

Text Dodatku ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb pro segment ambulantní specializované péče pro rok 2020 – výkonová předběžná úhrada (vzor AS_vyk)

Shora označené smluvní strany se v souladu s ustanovením § 17 odst. 5 větou šestou zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění a v návaznosti na § 7 Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 268/2019 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2020 (dále jen „Vyhláška MZ č. 268/2019 Sb.“), dohodly, že hrazené služby poskytované Poskytovatelem pojištěncům Pojišťovny v roce 2020 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 2020 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 0,72 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 1,11 Kč,
 - c) 73028, 73029 a 71112 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. poskytované v odbornostech 701 – ORL, 702 – foniatrie nebo 704 – dětská ORL podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. se stanoví hodnota bodu ve výši 1,04 Kč,
 - d) v odbornostech 305, 306, 308 a 309 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. se stanoví hodnota bodu ve výši 1,09 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 1,07 Kč s výjimkou výkonu 89312 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., pro který se stanoví hodnota bodu ve výši 1,03 Kč.
- 4) Hodnota bodu uvedená v odstavci 2) a 3) tohoto článku Dodatku se Poskytovateli navýší o:
 - a) 0,04 Kč pro všechny nasmlouvané odbornosti Poskytovatele, pokud tento 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 datu 01. 01. 2020** nebo obdobného dokladu příslušné profesní organizace. Doložení kopií dokladů o CŽV jednotlivých lékařů (nositelé kategorie „L“) nebo nelékařských pracovníků (nositelé kategorie „K“), kteří u něj poskytují hrazené služby, musí být Poskytovatelem provedeno nejpozději do 31. 1. 2020 včetně (na pozdější předání dokladu nebude brán zřetel). Pokud platnost dokladu o CŽV bude končit v průběhu roku 2020, musí Poskyvatel doložit novou kopii dokladu o CŽV nejpozději do 30 dnů od konce platnosti původního dokladu o CŽV.
 - b) 0,04 Kč pro danou odbornost, pokud Poskyvatel alespoň u 50 % svých pracovišť (IČP) 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 odborností 501 až 507, 601, 602, 605, 606, 701 a 704 až 707 (dále jen „operační obory“) a zároveň má alespoň 2 dny v týdnu ordinální hodiny prodlouženy do 18:00 hodin nebo alespoň 2 dny v týdnu má začátek ordinální 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 rozsahu a rozložení ordinální doby v Příloze č. 2 Smlouvy **k datu 01. 01. 2020**.
 - c) 0,02 Kč pro danou odbornost, pokud Poskyvatel alespoň u 50 % svých pracovišť (IČP) 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 a zároveň v hodnoceném období ošetří v dané odbornosti alespoň 5 % pojištěnců Pojišťovny, u nichž

v období od 1. 1. 2017 do 31. 12. 2019 nevykázal Pojišťovně v dané odbornosti žádný výkon a dále pro návštěvy využívá objednávkový systém, který umožňuje přednostní vyšetření či ošetření těch pojištěnců Pojišťovny, u nichž to vyžaduje jejich zdravotní stav. Za nového pojištěnce se nepovažuje pojištěnec, na kterého byl v dané odbornosti vykázán pouze výkon č. 09513 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb.

- d) Poskytovatel podepsáním Dodatku zároveň prohlašuje, že podmínky pro přiznání bonifikace za rozsah a rozložení ordinační doby v souladu s ustanovením odst. 4) písm. b) tohoto článku Dodatku budou nasmlouvány a dodržovány po celý rok 2020. Zároveň Poskytovatel **podepsáním čestného prohlášení uvedeného v Příloze č. 1 Dodatku stvrzuje využívání objednávkového systému** v souladu s ustanovením odst. 4) písm. c) tohoto článku Dodatku. 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. 268/2019 Sb. Podmínky pro uplatnění koeficientu navýšení KN v rámci výpočtu celkové výše úhrady Poskytovateli budou posuzovány dle stavu k 1. 1. 2020. Referenčním obdobím se rozumí rok 2018, hodnoceným období rok 2020.
- 6) Pojišťovna pro účely výpočtu celkové výše úhrady dle odstavce 5) tohoto článku Dodatku navýší průměrnou úhradu za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce Pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti Poskytovatelem v referenčním období (PUROo) o částku:

$$\max\left(0; 0,96 - \frac{UHR_{ref} - KP_{ref}}{PB_{ref}}\right) * \frac{PB_{ref}}{POP_{ref}}$$

kde

UHR_{ref} je celková výše úhrady Poskytovateli v dané odbornosti v referenčním období, vyjma uplatněných regulačních omezení za vyžádanou péči a za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky,

KP_{ref} je hodnota korunových položek Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných v dané odbornosti v referenčním období,

PB_{ref} je celkový počet Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných bodů v dané odbornosti v referenčním období,

POP_{ref} je počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v referenčním období, přičemž do tohoto počtu nejsou zahrnuti unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb.

- 7) Bonifikace za včasné vyšetřování a zařazování pojištěnců Pojišťovny na čekací listinu k transplantaci ledviny u Poskytovatele poskytující zdravotní služby v odbornosti 108 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. je součástí samostatného dodatku.
- 8) 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.
- 9) Výpočet celkové výše úhrady v dané odbornosti podle ustanovení odstavce 5) tohoto článku Dodatku se nepoužije v případě:
- Poskytovatele, který v referenčním nebo hodnoceném období v rámci jedné odbornosti ošetřil 80 a méně unikátních pojištěnců Pojišťovny, při nasmlouvané hodnotě poměrného kapacitního čísla 1,00. V případě poměrného kapacitního čísla menšího než 1,00 se limit 80 ošetřených unikátních pojištěnců Pojišťovny přepočítává nasmlouvanou hodnotou poměrného kapacitního čísla pro danou odbornost. Poměrné kapacitní číslo vyjadřuje hodnotově velikost nasmlouvaného rozsahu hrazených služeb pro danou odbornost poskytované jedním nositelem výkonu s Pojišťovnou,
 - hrazených služeb poskytovaných zahraničním pojištěncům,
 - Poskytovatele, který ukončí poskytování hrazených služeb v průběhu hodnoceného období.
- 10) 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.
- 11) Za každý Poskytovatelem oprávněně vykázaný a Pojišťovnou uznaný výkon 09543 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. nebo 09615 - (VZP) Signální výkon klinického vyšetření u dětí ve věku od 6 do 18 let uhradí Pojišťovna Poskytovateli 35 Kč. Úhrada definovaná ve větě první tohoto odstavce se nezapočítává do výpočtu celkové výše úhrady dle odstavce 5) tohoto článku Dodatku.
- 12) Pojišťovna se zavazuje uhradit Poskytovateli uznané náklady hrazených služeb poskytnutých jejím pojištěncům v roce 2020, vykázaných dle odstavců 2) a 3) tohoto článku Dodatku dle Vyhlášky MZ

č. 134/1998 Sb., zálohovými hodnotami bodů ve výši HB stanovených v odstavcích 2) a 3) tohoto článku Dodatku.

- 13) Pro Poskytovatele, který ukončí poskytování hrazených služeb v průběhu hodnoceného období se předběžná úhrada vypočtená dle odstavce 12) považuje za úhradu konečnou.
- 14) Finanční vypořádání hrazených služeb Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných v souladu s tímto Dodatkem s výjimkou odstavce 4) bude provedeno do 31. 05. 2021. Finanční vypořádání navýšení hodnoty bodu dle odstavce 4) provede Pojišťovna Poskytovateli za období 1. pololetí 2020 do 31. 8. 2020 a za období 2. pololetí 2020 do 31. 5. 2021 v rámci finančního vypořádání hrazených služeb dle věty první tohoto odstavce. 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.
- 15) Poskytovatel se zavazuje vyúčtovat hrazené služby poskytnuté v roce 2020 nejpozději do 31. 03. 2021. Tímto není dotčeno jeho právo na uplatnění případných opravných dávek po tomto termínu. Pojišťovna však není povinna započítat opravné dávky uplatněné po 31. 03. 2021 do finančního vypořádání dle odstavce 14) tohoto článku Dodatku.
- 16) 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 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.
- 17) Hrazené služby poskytnuté v období před 1. 1. 2020 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 může vůči Poskytovateli uplatnit regulační mechanismy definované v části B) Přílohy č. 3 k Vyhlášce MZ č. 268/2019 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, 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) Pro hrazené služby poskytované pojištěncům Pojišťovny z členských a dalších smluvních zemí se stanoví hodnota bodu ve výši 1,29 Kč. 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. 2020, 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 výjimkou Přílohy č. 1 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. 2020. 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.

IČO Poskytovatele:

IČZ Poskytovatele:

Interní označení Poskytovatele:

**ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ POSKYTOVATELE
K VYUŽÍVÁNÍ OBJEDNÁVKOVÉHO SYSTÉMU**

Svým podpisem čestně prohlašuji, že v rámci poskytování hrazených služeb v roce 2020 využívám pro návštěvy pojištěnců objednávkový systém umožňující přednostní vyšetření či ošetření těch pojištěnců Pojišťovny, u nichž to vyžaduje jejich zdravotní stav.

V dne

.....
Poskytovatel (podpis, razítko)