

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:

12/11

8173/156

<b>Poskytovatel<sup>2)</sup>:</b>		
<b>IČ:</b>	<b>specifikace<sup>1)</sup>:</b>	<b>IČZ<sup>3)</sup>:</b>
<b>Sídlo:</b>		<b>IČP<sup>3)</sup>:</b>
		<b>PSC</b>
<b>Zástupce:</b>		

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

## Dodatek GYN-VÚ 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 v roce 2017 Poskytovatelem a vykázané podle 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 bez dalších omezení.**
- 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 období uvedeného v čl. III. odst. 5 tohoto Dodatku (dále jen „hodnocené období“)** Poskytovateli:

#### 2.1. Bonifikaci za zvýšené náklady na preventivní péči a prenatální péči:

- 100,- Kč za provedení jedné preventivní prohlídky (kód výkonu 63050 dle Seznamu zdravotních výkonů) 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 vykázaní kódu výkonu 63053 dle Seznamu zdravotních výkonů za podmínky, že pojištěnka je po celou dobu těhotenství v péči Poskytovatele a další prenatální péče je účtována výkonem s kódem 63055 dle Seznamu zdravotních výkonů).

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

#### 2.2. Bonifikaci za specializovanou způsobilost v oboru a vyšší kvalitu poskytovaných služeb při získání 3 a více bodů při splnění následujících pravidel:

- Poskytovatel je držitelem certifikátu ISO 9001 – 1 bod (prokazuje se doložením kopie certifikátu),

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

- Poskytovatel je držitelem 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 2017 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 téže odbornosti) – 1 bod.

**Při získání 3 bodů** bude celková úhrada náležející Poskytovateli po odečtení zvlášť účtovaného zdravotnického materiálu (dále jen „ZÚM“) a zvlášť účtovaných léčivých přípravků (dále jen „ZÚLP“) a **po odečtení bonifikací dle odst. 2.1. 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. 2.1. tohoto článku navýšena indexem 1,025.**

3. Poskytovatel je povinen bezodkladně poskytnout Zdravotní pojišťovně informace v případě změn souvisejících s údaji pro přiznání bonifikací uvedených v odst. 2 písm. b) tohoto článku (získání certifikátu ISO 9001 apod.).
4. Bonifikace budou Poskytovateli uhrazeny jednorázově v rámci konečného finančního vyrovnání roku 2017, nejpozději do 120 dnů po skončení roku 2017. Bonifikace se nevztahují na zdravotní služby poskytnuté Zahraničním pojištěncům.
5. Smluvní strany se dohodly, že za každý Poskytovatelem vykázáný a Zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09543 dle Seznamu zdravotních výkonů uhradí Zdravotní pojišťovna Poskytovateli částku 30,- Kč.
6. Zdravotní služby budou předběžně hrazeny výkonovým způsobem úhrady v hodnotě bodu uvedené v odst. 1 tohoto článku.
7. 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 Zdravotní pojišťovně do 31.3.2018.
8. 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.
9. 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.

### 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