

Text Dodatku ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb pro segment ambulantní specializované zdravotní péče pro rok 2019 – paušální předběžná úhrada (vzor AS_pau)

Shora označené smluvní strany se v souladu s ustanovením § 7 Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 201/2018 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2019 (dále jen „Vyhláška MZ č. 201/2018 Sb.“), dohodly, že hrazené služby poskytované Poskytovatelem pojištěncům Pojišťovny v roce 2019, budou hrazeny podle dále uvedených ustanovení tohoto dodatku ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb (dále jen „Dodatek“).

Článek 1

- 1) Hrazené služby poskytované Poskytovatelem v rámci specializované ambulantní péče budou v roce 2019 hrazeny výkonově podle Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění (dále jen „Vyhláška MZ č. 134/1998 Sb.“), s hodnotou bodu dle odstavce 2) a 3) tohoto článku Dodatku.
- 2) Pro poskytnuté výkony:
 - a) 43311, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629, 43633 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. poskytované v odbornosti 403 – radiační onkologie podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. a výkony 75347, 75348 a 75427 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. poskytované v odbornosti 705 – oftalmologie podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. se stanoví hodnota bodu ve výši 0,70 Kč.
 - b) 15101, 15103, 15105, 15107, 15440, 15445 a 15950 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. poskytované v odbornosti 105 – gastroenterologie podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. a vykázané v souvislosti se screeningem karcinomu kolorekta se stanoví hodnota bodu ve výši 1,09 Kč.
 - c) 73028 a 73029 (novorozenecký screening) podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. poskytované v odbornostech 701 – ORL nebo 702 – foniatrie podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. se stanoví hodnota bodu ve výši 1,02 Kč,
 - d) v odbornostech 305, 306, 308 a 309 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. se stanoví hodnota bodu ve výši 1,07 Kč.
- 3) Pro Poskytovatele poskytující specializovanou ambulantní zdravotní péči neuvedenou v odstavci 2 se stanoví výše úhrady podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu ve výši 1,06 Kč s výjimkou výkonu 89312 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., pro který se stanoví hodnota bodu ve výši 1,02 Kč.
- 4) Hodnota bodu uvedená v odstavci 2) a 3) tohoto článku Dodatku může být Poskytovateli navýšena o 0,01 Kč při splnění dále uvedených podmínek:
 - a) Poskytovatel Pojišťovně doloží, že nejméně 50 % lékařů nebo nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří v rámci Poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům Pojišťovny, jsou držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů k 1. lednu 2019 nebo obdobného dokladu příslušné profesní organizace - Poskytovatel doloží kopii dokladů jednotlivých lékařů (nositelé kategorie „L“) nebo nelékařských pracovníků (nositelé kategorie „K“), kteří u něj poskytují hrazené služby, nejpozději do 31. 1. 2019 včetně (na pozdější předání dokladu nebude brán zřetel); pokud platnost diplomu ČŽV bude končit v průběhu roku 2019, musí Poskytovatel doložit novou kopii diplomu ČŽV nejpozději do 30 dnů od konce platnosti původního diplomu,
 - b) Poskytovatel alespoň u jednoho pracoviště v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinálních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, respektive 24 hodin týdně rozložených do 4 dnů týdně u operačních oborů - nárok na bonifikaci bude vyhodnocen dle stavu nasmlouvání rozsahu a rozložení ordinární doby v Příloze č. 2 Smlouvy k datu 1. 1. 2019; tuto změnu Poskytovatel oznámí Pojišťovně nejpozději do 31. 1. 2019 (na pozdější úpravy nebude brán zřetel),
 - c) Poskytovatel alespoň u jednoho pracoviště v dané odbornosti má alespoň 2 dny v týdnu ordinární hodiny prodlouženy do 18:00 hodin nebo alespoň 2 dny v týdnu má začátek ordinární 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 - nárok na bonifikaci bude vyhodnocen dle stavu nasmlouvání ordinálních hodin v Příloze č. 2 Smlouvy k datu 1. 1. 2019; tuto změnu Poskytovatel oznámí Pojišťovně nejpozději do 31. 1. 2019 (na pozdější úpravy nebude brán zřetel).
 - d) Poskytovatel podepsáním Dodatku zároveň prohlašuje, že podmínky pro přiznání bonifikace za rozsah a rozložení ordinární doby budou nasmlouvány a dodržovány po celý rok 2019. V opačném případě ztrácí nárok na bonifikaci.

-
- 5) Celková výše úhrady Poskytovateli uvedenému v odstavci 3) tohoto článku Dodatku se stanoví v souladu s odstavcem 3 části A) Přílohy č. 3 k Vyhlášce MZ č. 201/2018 Sb. Podmínky pro uplatnění koeficientu navýšení KN v rámci výpočtu celkové výše úhrady Poskytovateli jsou totožné s podmínkami pro navýšení hodnoty bodu dle odstavce 4) písm. a) až d) tohoto článku Dodatku.
 - 6) V případě, že Pojišťovna u Poskytovatele nasmlouvala oproti referenčnímu období nové výkony, jejichž vlivem dojde v některé odbornosti k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, Pojišťovna tuto skutečnost případně zohlední v rámci celkového finančního vypořádání.
 - 7) Výpočet celkové výše úhrady v dané odbornosti podle ustanovení odstavce 5) tohoto článku Dodatku se nepoužije v případech:
 - a) Poskytovatele, který v referenčním nebo hodnoceném období v rámci jedné odbornosti ošetřil 50 a méně unikátních pojištěnců Pojišťovny, při nasmlouvané hodnotě poměrného kapacitního čísla 1,00. V případě poměrného kapacitního čísla menšího než 1,00 se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců Pojišťovny přepočítává nasmlouvanou hodnotou poměrného kapacitního čísla pro danou odbornost; v případě, že Poskytovatel splňuje podmínky uvedené v odstavci 4) písm. a) až c) tohoto článku Dodatku navýší se tento počet o 10 unikátních ošetřených pojištěnců za každou splněnou podmínku. Poměrné kapacitní číslo vyjadřuje hodnotově velikost nasmlouvaného rozsahu hrazených služeb pro danou odbornost poskytované jedním nositelem výkonu s Pojišťovnou,
 - b) hrazených služeb poskytovaných zahraničním pojištěncům,
 - c) Poskytovatele, který ukončí poskytování hrazených služeb v průběhu hodnoceného období.V těchto případech se výkony hradí hodnotou bodu ve výši 1,06 Kč.
 - 8) Za každou Poskytovatelem vystavenou a Pojišťovnou uznanou položku na receptu v elektronické podobě v hodnoceném období, na základě nichž dojde k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, obdrží Poskytovatel úhradu ve výši 1,70 Kč.
 - 9) Za každý Poskytovatelem oprávněně vykázaný a Pojišťovnou uznaný výkon 09543, podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. uhradí Pojišťovna Poskytovateli 30 Kč.
 - 10) Maximální úhrada Poskytovateli za vykázané výkony č. 09543 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. v hodnoceném období nepřekročí částku ve výši třicetinasobku počtu výkonů č. 09543 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., ve znění účinném v roce 2017, Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných v roce 2017.
 - 11) Pojišťovna bude v roce 2019 provádět Poskytovateli měsíční předběžnou úhradu, ve výši jedné dvanáctiny ze 105 % objemu úhrady Poskytovateli v referenčním období. Výše předběžné měsíční úhrady Poskytovateli pro období roku 2019 činí: **Paušál Měsíc** Kč.
 - 12) V případě změny spektra nebo rozsahu hrazených služeb poskytovaných Poskytovatelem pojištěncům Pojišťovny, má Poskytovatel právo písemně požádat Pojišťovnu o změnu výše předběžné úhrady.
 - 13) Finanční vypořádání hrazených služeb Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných podle odstavce 4), 5), 8) a 10) tohoto článku Dodatku za rok 2019 bude provedeno do 30. 04. 2020. Pokud vznikne nedoplatek ze strany Pojišťovny, bude Poskytovateli příslušná částka poukázána zvláštní platbou. Přeplatek ze strany Pojišťovny je Pojišťovna oprávněna započítat proti kterékoliv pohledávce Poskytovatele za Pojišťovnou, a to poté, co doručí Poskytovateli vyúčtování, v němž bude přeplatek uveden.
 - 14) Poskytovatel se zavazuje vyúčtovat hrazené služby poskytnuté v roce 2019 nejpozději do 28. 2. 2020. Tímto není dotčeno jeho právo na uplatnění případných opravných dávek po tomto termínu. Pojišťovna však není povinna započítat opravné dávky uplatněné po 28. 2. 2020 do finančního vypořádání dle odstavce 13) tohoto článku Dodatku.
 - 15) V individuálních případech zvláštního zřetele hodných, kdy dojde ke změnám struktury a k podstatnému nárůstu objemu poskytovaných hrazených služeb oproti referenčnímu období, může Poskytovatel požádat Pojišťovnu o zohlednění v rámci výpočtu výše celkové úhrady. Poskytovatel musí svou žádost Pojišťovně předat písemně společně s řádným odůvodněním nejpozději do 30 dnů od zaslání vyúčtování. Pojišťovna žádost Poskytovatele posoudí a v případě, že uzná žádost jako odůvodněnou, může výši celkové úhrady částečně nebo plně zohlednit.
 - 16) Hrazené služby poskytnuté v období před 1. 1. 2019 jsou vykazovány a hrazeny způsobem dohodnutým ve Smlouvě. Pro úhradu těchto služeb platí Dodatky platné pro příslušné kalendářní období, ve kterém byly hrazené služby poskytnuty. Tyto dodatečně účtované hrazené služby se vykazují samostatnou dávkou a samostatnou fakturou.

Článek 2 Regulační omezení

Pojišťovna vůči Poskytovateli uplatní regulační mechanismy definované v části B) Přílohy č. 3 k Vyhlášce MZ č. 201/2018 Sb.

Článek 3

- 1) Poskytování hrazených služeb pojištěncům členských států Evropské unie (EU), Evropského hospodářského prostoru (EHP) a Švýcarska (dále jen „členské země“) a dalších smluvních zemí (Tunisko, Albánie, Jugoslávie – Srbsko a Černá Hora, Turecko a Republika Makedonie) se bude řídit právními předpisy platnými pro české pojištěnce. Vykazování poskytnutých hrazených služeb za pojištěnce z členských a smluvních zemí Pojišťovně se řídí Metodikou pro pořizování a předávání dokladů pro komunikaci mezi poskytovateli zdravotních služeb a zdravotními pojišťovnami, v platném znění. Úhrada bude prováděna výkonově podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., v platném znění, podle Nařízení Evropského parlamentu a rady (ES) č. 883/2004 a 987/2009, Nařízení Evropského parlamentu a rady (EU) č. 1231/2010 a Nařízení Evropského parlamentu a rady (EU) č. 465/2012 a metodických pokynů Ministerstva zdravotnictví České republiky zveřejněných ve Věstníku MZ částce 3/2011.
- 2) Hrazené služby poskytnuté pojištěncům z členských a smluvních zemí nebudou zahrnuty do regulačních omezení.
- 3) Poskytovatel se zavazuje zasílat vyúčtování za hrazené služby poskytované pojištěncům z členských a smluvních zemí samostatnou fakturou a dávkou v elektronické či papírové formě na následující adresu Pojišťovny: Skupina mezistátních úhrad, ZP MV ČR, Vinohradská 2577/178, 130 00 Praha 3. O případné změně formy předávání vyúčtování za hrazené služby poskytnuté pojištěncům z členských a smluvních zemí bude Poskytovatel informován. Pro přidělení čísla pro pojištěnce z členské nebo smluvní země, který zvolil přímý přístup k lékaři bez předchozí registrace, má Poskytovatel možnost kontaktovat v pracovní době od 8.00 hodin do 15.00 hodin (v pátek od 8.00 hodin do 14.00 hodin) pracovníka skupiny mezistátních úhrad ZP MV ČR. Při kontaktu formou faxu nebo e-mailu musí být v žádosti o přidělení čísla cizímu pojištěnci uvedeny následující údaje: stát pojištění, příjmení a jméno pojištěnce, datum narození, kód kompetentní instituce, číslo průkazu a datum konce jeho platnosti.

Článek 4

- 1) Tento Dodatek nabývá platnosti dnem doručení Dodatku podepsaným Poskytovatelem do Pojišťovny.
- 2) Smluvní strany výslovně prohlašují, že tento Dodatek potvrzuje veškerá jejich právní jednání a ujednání učiněná mezi nimi, související s plněním tohoto Dodatku, v období od 1. 1. 2019, ne však dříve než od data uvedeného v čl. XI odst. 2 Smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb, do dne doručení Dodatku podepsaného Poskytovatelem do Pojišťovny, a že na takovém základě uznávají tento Dodatek za platný a účinný i pro uvedené období, včetně období do dne jeho zveřejnění.
- 3) Dodatek je vyhotoven ve dvou stejnopisech s platností originálu, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.
- 4) Smluvní strany se dohodly, že tento Dodatek, řádně podepsaný a opatřený razítky, připojují jako nedílnou součást ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb.
- 5) Poskytovatel bere na vědomí, že tento Dodatek bude zveřejněn ve smyslu ustanovení § 17 odst. 9 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.
- 6) Veškeré změny a doplňky tohoto Dodatku lze provádět výhradně písemnými očíslovanými dodatky, podepsanými na znamení souhlasu oběma smluvními stranami.
- 7) Smluvní strany v souladu s ustanovením § 1740 odst. 3 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, vylučují přijetí návrhu nebo změny Dodatku s jakoukoliv výhradou, dodatkem nebo odchylkou od učiněného návrhu.
- 8) Poskytovatel se v souvislosti s ustanovením § 17 odst. 9 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, zavazuje, že vrátí podepsaný Dodatek neprodleně zpět do Pojišťovny, nejpozději však do 30. 11. 2019. Pokud tato podmínka splněna nebude, platnost návrhu na uzavření tohoto Dodatku, případně platnost oboustranně podepsaného Dodatku zaniká.
- 9) Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že Dodatek byl uzavřen podle jejich svobodné vůle a že souhlasí s jeho obsahem.