotní pojišťovny za vyžádané služby ve Vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, sníží Zdravotní pojišťovna po skončení roku 2017 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. 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 hodnotami bodu platnými v hodnoceném období.
 - 7.3. Referenčním obdobím se pro účely čl. II, odst. 7 tohoto Dodatku rozumí rok 2015. Průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce Zdravotní pojišťovny v referenčním i hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny v referenčním i hodnoceném období podle odst. 7.1 a 7.2 tohoto článku se vypočtou z celkového počtu unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci Zdravotní pojišťovny, na které byl vykázan pouze zdravotní výkon 09513 podle Seznamu zdravotních výkonů.
 - 7.4. Regulační omezení podle odst. 7.1. tohoto článku se nepoužije, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovateli specializované ambulantní hrazené zdravotní služby 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 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 vykázaní 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 15% objemu úhrady poskytnuté Poskytovateli za výkony snížené o objem úhrady za ZÚM a ZÚLP za rok 2017.

8. Zdravotní služby vykázané Poskytovatelem budou hrazeny maximální měsíční předběžnou úhradou. V případě, že Poskytovatel v daném měsíci vykáže menší objem poskytnutých zdravotních služeb než je výše maximální 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 vykáže vyšší objem poskytnutých zdravotních služeb, bude výše maximální měsíční předběžné úhrady navýšena o nedočerpanou výši maximální měsíční předběžné úhrady z předchozích měsíců.

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

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

9. Smluvní strany se dohodly, že za specializované ambulantní zdravotní služby poskytnuté v roce 2017 se považují veškeré hrazené zdravotní služby tohoto druhu poskytnuté Poskytovatelem pojištěncům Zdravotní pojišťovny v období od 1.1.2017 do 31.12.2017, které Poskytovatel vykáže do 31.3.2018.
10. V návaznosti na termíny pro vykázaní zdravotních služeb uvedené v předchozím odstavci se Zdravotní pojišťovna zavazuje finančně vypořádat předběžné úhrady a maximální úhrady 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.
11. 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.
12. V individuálních případech zvláštního zřetele hodných, kdy dojde k nárůstu poskytnutých hrazených služeb proti 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