



«naz_poskytovatel»
«ulice»
«psc» «obec»

Dodatek č. Z/03/2019

Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky

se sídlem Praha 9, Drahobejlova 1404/4, PSČ 190 03
jejímž jménem jedná na základě pověření generálního ředitele
«preditel», ředitel/ka pobočky «pnazev»
sídlo: «pobec», «pulice», PSČ «ppsc»
telefon: «ptelefon», e-mail: «pemail», datová schránka: «pDatSchranka»
IČO: 47114975
(dále jen „Pojišťovna“)

a

«naz_poskytovatel»

jehož jménem jedná:
se sídlem: «obec_SZ», «ulice_SZ», PSČ «psc_SZ»
IČO: «ICO», IČZ: «icz»
(dále jen „Poskytovatel“)

uzavírají dodatek ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb č. «kodsml»
(dále jen „Dodatek/Smlouva“) pro:

ambulantní specializovaná péče – jiný způsob úhrady

Článek I.

Shora označené smluvní strany se dohodly v souladu s ustanovením § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „Zákon“), a v souladu se zdravotně pojistným plánem Pojišťovny pro rok 2019, že úhrada hrazených služeb poskytnutých Poskytovatelem v oboru **ambulantní specializovaná péče** pojištěncům Pojišťovny v období **od 1. 1. 2019 do 31. 12. 2019** (dále jen „hodnocené období“) bude provedena jiným způsobem, než stanoví vyhláška č. 201/2018 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2019 (dále jen „Vyhláška“). Referenčním obdobím se pro účely tohoto Dodatku rozumí rok 2017.

Článek II.

1. Výše úhrady se stanoví podle vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „seznam výkonů“), úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu ve výši uvedené v části A bodu 1 a) až g) přílohy č. 3 k Vyhlášce.
2. Pro hrazené služby neuvedené v části A bodu 1 a) až g) přílohy č. 3 k Vyhlášce se stanoví výše úhrady podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu ve výši **1,06 Kč** s výjimkou výkonu č. 89312, u kterého se stanoví hodnota bodu ve výši **1,02 Kč**.
3. Hodnota bodu podle bodů 1 a 2 tohoto článku se při splnění následujících podmínek navýší o:
 - a) **0,01 Kč** v případě, že Poskytovatel nebo příslušná profesní organizace doloží do 31. 3. 2020, že nejméně 50 % lékařů nebo nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří v rámci Poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům Pojišťovny, jsou držiteli dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů nebo obdobného dokladu platného k 1. 1. 2019,

- b) **0,01 Kč** pro danou odbornost v případě, že Poskytovatel alespoň u jednoho pracoviště (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, respektive 24 hodin týdně rozložených do 4 dnů týdně u operačních oborů. Navýšení limitu podle tohoto bodu se nepoužije, pokud Poskytovatel potřebné údaje Pojišťovně nesdělí nejpozději do 30. 6. 2019,
- c) **0,01 Kč** pro danou odbornost v případě, že Poskytovatel alespoň u jednoho pracoviště (IČP) v dané odbornosti má alespoň 2 dny v týdnu ordinační hodiny prodlouženy do 18:00 hodin nebo alespoň 2 dny v týdnu má začátek ordinační doby od 7:00 hodin nebo alespoň 1 den v týdnu od 7:00 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu do 18:00 hodin. Navýšení limitu podle tohoto bodu se nepoužije, pokud Poskytovatel potřebné údaje Pojišťovně nesdělí nejpozději do 30. 6. 2019.
4. Limit pro celkovou výši úhrady podle bodu 2 včetně navýšení podle bodu 3 tohoto článku se vypočte takto:

$$(1,03 + KN) \times (POPzpo \times PUROo)$$

- POPzpo je počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti Poskytovatelem v hodnoceném období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou ti, na něž byl v hodnoceném období vykázán pouze výkon č. 09513.
- PUROo je průměrná úhrada za výkony, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků, na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti Poskytovatelem v referenčním období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou ti, na něž byl v referenčním období vykázán pouze výkon č. 09513.
- KN je koeficient navýšení, který je součtem těchto koeficientů:
 a) 0,02 – pokud je splněna podmínka uvedená v článku II, bodu 3 a),
 b) 0,02 – pokud je splněna podmínka uvedená v článku II, bodu 3 b),
 c) 0,02 – pokud je splněna podmínka uvedená v článku II, bodu 3 c).

5. Limit pro celkovou výši úhrady Poskytovateli v dané odbornosti podle bodu 4 tohoto článku se nepoužije v případě Poskytovatele, který v referenčním nebo hodnoceném období v rámci jedné odbornosti ošetřil 50 a méně unikátních pojištěnců při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně. V případě, že Poskytovatel splňuje podmínku uvedenou v článku II, bodu 3, navýší se tento počet o 10 unikátních ošetřených pojištěnců za každou splněnou podmínku. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se počet ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem $n/30$, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost. V těchto případech se hodnota bodu stanoví ve výši podle bodu 2 a 3 tohoto článku.
6. U Poskytovatele, který v referenčním období nebo jeho části neexistoval, neměl uzavřenou Smlouvu s Pojišťovnou, nebo neposkytoval péči v dané odbornosti, použije Pojišťovna pro účely výpočtu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce hodnoty za referenční období srovnatelných poskytovatelů v dané odbornosti.
7. U Poskytovatele, s nímž Pojišťovna nasmlouvala oproti referenčnímu období nové výkony, jejichž vlivem dojde v některé odbornosti k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se limit celkové výše úhrady Poskytovateli podle bodu 4 tohoto článku navýší o hodnotu Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných výkonů, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků. Nově nasmlouvané výkony se pro tyto účely ocení podle seznamu výkonů s použitím hodnoty bodu podle bodu 2 a 3 tohoto článku.
8. Za každý Poskytovatelem vykázaný a Pojišťovnou uznaný výkon č. 09543 se stanoví úhrada podle § 18 Vyhlášky, maximální úhrada bude navýšena na základě odůvodněné žádosti Poskytovatele, například v případě, že dojde k nárůstu počtu pojištěnců Pojišťovny ošetřených Poskytovatelem v hodnoceném období.
9. Za každou Poskytovatelem vystavenou a Pojišťovnou uznanou položku na receptu v elektronické podobě v hodnoceném období, na základě které dojde k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, obdrží Poskytovatel úhradu ve výši **1,70 Kč**.
10. Navýšení úhrady podle bodu 3 a 9 tohoto článku Poskytovatel obdrží nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období.
11. Předběžná měsíční úhrada se poskytne Poskytovateli ve výši odpovídající objemu hrazených služeb Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných, maximálně však v Pojišťovnou sdělené výši.
12. Pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační omezení podle části B přílohy č. 3 k Vyhlášce. Regulační omezení se nepoužijí, pokud Poskytovatel do 30 dnů od obdržení vyúčtování odůvodní poskytnuté hrazené služby, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad.

13. Z regulačních omezení podle části B přílohy č. 3 k Vyhlášce budou vyňaty hrazené služby související s poskytováním hrazených služeb v odbornosti 305, 306, 308 nebo 309.
14. V individuálních případech zvláštního zřetele hodných, kdy dojde v hodnoceném období k významnému nárůstu objemu poskytnutých nutných a neodkladných hrazených služeb proti referenčnímu období, může Pojišťovna po dohodě s Poskytovatelem na základě řádně doložené písemné žádosti tento nárůst částečně nebo plně zohlednit.
15. Hodnoty referenčního období, které vstupují do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období, byly Poskytovateli sděleny ve vyúčtování referenčního období. Tyto hodnoty mohou být Pojišťovnou upraveny podle nové skutečnosti v případech, kdy bude Poskytovateli uznána nová péče nebo bude na základě revize část péče odmítnuta. Při výpočtu vyúčtování budou použity hodnoty platné ke dni výpočtu vyúčtování.
16. Do referenčního období budou zahrnuty dávky zaslané Poskytovatelem do 31. 3. 2018 a Pojišťovnou uznané do 31. 5. 2018. Do hodnoceného období budou zahrnuty dávky zaslané Poskytovatelem do 31. 3. 2020 a Pojišťovnou uznané do 31. 5. 2020. Referenční hodnoty mohou být Pojišťovnou upraveny v případech, kdy došlo ke změnám v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb nebo byla na základě kontrolní činnosti Pojišťovny část vykázaných hrazených služeb odmítnuta. Při výpočtu vyúčtování budou použity hodnoty platné ke dni výpočtu.
17. Vyúčtování úhrady hrazených služeb za hodnocené období bude Pojišťovnou vyhotoveno do 150 dnů po skončení hodnoceného období. Přepatek ze strany Pojišťovny je Pojišťovna oprávněna započíst proti kterékoliv pohledávce Poskyvatele za Pojišťovnou, a to poté, co doručí Poskytovateli vyúčtování, v němž bude přepatek uveden.

Článek III.

1. Poskyvatel předkládá Pojišťovně v souladu se Smlouvou fakturu za hrazené služby poskytnuté jejím pojištěncům. K faktuře připojí řádné vyúčtování hrazených služeb poskytnutých v účetním období, k němuž se faktura vztahuje, doložené příslušnými dávkami dokladů. Pokud Poskyvatel vykazuje pod jedním IČZ hrazené služby poskytované v různých segmentech, vykáže hrazené služby poskytované podle Dodatku samostatnou dávkou.
2. Hrazené služby poskytnuté v období před 1. 1. 2019 budou vykazovány samostatnou dávkou a samostatnou fakturou. Pro jejich úhradu platí cenová ujednání platná pro příslušné kalendářní období, ve kterém byly poskytnuty.

Článek IV.

1. Hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům vykazuje Poskyvatel samostatnou fakturou s dávkami dokladů.
2. Poskytovatelem vykázané a Pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům budou hrazeny podle Vyhlášky.
3. Zahraničním pojištěncem se rozumí pojištěnec podle § 1 Vyhlášky.

Článek V.

1. Dodatek se stává nedílnou součástí Smlouvy.
2. Způsob úhrady, výše úhrady a regulační omezení sjednané v Dodatku se použijí pro období od 1. 1. 2019 do 31. 12. 2019.
3. Smluvní strany výslovně prohlašují, že Dodatek potvrzuje veškerá jejich právní jednání a ujednání učiněná mezi nimi, související s plněním Dodatku, v období od 1. 1. 2019 do podpisu Dodatku a že na takovém základě uznávají Dodatek za platný a účinný i pro uvedené období.
4. Dodatek nabývá platnosti dnem doručení Dodatku podepsaného Poskytovatelem na Centrální úložiště smluv, Banskobystrická 40, Brno. V případě pochybností je rozhodující datum uvedené na podacím razítku Pojišťovny. Pokud Poskyvatel Dodatek nedoručí **do 30. 6. 2019**, platnost návrhu na uzavření Dodatku, případně platnost oboustranně podepsaného Dodatku zaniká. V takovém případě bude úhrada za hrazené služby v hodnoceném období provedena podle Vyhlášky. Smluvní strany v souladu se zákonem č. 89/2012 Sb. vylučují přijetí návrhu nebo změny Dodatku s jakoukoliv výhradou, dodatkem nebo odchylkou od učiněného návrhu.
5. Poskyvatel bere na vědomí, že Pojišťovna zveřejní tento Dodatek podle Zákona.
6. Nedílnou součástí Dodatku je Příloha č. 1 s parametry, které budou použity pro výpočet úhrady.

7. Dodatek je vyhotoven ve dvou stejnopisech s platností originálu, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.

Pokud souhlasíte, doručte jedno Vámi podepsané vyhotovení Dodatku na adresu: VoZP ČR, Centrální úložiště smluv, Banskobystrická 40, Brno, 621 00. Druhé Vámi podepsané vyhotovení si ponechte.

Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že Dodatek je uzavřen podle jejich svobodné vůle a že souhlasí s jeho obsahem.

V dne

V dne

.....
razítko a podpis **Poskytovatele**

.....
razítko a podpis **Pojišťovny**

Příloha č. 1

Ke kontrole (pokud údaje nesouhlasí, kontaktujte prosím svoji místně příslušnou pobočku VoZP — viz záhlaví Dodatku):

Parametr pro výpočet úhrady	ANO	NE
Ordinační doba u 1 IČP v dané odbornosti s ordinační dobou min. 30 hodin/týden, 5 dnů/týden u neoperačních oborů nebo min. 24 hodin/týden, 4 dny/týden u operačních oborů (odbornosti 501, 503, 504, 601, 603, 604, 606, 701, 705, 706)		
Ordinační doba u 1 IČP v dané odbornosti min. 2 dny v týdnu do 18:00 hodin nebo min. 2 dny v týdnu od 7:00 hodin nebo min. 1 den v týdnu od 7:00 hodin a min. 1 den v týdnu do 18:00 hodin		
Nejméně 50 % lékařů nebo nelékařských zdravotnických pracovníků je držitelem platného dokladu o celoživotním vzdělávání k 1. 1. 2019		

K vyplnění (platnou odpověď označte křížkem):

Doplňující informace	ANO	NE
Poskytovatel přijímá do péče nové pojištěnce.		